

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 april 2026

ONTWERP VAN KADERWET (I)

Verslag van de eerste lezing

namens de commissie
voor Gezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door
mevrouw **Irina De Knop**

Inhoud

Blz.

| | |
|---|----|
| I. Procedure..... | 3 |
| II. Inleidende uiteenzetting..... | 3 |
| III. Algemene bespreking..... | 26 |
| IV. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen..... | 76 |

Zie:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:

001: Ontwerp van Kaderwet.
002: Amendementen.

Zie ook:

004: Artikelen aangenomen in eerste lezing.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 avril 2026

PROJET DE LOI-CADRE (I)

Rapport de la première lecture

fait au nom de la commission
de la Santé et de l'Égalité des chances
par
Mme **Irina De Knop**

Sommaire

Pages

| | |
|---|----|
| I. Procédure..... | 3 |
| II. Exposé introductif..... | 3 |
| III. Discussion générale..... | 26 |
| IV. Discussion des articles et votes..... | 76 |

Voir:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:

001: Projet de Loi-cadre.
002: Amendements.

Voir aussi:

004: Articles adoptés en première lecture.

03479

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Ludivine Dedonder

A. — Vaste leden / Titulaires:

| | |
|-------------|---|
| N-VA | Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Lotte Peeters |
| VB | Katleen Bury, Dominiek Sneppe |
| MR | Daniel Bacquelaine, Julie Taton |
| PS | Caroline Désir, Ludivine Dedonder |
| PVDA-PTB | Natalie Eggermont, Ayse Yigit |
| Les Engagés | Jean-François Gatelier, Carmen Ramlot |
| Vooruit | Jan Bertels |
| cd&v | Nawal Farih |
| Ecolo-Groen | Jeroen Van Lysebettens |
| Anders. | Irina De Knop |

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

| |
|--|
| Axel Ronse, Darya Safai, Wim Van der Donckt, Charlotte Verkeyn |
| Ellen Samyn, Sam Van Rooy, Kristien Verbelen |
| Charlotte Deborsu, Benoît Piedboeuf, Florence Reuter |
| Dimitri Legasse, Patrick Prévot, Sophie Thémont |
| Greet Daems, Sofie Merckx, Nadia Moscufo |
| Isabelle Hansez, Stéphane Lasseaux, Anne Pirson |
| Funda Oru, Anja Vanrobaeys |
| Nathalie Muylle, Els Van Hoof |
| Meyrem Almaci, Rajae Maouane |
| Steven Coenegrachts, Katja Gabriëls |

| | |
|-------------|---|
| N-VA | : Nieuw-Vlaamse Alliantie |
| VB | : Vlaams Belang |
| MR | : Mouvement Réformateur |
| PS | : Parti Socialiste |
| PVDA-PTB | : Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique |
| Les Engagés | : Les Engagés |
| Vooruit | : Vooruit |
| cd&v | : Christen-Democratisch en Vlaams |
| Ecolo-Groen | : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen |
| Anders. | : Anders. |
| DéFI | : Démocrate Fédéraliste Indépendant |
| ONAFH/INDÉP | : Onafhankelijk-Indépendant |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Afkorting bij de nummering van de publicaties: | | Abréviations dans la numérotation des publications: | |
| DOC 56 0000/000 | Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer | DOC 56 0000/000 | Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi |
| QRVA | Schriftelijke Vragen en Antwoorden | QRVA | Questions et Réponses écrites |
| CRIV | Voorlopige versie van het Integraal Verslag | CRIV | Version provisoire du Compte Rendu Intégral |
| CRABV | Beknopt Verslag | CRABV | Compte Rendu Analytique |
| CRIV | Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) | CRIV | Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) |
| PLEN | Plenum | PLEN | Séance plénière |
| COM | Commissievergadering | COM | Réunion de commission |
| MOT | Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier) | MOT | Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige) |

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft deze samengevoegde wetsontwerpen in eerste lezing besproken tijdens haar vergadering van 24 maart 2026.

I. — PROCEDURE

Tijdens de vergadering van 24 maart 2026 beslist de commissie de wetsontwerpen DOC 56 1334/001 en DOC 56 1335/001 samen te bespreken.

Tijdens dezelfde vergadering vraagt *mevrouw Irina De Knop (Anders.)* dat er hoorzittingen met de beroepsorganisaties en de ziekenhuiskoepels zouden worden georganiseerd. De vraag om hoorzittingen wordt verworpen met 9 tegen 5 stemmen.

Tijdens de voormiddagsessie vraagt *mevrouw Katleen Bury (VB)* dat de wetsontwerpen opnieuw voor advies naar de Raad van State worden verzonden. Zij vraagt daarnaast om de wetsontwerpen ook te bespreken in de commissie voor Justitie. Aan deze verzoeken wordt geen gevolg gegeven.

In de loop van de bespreking vraagt *mevrouw Katleen Bury (VB)* om die bespreking te schorsen om het door de minister bezorgde document “Evenredigheidstoets” te kunnen bestuderen. Dat verzoek wordt verworpen met 9 tegen 5 stemmen.

II. — INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, is zich ervan bewust dat over de ter bespreking voorliggende wetsontwerpen al veel inkt is gevloeid. Er gingen talloze uren van overleg aan vooraf. De minister werd ook al veelvuldig bevraagd over de thema's die in de wetsontwerpen zijn opgenomen.

De wetsontwerpen omvatten belangrijke vertalingen van afspraken uit het regeerakkoord en geven ook richting voor de uitdagingen en hervormingen van de komende jaren. De minister geeft vooreerst een overzicht van de grote lijnen en doelstellingen.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ces projets de loi joints, en première lecture, au cours de sa réunion du 24 mars 2026.

I. — PROCÉDURE

Lors de la réunion du 24 mars 2026, la commission décide d'examiner conjointement les projets de loi DOC 56 1334/001 et DOC 56 1335/001.

Au cours de cette même réunion, *Mme Irina De Knop (Anders.)* demande d'organiser l'audition des organisations professionnelles et des fédérations hospitalières. Cette demande est rejetée par 9 voix contre 5.

Durant la réunion de la matinée, *Mme Katleen Bury (VB)* demande que les projets de loi soient soumis pour avis au Conseil d'État. Elle demande également qu'ils soient examinés en commission de la Justice. Il n'est pas donné suite à ces demandes.

Au cours de la discussion, *Mme Bury (VB)* sollicite la suspension des travaux afin de pouvoir examiner le document transmis par le ministre concernant le contrôle de la proportionnalité. Cette demande est rejetée par 9 voix contre 5.

II. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, indique être conscient que les projets de loi à l'examen ont déjà suscité de nombreux commentaires. Ils ont été précédés de très nombreuses heures de concertation, et le ministre a déjà été largement interrogé sur les thématiques qu'ils couvrent.

Les projets de loi à l'examen traduisent des engagements importants de l'accord de gouvernement et définissent une orientation pour les défis et réformes des prochaines années. Le ministre présente d'abord un aperçu des grandes lignes des projets et des objectifs poursuivis.

Begrotingsproces

Ten eerste expliciteert het ontwerp van Kaderwet I (DOC 56 1334/001) het tijdsplan van het jaarlijks begrotingsproces en de verantwoordelijkheden van elkeen hierbij. De afstemming tussen de regering en het overlegstelsel worden verhelderd, maar met respect voor de cruciale rol van het overlegmodel. Ook de regering wordt op haar verantwoordelijkheden gewezen.

Nieuw is de opdrachtenbrief die de verantwoordelijke minister – na overleg binnen de regering – uiterlijk op 20 juli moet indienen, en die het Verzekeringscomité een kader biedt voor het begrotingsvoorstel dat het comité uiterlijk de 1^e maandag van oktober moet neerleggen. Het is geen keurslijf, maar een kader waarbinnen het Verzekeringscomité zijn wettelijke opdracht opneemt en desgewenst ook alternatieven kan voorstellen.

Ook in het verleden vroeg het Verzekeringscomité oriëntaties aan de regering. Dit gebeurde evenwel niet gestroomlijnd, waarbij de regering geregeld later in het proces tussenkwam, en vervolgens sterk afweek van het voorstel van het Verzekeringscomité. Dit zorgde terecht voor frustratie. De opdrachtenbrief dwingt de regering nu om sneller het kader te schetsen, uiteraard rekening houdend met de beschikbare informatie, zoals het advies van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen, de initiële technische ramingen en de behoeften en doelmatigheidsmaatregelen van de sectoren.

Belangrijk is dat er sneller zal worden ingegrepen bij dreigende overschrijdingen van het budget van de ziekteverzekering. De hefboomen daartoe staan vandaag ook in de wet, maar ze worden onvoldoend proactief opgenomen. Het voorliggend ontwerp van Kaderwet voorziet twee scenario's waarin een budgettaire verantwoordelijkheid van de actoren aan de orde is:

1) wanneer blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling dreigt overschreden te worden op een beduidende en niet-gerechtigde wijze. Hier speelt de Algemene Raad haar rol;

2) wanneer blijkt dat een partiële begrotingsdoelstelling dreigt overschreden te worden op een beduidende en niet-gerechtigde wijze. Hier moet de akkoordcommissie dan uiterlijk tegen 30 juni corrigerende maatregelen voorstellen, met het oog op het begrotingsjaar dat volgt.

Processus budgétaire

Le projet de loi-cadre I (DOC 56 1334/001) précise tout d'abord le calendrier du processus budgétaire annuel ainsi que les responsabilités de chacune des parties. Il clarifie les interactions entre le gouvernement et le système de concertation, en ayant égard au rôle essentiel de ce dernier. Les responsabilités qui incombent au gouvernement sont, elles aussi, mises en exergue.

L'une des nouveautés est la lettre de mission que le ministre compétent devra transmettre au plus tard le 20 juillet, après délibération au sein du gouvernement. Cette lettre fournira au Comité de l'assurance le cadre dans lequel celui-ci devra établir une proposition de budget et la déposer au plus tard le premier lundi d'octobre. Il ne s'agira pas d'un carcan, mais du cadre dans lequel le Comité exercera sa mission légale, tout en étant habilité à formuler des propositions alternatives le cas échéant.

Par le passé, le Comité de l'assurance demandait déjà au gouvernement de lui donner des orientations, mais de manière non structurée. Le gouvernement intervenait souvent tard dans le processus et s'écartait ensuite fortement de la proposition du Comité, ce qui suscitait à juste titre certaines frustrations. La lettre de mission obligera désormais le gouvernement à définir le cadre plus tôt qu'auparavant, en tenant compte des informations disponibles telles que l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, les premières estimations techniques ainsi que les besoins des secteurs et les mesures visant à accroître l'efficacité des soins.

Il est essentiel d'intervenir plus rapidement lorsqu'il existe un risque de dépassement du budget de l'assurance maladie. La loi prévoit déjà certains leviers, mais ceux-ci ne sont pas utilisés de manière suffisamment proactive. Le projet de loi-cadre à l'examen prévoit une responsabilisation budgétaire des acteurs dans deux cas de figure:

1) en présence d'un risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire global. Dans ce cas de figure, le Conseil général interviendra;

2) en présence d'un risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel. Dans ce cas, il reviendra à la commission d'accords de proposer des mesures correctrices au plus tard le 30 juin, en vue de l'exercice budgétaire suivant.

Modernisering van het conventiemodel

Het ontwerp van Kaderwet voorziet ten tweede een modernisering van het conventiemodel met als doel, conform het regeerakkoord, dat model aantrekkelijker te maken. Enerzijds moeten patiënten kunnen rekenen op tariefzekerheid, anders moet de zorgverlener kunnen rekenen op een billijke vergoeding.

Het basisprincipe is dat de zorgverlener beslist om toe te treden tot de tariefakkoorden of niet. Daarnaast maakt de regering de conventionering aantrekkelijker met een reeks maatregelen:

— een deel van de ondersteuningspremies (deze niet gebonden aan kwaliteit) zal enkel aan geconventioneerde zorgverleners worden geboden;

— er komt meer flexibiliteit in het conventiemodel, door richttarieven. Het komt erop neer dat zorgverleners en ziekenfondsen kunnen beslissen om tijdelijk en gericht hogere tarieven te voorzien, die geconventioneerde zorgverleners kunnen aanrekenen voor de patiënt. Die hogere uitgaven voor de patiënt worden wel opgenomen in de maximumfactuur;

— ten derde wordt voorzien dat een klein percentage (15 %) van de financiering van de beroepsorganisaties afhankelijk wordt gemaakt van de conventionering van hun leden. In veel sectoren bestaat die praktijk nu al. Het is logisch dat actoren die aan het stuur zitten van tariefonderhandelingen ook al het nodige doen om hun achterban mee te krijgen eenmaal een akkoord gesloten is;

— ten slotte wordt verduidelijkt wanneer de indexmassa kan worden toegekend. Hier staan twee principes centraal: 1) de voorziene indexmassa blijft gegarandeerd voor de betrokken sector, en 2) de indexmassa kan pas worden toegekend wanneer er een akkoord is.

Ereloonsupplementen

Het merendeel van de zorgverleners is geconventioneerd en respecteert de tarieven, behalve in bepaalde gevallen, wanneer patiënten bijzondere eisen hebben, zoals een individuele kamer. Tegelijk vragen de meeste dienstverleners die supplementen aanrekenen slechts een bescheiden bedrag, zoals de deontologie voorschrijft. De minister stelt echter ook vast:

— dat sommige zorgverleners buitengewoon hoge supplementen aanrekenen. Uit de meest recente cijfers van

Modernisation du modèle de conventionnement

Le projet de loi-cadre prévoit, en second lieu, une modernisation du modèle de conventionnement afin de rendre celui-ci plus attractif, conformément à ce que prévoit l'accord de gouvernement. L'objectif est, d'une part, de garantir aux patients une sécurité tarifaire et, d'autre part, d'assurer aux dispensateurs de soins une rémunération équitable.

Le principe de base demeure que le prestataire décide librement d'adhérer ou non aux accords tarifaires. Parallèlement, le gouvernement entend renforcer l'attractivité du conventionnement au moyen d'une série de mesures:

— une partie des primes de soutien (celles qui ne sont pas liées à la qualité) sera réservée aux dispensateurs de soins conventionnés;

— les tarifs indicatifs permettront une plus grande flexibilité dans le modèle de conventionnement. Concrètement, les prestataires de soins et les mutualités pourront prévoir l'introduction temporaire et ciblée de tarifs plus élevés que les prestataires conventionnés pourront facturer au patient. Ces dépenses supplémentaires dans le chef du patient seront toutefois intégrées dans le maximum à facturer;

— une part limitée (15 %) du financement des organisations professionnelles sera liée au taux de conventionnement de leurs membres. Cette pratique est déjà en vigueur dans de nombreux secteurs. Il est logique que les acteurs associés aux négociations tarifaires s'efforcent également de rallier leur base dès qu'un accord aura été conclu;

— enfin, les conditions d'affectation de la masse d'index sont clarifiées. Deux principes sont centraux à cet égard: 1) la masse d'index prévue restera garantie pour le secteur concerné; 2) la masse d'index ne pourra être affectée que si un accord a été conclu.

Suppléments d'honoraires

La très grande majorité des prestataires de soins sont conventionnés et respectent les tarifs, sauf dans certains cas si les patients ont des exigences particulières, comme une chambre individuelle. Parallèlement, la plupart des prestataires qui demandent des suppléments le font de manière modérée, comme le prescrit la déontologie. Mais le ministre constate aussi:

— que certains prestataires de soins demandent des suppléments excessivement élevés. Il ressort des derniers

het InterMutualistisch Agentschap (IMA) blijkt dat 10 % van de artsen verantwoordelijk is voor 43 % van het totale bedrag aan supplementen die patiënten in een eenpersoonskamer worden aangerekend. 50 % van de artsen is verantwoordelijk voor minder dan 7 % van de erelonensupplementen en 8 % van de artsen rekent nooit supplementen aan;

— dat niemand kan uitleggen waarom bepaalde zorgverleners of ziekenhuizen zeer hoge supplementen aanrekenen, terwijl andere er zeer gematigde of zelfs geen aanrekenen. De minister geeft de meest recente cijfers uit de IMA-atlas: gemiddeld rekenen Belgische ziekenhuizen 112,6 % extra erelonen aan voor een verblijf in een eenpersoonskamer (93 % in Vlaanderen, 127,8 % in Wallonië en 158,8 % in Brussel). Het ziekenhuis met de laagste toeslag (Moeskroen) hanteert een supplement van 59 % voor slechts 8 % van de ziekenhuisopnames, terwijl het ziekenhuis met de hoogste toeslag (Delta CHIREC) een supplement van 199,7 % hanteert voor 43,5 % van die verblijven;

— dat de supplementen de toegang tot de zorg bemoeilijken;

— dat de supplementen het overlegmodel schaden, zowel bij de tariefonderhandelingen als bij de voorbereidingen ter hervorming van de nomenclatuur.

De minister acht het overlegmodel in dit debat zeer belangrijk. Het is dan ook onjuist te beweren dat dit model een lege huls zal worden; integendeel, de minister kent het fundamentele opdrachten toe. Daarom hebben zorgverleners en ziekenfondsen tot medio 2027 de tijd om een voorstel in te dienen voor een beperking van de eigen supplementen, hetzij via een algemeen maximumbedrag, hetzij via een meer gedetailleerd voorstel. Dat alles gebeurt op basis van de beschikbare gegevens. Pas als het overleg geen akkoord oplevert, zal de regering beslissen.

Digitalisering van de ziekteverzekering

Een vierde belangrijk onderdeel van het wetsontwerp heeft betrekking op de digitalisering van de ziekteverzekering. Tegen uiterlijk 2029 moet aan alle sectoren de mogelijkheid worden geboden om elektronisch te factureren (hetzij via de derdebetalersregeling, hetzij via eAttest) en om over andere elektronische diensten te beschikken (zoals digitale kennisgevingen en toestemmingen, de verzekeringsstatus van de patiënt, hoofdstuk IV enzovoort). Tegen uiterlijk 2030 zal de digitalisering algemeen en verplicht zijn (tenzij voor bepaalde uitzonderingsgevallen zoals overmacht buiten het kabinet of voor zorgverleners die op 1 januari 2027 ouder zijn dan 67 jaar). Dat moet

chiffres de l'Agence intermutualiste (AIM) que 10 % des médecins représentent 43 % du volume total des suppléments facturés aux patients en chambre individuelle. 50 % des médecins représentent moins de 7 % des suppléments d'honoraires, et 8 % des médecins ne facturent jamais de suppléments;

— que personne ne peut expliquer pourquoi certains prestataires ou certains hôpitaux facturent des suppléments très élevés, tandis que d'autres facturent des suppléments modérés, voire n'en facturent aucun. Le ministre présente les chiffres les plus récents de l'Atlas AIM-IMA: en moyenne, les hôpitaux belges facturent 112,6 % de suppléments d'honoraires pour un séjour en chambre individuelle (93 % en Région flamande, 127,8 % en Wallonie et 158,8 % à Bruxelles). L'hôpital le plus bas (Mouscron) se situe à 59 % de majoration pour 8 % seulement des hospitalisations, tandis que l'hôpital le plus haut (Delta Chirec) atteint 199,7 % de suppléments sur 43,5 % de ces séjours;

— que les suppléments nuisent à l'accessibilité des soins;

— que les suppléments nuisent au modèle de concertation, tant au niveau des négociations des tarifs qu'au niveau des travaux liés à la réforme de la nomenclature.

Le ministre accorde un rôle très important au modèle de concertation dans ce débat. Il est donc faux de dire que ce modèle sera vidé de sa substance; au contraire, le ministre lui ajoute des missions fondamentales. C'est pourquoi les prestataires et les mutuelles ont jusqu'à la mi-2027 pour soumettre une proposition concernant une limitation des suppléments, via un plafond général ou une proposition plus affinée. Tout cela est fait sur la base des données disponibles. Ce n'est que si la concertation ne débouche pas sur un accord que le gouvernement tranchera.

Digitalisation de l'assurance maladie

Un quatrième volet important du projet de loi concerne la digitalisation de l'assurance maladie. Il est prévu que d'ici 2029 au plus tard soit offerte la possibilité de facturer électroniquement à tous les secteurs (soit via le tiers-payant, soit via eAttest) et de disposer d'autres services électroniques (comme les notifications et consentements numériques, le statut d'assurance du patient, le chapitre IV, etc.). D'ici 2030 au plus tard, la digitalisation sera généralisée et obligatoire (sauf pour certaines exceptions comme les cas de force majeure en dehors du cabinet ou pour les prestataires de plus de 67 ans au 1^{er} janvier 2027). Cela allégera la charge

de administratieve rompslomp verlichten voor zowel patiënten, ziekenfondsen als zorgverleners.

Opschorting van het RIZIV-nummer

Op vraag van de Raad van State werd het oorspronkelijke wetsontwerp in twee gesplitst. Het onderdeel betreffende de opschorting van het RIZIV-nummer werd opgenomen in een afzonderlijk wetsontwerp (DOC 56 1335/001). Dat bepaalt dat de RIZIV-nummers kunnen worden opgeschort (dus “tijdelijk”) in geval van ernstige inbreuken op de ziekteverzekering, verlies van het visum van de FOD, dan wel schorsing of schrapping door de Orde der artsen. Er gaat veel fake news rond over die bepaling, maar het gaat hier om ernstige inbreuken en een beslissing van een rechtscollege (voorzeten door een magistraat en paritair samengesteld). Bovendien wordt het recht van verdediging gewaarborgd. Uit verschillende fraudegevallen waarover de commissie voor Volksgezondheid de afgelopen maanden uitvoerig heeft gedebatteerd, blijkt dat een tijdelijke opschorting van het RIZIV-nummer een doeltreffend extra wapen vormt tegen bepaalde zorgverleners die fraude plegen.

Overleg

Over het wetsontwerp is overleg gepleegd. Het werd op 2 juni 2025 al voorgelegd aan een uitgebreid Verzekeringscomité, waarna alle documenten openbaar zijn gemaakt. Bovendien heeft de minister zes keer uitvoerig en bilateraal overleg gepleegd met de vakbonden van de artsen en tandartsen, alsook met andere sectoren. Het wetsontwerp dat op 21 juli 2025 in eerste lezing door de ministerraad werd goedgekeurd, werd onmiddellijk doorgestuurd naar de belanghebbenden. Het Verzekeringscomité heeft het ontwerp opnieuw besproken na het advies van de Raad van State. Van 8 november tot 14 december 2025 vond een openbare raadpleging plaats in het kader van de evenredigheidsbeoordeling.

Het wetsontwerp werd herzien op basis van al dat overleg:

- 1) er wordt een parallel tijdschema opgesteld voor de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuizen, evenals voor de financiering ervan;
- 2) tijdens het overleg zullen de plafonds voor de supplementen worden bepaald. Precieze cijfers zijn uit het wetsontwerp geschrapt;
- 3) de indexmassa blijft voor de sectoren gewaarborgd;
- 4) het systeem van gedeeltelijke conventionering blijft behouden;

administrative aussi bien pour les patients, pour les mutuelles que pour les prestataires de soins.

Suspension du numéro INAMI

À la demande du Conseil d’État, le projet de loi initial a été scindé en deux. Le volet concernant la suspension du numéro INAMI a été intégré dans un projet de loi distinct (DOC 56 1335/001). Le projet de loi prévoit que les numéros INAMI puissent être suspendus (donc “temporairement”) en cas d’infractions graves à l’assurance maladie, de perte de visa du SPF ou en cas de suspension ou radiation par l’Ordre des médecins. De nombreuses fake-news circulent à propos de cette disposition, mais il s’agit ici d’infractions graves, d’une décision rendue par une juridiction (présidée par un magistrat et composée de manière paritaire), et le droit de la défense est garanti. Plusieurs cas de fraude dont la commission de la Santé a longuement discuté ces derniers mois montrent qu’une suspension temporaire du numéro INAMI constitue une arme supplémentaire efficace contre certains prestataires qui fraudent.

Concertation

Le projet de loi a été concerté. Il a déjà été présenté le 2 juin 2025 à un Comité de l’assurance élargi, après quoi tous les documents ont été rendus publics. En outre, le ministre s’est concerté six fois en détail et en bilatérale avec les syndicats de médecins et de dentistes et également avec d’autres secteurs. Le projet de loi approuvé en première lecture par le conseil des ministres du 21 juillet 2025 a été transmis immédiatement aux acteurs concernés, et le Comité de l’assurance a débattu une nouvelle fois du projet après l’avis du Conseil d’État. Une consultation publique a eu lieu du 8 novembre au 14 décembre 2025 dans le cadre du contrôle de proportionnalité.

Compte tenu de toutes ces concertations, le projet de loi a été remanié:

- 1) un calendrier parallèle est prévu pour la réforme de la nomenclature et des hôpitaux ainsi que leur financement;
- 2) la concertation déterminera les plafonds de supplément, des chiffres précis ont été retirés du projet de loi;
- 3) la masse d’index est toujours garantie pour les secteurs;
- 4) le système de conventionnement partiel est maintenu;

5) de financiering van de beroepsorganisaties is voor 15 % gekoppeld aan de conventioneeringsgraad; de nadere regels moeten via het overleg worden vastgesteld;

6) de kwaliteitspremies blijven voorbehouden aan alle zorgverleners;

7) er is gezorgd voor een beperking en verduidelijking van de gevallen waarop de tijdelijke schorsing van het RIZIV-nummer van toepassing is;

8) de akkoordencommissie blijft bevoegd om de voorwaarden voor opzegging vast te stellen;

9) de bepalingen van het nieuwe conventioneeringssysteem treden in werking op 1 januari 2028;

10) uitzonderingen op de verplichte elektronische facturatie zijn in de wet opgenomen;

11) er is voorzien in de mogelijkheid om akkoorden stilzwijgend te verlengen;

12) er wordt omschreven welke budgetoverschrijdingen "aanzienlijk" en "ongerechtvaardigd" zijn;

13) de reikwijdte van de referentietarieven wordt beter afgebakend;

14) het begrotingsproces gaat door, ook als er geen opdrachtbrief of ontwerpbegroting van de ministerraad is. De cruciale rol van het overlegmodel bij de opstelling van de begroting blijft dus behouden.

Vervolgens overloopt de minister de verschillende afdelingen en bepalingen van het eerste ontwerp van Kaderwet (DOC 56 1334/001).

Afdeling 1

Begrotingsproces

Deze afdeling wijzigt het begrotingsproces conform het regeerakkoord. De technische ramingen worden voortaan binnen de ministerraad besproken. Dit hangt samen met het feit dat de minister, in overleg met de regering, uiterlijk tegen 20 juli een opdrachtbrief formuleert waarin duidelijk de beleidsprioriteiten worden vermeld.

Die opdrachtbrief wordt overgemaakt aan het Verzekeringcomité (en de Algemene Raad). De stappen die hierop volgen zijn niet nieuw maar worden wel verduidelijkt:

5) le financement des organisations professionnelles est lié pour 15 % au taux de conventionnement, les modalités sont à définir par la concertation;

6) les primes de qualité restent réservées à tous les prestataires de soins;

7) il a été veillé à la limitation et à la clarification des cas visés par la suspension temporaire du numéro INAMI;

8) la commission d'accords conserve la compétence de convenir de modalités de dénonciation;

9) les dispositions du nouveau système de conventionnement entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2028;

10) des exceptions pour la facturation électronique obligatoire sont reprises dans la loi;

11) la possibilité d'une reconduction tacite des accords est prévue;

12) les dépassements budgétaires significatifs et injustifiés sont définis;

13) le scope des tarifs de référence est mieux défini;

14) le processus budgétaire se poursuit, même en l'absence d'une lettre de mission ou d'un projet de budget du Conseil des ministres. Le rôle crucial du modèle de concertation dans la confection du budget est donc maintenu.

Le ministre passe ensuite en revue les différentes sections et dispositions du premier projet de loi-cadre (DOC 56 1334/001).

Section 1^{re}

Processus budgétaire

Cette section modifie le processus budgétaire conformément à l'accord de gouvernement. Les estimations techniques seront désormais discutées en Conseil des ministres. Cette modification est liée à l'obligation impartie au ministre de formuler au plus tard le 20 juillet, en concertation avec le gouvernement, une lettre de mission énonçant clairement les priorités politiques.

Cette lettre de mission sera transmise au Comité de l'assurance (et au Conseil général). Les étapes qui suivent ne sont pas nouvelles, mais elles sont clarifiées:

— het Verzekeringscomité moet nog steeds – zoals vandaag – ten laatste de eerste maandag van oktober een voorstel van begroting voorleggen;

— de minister van Sociale Zaken legt op basis van dit voorstel en de adviezen van de Commissie voor Begrotingscontrole en de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, een ontwerp van begroting ter goedkeuring voor aan de ministerraad;

— dat ontwerp van begroting vormt de basis voor de begrotingsbespreking van de Algemene Raad op de derde maandag van oktober.

Het spreekt voor zich dat het draagvlak bij de sociale partners belangrijk blijft. Zoals vandaag ook reeds het geval is, moet er in de Algemene Raad dus een meerderheid gevonden worden en moet deze de unanieme instemming van de regeringsvertegenwoordigers omvatten.

Tot slot komt, net als vandaag, de ministerraad aan zet als er de derde maandag van oktober geen akkoord gevonden wordt.

Een tweede reeks wijzigingen betreft de responsabiliseringsmechanismen:

Er wordt verduidelijkt dat:

— bestaande responsabiliseringsmechanismen ten alle tijde gedurende het begrotingsjaar zullen worden geactiveerd wanneer blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling voor dat jaar op beduidende, niet-gerechvaardigde wijze overschreden zou worden. In dat kader dient te worden bekeken welke sectoren en welke partiële doelstellingen op dat vlak welke inspanning zouden moeten doen, en dat binnen het lopende begrotingsjaar;

— voorts wordt voorzien dat sectoren die – op een beduidende en niet-gerechvaardigde wijze – hun partiële begrotingsdoelstelling (dreigen te) overschrijden tegen 30 juni voorstellen tot besparingsmaatregelen dienen voor te leggen aan de Algemene Raad, dit met het oog op implementatie in het begrotingsjaar dat volgt;

— er wordt ook gedefinieerd wat onder een “gerechvaardigde overschrijding” moet worden verstaan: dit zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting.

Artikel 2 vult de bevoegdheid van de Algemene Raad aan:

— le Comité de l’assurance devra toujours – comme à l’heure actuelle – présenter une proposition de budget, au plus tard le premier lundi d’octobre;

— sur la base de cette proposition et des avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, le ministre des Affaires sociales soumettra un projet de budget à l’approbation du Conseil des ministres;

— ce projet de budget constituera la base de la discussion budgétaire qui se tiendra au sein du Conseil général, le troisième lundi d’octobre.

Il va de soi que le soutien des partenaires sociaux demeurera essentiel. Comme c’est déjà le cas aujourd’hui, une majorité devra être trouvée au sein du Conseil général et l’accord unanime des représentants du gouvernement sera nécessaire.

Enfin, comme actuellement, le Conseil des ministres interviendra si aucun accord n’est trouvé le troisième lundi d’octobre.

Une deuxième série de modifications s’applique aux mécanismes de responsabilisation.

Il est précisé que:

— les mécanismes de responsabilisation actuels seront activés à tout moment au cours de l’exercice budgétaire lorsqu’il apparaît que l’objectif budgétaire global pour l’année en question serait dépassé significativement de manière non justifiée. Dans ce cadre, il convient d’examiner quels secteurs devraient faire des efforts et pour quels objectifs partiels durant l’année budgétaire en cours;

— la disposition prévoit également que les secteurs qui (risquent) de dépasser significativement de manière non justifiée leur objectif budgétaire partiel seront tenus de soumettre au Conseil général des propositions relatives aux mesures d’économies au plus tard le 30 juin, en vue de leur mise en œuvre au cours de l’année budgétaire qui suit;

— la notion de “dépassements justifiés” y est également définie comme étant les dépassements dus à des facteurs externes ou résultant d’une obligation légale ou réglementaire.

L’article 2 complète la compétence du Conseil général:

— zo moet de Algemene Raad ook bij een doorlopend akkoord de begrotingsconformiteit controleren;

— in het 12^e lid wordt verduidelijkt dat de Algemene Raad de vaststelling doet in verband met de overschrijdingen én dat de Algemene Raad de bestaande wettelijke maatregelen en mechanismen met betrekking tot partiële begrotingsdoelstellingen kan gebruiken wanneer wordt vastgesteld dat de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar dreigt overschreden te worden.

Artikel 3 bevat de wijzigingen met betrekking tot de Commissie voor begrotingscontrole. Artikel 4 bevat dan weer de wijzigingen met betrekking tot het Verzekeringscomité.

De wettelijke datum voor documenten die dienstig zijn voor de opmaak van de opdrachtbrief, en later de begroting, wordt vervroegd naar 30 juni (in plaats van 1 september) via artikel 6. Het gaat over wat in de wet “de voorstellen inzake besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en behoeften vanuit de akkoordencommissies” wordt genoemd, of kort samengevat de zogenaamde “sectoriële behoeftefiches”. Diezelfde datum geldt ook voor de doelmatigheidsvoorstellen in het kader van de overschrijdingen. Hier wordt ook ingeschreven dat de technische ramingen besproken worden op de ministerraad.

De nieuwe elementen, zoals de opdrachtbrief, de passage via de ministerraad en de rol van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) worden in het begrotingsproces toegevoegd via artikel 7.

Artikel 8 verduidelijkt de rol van de Algemene Raad in het begrotingsproces.

Samengevat voorziet deze afdeling dus een duidelijk tijds kader en explicitering van de verantwoordelijkheden van elkeen bij het begrotingsproces:

- de initiële technische ramingen: uiterlijk op 30 mei;
- behoeften en besparingsvoorstellen sectoren en rapport van de Commissie GDOS: 30 juni;
- opdrachtbrief van de regering: uiterlijk 20 juli;
- en de gekende kalender van de eerste en derde maandag van oktober.

— le Conseil général devra ainsi également contrôler la conformité au budget d'un accord encore en cours;

— à l'alinéa 12, il est précisé que le Conseil général constate que l'objectif budgétaire a été dépassé et qu'il peut décider d'activer les mesures et les mécanismes actuellement prévus dans la loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires partiels s'il apparaît que l'objectif budgétaire global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé.

L'article 3 contient les modifications relatives à la Commission de contrôle budgétaire, tandis que l'article 4 contient celles qui s'appliquent au Comité de l'assurance.

La date légale pour transmettre les documents nécessaires à la rédaction de la lettre de mission, et ultérieurement, à la confection du budget, est avancée au 30 juin (au lieu du 1^{er} septembre) par l'article 6. Il s'agit de ce que la loi appelle “les propositions sur les mesures d'économies, l'efficacité des soins et les besoins des Commissions d'accords” ou, pour résumer, des “fiches des besoins sectoriels”. Cette même date vaut également pour les propositions d'efficacité formulées dans le cadre des dépassements. Il y est également mentionné que les estimations techniques seront discutées en Conseil des ministres.

Les nouveaux éléments, tels que la lettre de mission, le passage par le Conseil des ministres et le rôle de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS), sont ajoutés à la procédure budgétaire par l'article 7.

L'article 8 précise le rôle du Conseil général dans la procédure budgétaire.

En résumé, cette section fournit donc un cadre temporel clair et explicite les responsabilités respectives dans la procédure budgétaire:

- les estimations techniques initiales: au plus tard le 30 mai;
- les besoins et propositions d'économies des secteurs et le rapport de la COSS: le 30 juin;
- la lettre de mission du gouvernement: au plus tard, le 20 juillet;
- et le calendrier connu des premier et troisième lundis d'octobre.

Afdeling 2

Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

In uitvoering van het regeerakkoord wordt het conventiemodel gemoderniseerd. De regels worden geharmoniseerd en vereenvoudigd. Voor alle sectoren zullen voortaan de termen “akkoorden” en “akkoordencommissies” worden gebruikt.

Om te beginnen wordt een duidelijk tijdschema in de wet ingeschreven, dat aangeeft hoe de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren elkaar opvolgen. Eerst is de akkoordencommissie zelf aan zet. Is er op 31 december geen akkoord, dan kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat ter toetreding wordt voorgelegd aan de betrokken zorgverleners. Is er op 31 januari geen document van het Verzekeringscomité, dan kan de minister in de loop van februari een document vaststellen. Dat document moet uiterlijk de laatste dag van februari worden goedgekeurd door de Algemene raad.

Deze afdeling heeft dus betrekking op bestaande stappen die worden gelijkgeschakeld voor alle sectoren en waaraan duidelijke data worden gekoppeld.

Ook zal voortaan in alle sectoren een akkoord pas in werking treden als een bepaald toetredingspercentage is bereikt, zoals vandaag het geval is bij artsen en tandartsen. De toetredingspercentages zullen voortaan voor alle sectoren uitsluitend op nationaal niveau worden berekend. De mogelijkheid voor artsen en tandartsen om zich gedeeltelijk te conventioneren wordt behouden. Dit was een van de punten van discussie met de artsen- en tandartsenorganisaties. Verder zijn er bepalingen met betrekking tot de duur van de akkoorden.

Een andere belangrijke vernieuwing in dit hoofdstuk betreft de richttarieven. Deze toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria die nu enkel kunnen worden vastgesteld in de akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen worden mogelijk in alle sectoren en worden opgenomen in de maximumfactuur. Er is dus een beperkte mate van flexibiliteit binnen de conventie, binnen duidelijke grenzen en met bescherming van de patiënt. Er wordt duidelijk voorzien dat de richttarieven een tijdelijk karakter moeten hebben, geëvalueerd moeten worden en enkel voorzien mogen worden in bijzondere situaties (bijvoorbeeld voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer herijkt werd dat het bedrag van de vergoeding achterhaald is). Om de patiënten te

Section 2

Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

Conformément à l'accord de gouvernement, le modèle de conventionnement sera modernisé. Les règles seront harmonisées et simplifiées. Pour tous les secteurs, les termes “accords” et “commissions d'accords” seront désormais utilisés.

Pour commencer, un calendrier clair est inscrit dans la loi. Celui-ci indique comment les responsabilités des différents acteurs s'enchaînent. Tout commence par la commission d'accords. Si aucun accord n'a été approuvé au 31 décembre, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre aux dispensateurs de soins concernés en vue de leur adhésion. Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance, le ministre pourra établir un tel document dans le courant du mois de février. Ce document doit être approuvé par le Conseil général, au plus tard le dernier jour de février.

Cette section porte donc sur les différentes étapes qui seront harmonisées pour tous les secteurs et assorties de dates précises.

En outre, il est désormais prévu, dans tous les secteurs, qu'un accord n'entrera en vigueur que lorsqu'un certain pourcentage d'adhésion est atteint, comme c'est déjà le cas pour les accords avec les médecins et les dentistes. Les taux d'adhésion seront désormais calculés pour tous les secteurs au niveau national uniquement. La possibilité pour les médecins et les dentistes de se conventionner partiellement est maintenue. Il s'agissait de l'un des points de la discussion menée avec les organisations des médecins et des dentistes. La section comprend par ailleurs des dispositions réglant la durée des accords.

Une autre innovation importante dans ce chapitre concerne les tarifs indicatifs. Ces dépassements maximums d'honoraires autorisés qui ne peuvent actuellement être fixés que dans les accords dentomutualistes, deviendront possibles dans tous les secteurs et seront repris dans le maximum à facturer. Il existe donc une certaine flexibilité au sein de la convention, dans des limites claires et tout en protégeant le patient. Il est clairement prévu que les tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire, que leur inclusion dans les accords doit être évaluée et qu'ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques (entre autres pour des formes innovantes de soins ou pour certaines prestations dont la nomenclature n'a plus été actualisée depuis tellement longtemps que le montant du remboursement

beschermen worden de richttarieven opgenomen in de maximumfactuur. De ministerraad besliste ook de opdracht te geven aan het Verzekeringscomité om tegen eind oktober 2026 een reflectiedocument te ontwikkelen met betrekking tot de rol die het nieuwe, flexibele instrument van richttarieven zal spelen om meer vrijheidsgraden te creëren in het conventiesysteem, zodat het soepeler aanpasbaar wordt aan nieuwe noden. Bij de tandartsen wordt bijvoorbeeld vastgesteld dat veel van deze richttarieven uit het verleden ondertussen geïntegreerd zijn in de nomenclatuur. In die zin werkt het systeem dus. In het huidige dentomut-akkoord werden ook richttarieven bepaald voor de orthodontieverstrekkingen, wat heeft geresulteerd in een verdubbeling van de conventiegraad.

In het wetsontwerp worden bepaalde premies en financiële tegemoetkomingen voor zorgverleners voortaan voorbehouden aan de geconventioneerde zorgverleners. De premies ter bevordering van de kwaliteit (voor accreditering bijvoorbeeld) blijven bedoeld voor alle zorgverleners. De premies voor ondersteuning (voor de uitbouw van de praktijk of de digitale transitie bijvoorbeeld) zijn voorbehouden aan de zorgverleners die zich aan de tarieven houden.

Daarop wordt ingegaan in de artikelen 9 tot 39. De minister gaat kort in op de voornaamste nieuwigheden, zonder elk artikel afzonderlijk te bespreken.

Het nieuwe, bij artikel 16 ingevoegde artikel 44, § 4, behelst de voorwaarden met betrekking tot de richttarieven (maximumtarieven):

- ze worden voorgesteld door de akkoordcommissie;
- ze zijn van tijdelijke aard en de opname ervan moet worden geëvalueerd;
- ze mogen alleen worden toegepast in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer voor bepaalde verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

Aangezien de richttarieven bedoeld zijn om het conventieingssysteem flexibeler te maken, zijn ze voorbehouden aan de geconventioneerde zorgverleners.

Paragraaf 5 van datzelfde nieuwe artikel 44 voorziet in de handhaving van de gedeeltelijke conventieering. De nadere regels van die gedeeltelijke conventieering moeten worden vastgesteld in het akkoord.

In artikel 23 vestigt de minister de aandacht op de bepalingen van paragraaf 7. De Koning wordt ertoe gemachtigd de verzekeringstegemoetkoming met maximum 25 %

est devenu obsolète). Afin de protéger les patients, les tarifs indicatifs sont repris dans le maximum à facturer. Le Conseil des ministres a également décidé de charger le Comité de l'assurance d'élaborer, d'ici fin octobre 2026, un document de réflexion quant au rôle que jouera le nouvel instrument flexible des tarifs indicatifs pour créer davantage de liberté dans le système de conventionnement, afin qu'il s'adapte plus facilement aux nouveaux besoins. Chez les dentistes, par exemple, on constate que bon nombre de ces tarifs indicatifs du passé ont été intégrés depuis dans la nomenclature. En ce sens, le système fonctionne. Dans l'accord Dentomut actuel, des tarifs indicatifs ont également été fixés pour les prestations orthodontiques, ce qui s'est traduit par un doublement du degré de conventionnement.

Dans le projet de loi, certaines primes et interventions financières accordées aux dispensateurs sont désormais réservées aux dispensateurs conventionnés. Les primes destinées à promouvoir la qualité – comme l'accréditation – restent destinées à tous les prestataires de soins. Les primes de soutien, par exemple pour le développement du cabinet ou la transition numérique, sont réservées aux prestataires qui respectent les tarifs.

Tout cela figure dans les articles 9 à 39. Le ministre aborde brièvement les principaux éléments nouveaux sans passer en revue chaque article.

Le nouvel article 44, § 4 – introduit par l'article 16 – énonce les conditions relatives aux tarifs indicatifs (tarifs maximums):

- ils sont proposés par la commission d'accords;
- ils ont un caractère temporaire et leur inclusion doit faire l'objet d'une évaluation;
- ils ne peuvent s'appliquer qu'à des situations particulières, comme des formes de soins innovantes ou quand, pour une prestation spécifique, le remboursement est obsolète.

Vu que les tarifs indicatifs visent plus de souplesse dans le système de conventionnement, ils sont réservés aux prestataires de soins conventionnés.

Le paragraphe 5 du même article 44 nouveau prévoit le maintien du conventionnement partiel. Les modalités de ce conventionnement partiel doivent être fixées dans l'accord.

À l'article 23, le ministre attire l'attention sur les dispositions du paragraphe 7, qui habilite le Roi à réduire d'un maximum de 25 % les taux de remboursement pour

te verminderen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door verloskundigen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedisch assistenten die niet individueel zijn toetreden tot een nationale overeenkomst zoals bedoeld in paragraaf 3 van het nieuwe artikel 51/5.

Hoofdstuk 3 bevat een artikel dat voorziet in de opheffing van die nieuwe bepaling op een datum die de Koning na overleg in de ministerraad moet vaststellen. Tijdens het begrotingsconclaf heeft de ministerraad uitdrukkelijk aangegeven dat de begrotingsweerslag van die afschaffing eerst moest worden geanalyseerd.

Het komt er echter op aan heel duidelijk te zijn over wat er op begrotingsgebied op het spel staat. De afschaffing van die vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 % betekent vandaag mogelijke meerkosten ten belope van 100 miljoen euro op jaarbasis voor de begrotingen van de verschillende betrokken sectoren.

Thans vigerende bepalingen van artikel 51 worden (via artikel 25 van het wetsontwerp) opgenomen in artikel 50, met uitzondering van de verwijzing naar de bevoegdheid van de Koning om een “beduidende” overschrijding vast te stellen, aangezien in de praktijk de Algemene Raad hierover beslist.

Wat de “gerechtvaardigde” overschrijdingen betreft, wordt in dat artikel hetzelfde begrip gehanteerd als in de bepalingen inzake het begrotingsproces. Het gaat om overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren.

De overgenomen bepalingen betreffen de correctiemechanismen en andere maatregelen die in de akkoorden moeten worden opgenomen.

Artikel 27 van het wetsontwerp betreft het proces voor het sluiten van de akkoorden. Artikel 28 verduidelijkt hoe de individuele zorgverleners hun akkoord of weigering van toetreding moeten meedelen. Het opt-outprincipe blijft behouden. Zoals aangegeven kunnen (in alle sectoren) de akkoorden pas van kracht worden als minder dan 40 % van de zorgverleners weigert toe te treden. Dat artikel bepaalt tevens dat de telling alleen nog op nationaal niveau zal gebeuren. Artikel 29 betreft de duur van het akkoord. Artikel 30 betreft de wijzigingsclausules.

Wat de opzegging door de representatieve organisaties betreft, kunnen de akkoorden in andere opzeggingsgronden voorzien dan die welke bij wet zijn vastgelegd.

les prestations des sages-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux conventions, qui sont reprises au paragraphe 3 du nouvel article 51/5.

Le chapitre 3 comprend un article prévoyant l'abrogation de cette nouvelle disposition à une date à fixer par le Roi après délibération en Conseil des ministres. Lors du conclave budgétaire, le Conseil des ministres a explicitement indiqué que l'impact budgétaire de cette suppression devait d'abord être analysé.

Il faut néanmoins être très clair sur l'enjeu budgétaire. Aujourd'hui, la suppression de cette règle de moins 25 % représente potentiellement un surcoût de 100 millions sur base annuelle pour les budgets des différents secteurs concernés.

Des dispositions actuelles de l'article 51 sont intégrées – par l'article 25 du projet de loi – dans l'article 50, à l'exception de la référence à la compétence du Roi de déterminer un dépassement significatif, car, en pratique, c'est le Conseil général qui statue là-dessus.

Cet article utilise la même notion que les dispositions relatives au processus budgétaire en ce qui concerne les “dépassements justifiés”. Il s'agit de dépassements résultant de facteurs externes échappant au contrôle du secteur ou résultant d'une obligation légale ou réglementaire et qui génèrent une dynamique de dépenses imprévues.

Les dispositions reprises sont celles relatives aux mécanismes de correction et aux autres mesures qui doivent être prévues dans les accords.

L'article 27 du projet de loi reprend le processus de conclusion des accords. L'article 28 précise la manière dont les prestataires individuels communiquent leur accord ou leur refus. Le principe de l'opt-out est maintenu. Et comme indiqué, dans tous les secteurs, les accords n'entreront en vigueur que si moins de 40 % des prestataires les refusent. Cet article dispose également que le recensement se fera uniquement au niveau national. L'article 29 traite de la durée de l'accord. L'article 30 concerne les avenants.

En ce qui concerne la dénonciation par les organisations représentatives, les accords peuvent prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par la loi.

De verzoeningsprocedure in geval van opzegging, zoals nu beoogd in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen, wordt veralgemeend naar alle sectoren:

— de representatieve organisatie die meent dat een genomen maatregel een grond voor opzegging vormt, dient dat schriftelijk mee te delen aan de voorzitter van de akkoordencommissie;

— de voorzitter roept in dat geval een vergadering van de commissie bijeen waarop de minister wordt uitgenodigd;

— opdat het akkoord effectief wordt opgezegd, moet een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverstrekkers de opzegging bevestigen;

— het akkoord neemt van rechtswege een einde 30 dagen na die vergadering.

Na opzegging van een akkoord kan altijd een nieuw akkoord worden gesloten in de loop van het jaar.

Artikel 32 voegt een artikel 51/5 toe waarin de situatie van de zorgverstrekker wordt geregeld in de periode tussen het einde van een akkoord en de inwerkingtreding van een volgend akkoord:

— situatie 1: wanneer een nieuw akkoord reeds van kracht is op het moment dat het oude verstrijkt, behoudt de zorgverlener zijn conventiestatus, ofwel tot de dag waarop hij kennis geeft van zijn weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop hij wordt geacht te zijn toetreden tot het nieuwe akkoord;

— situatie 2: wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord is gesloten of goedgekeurd, behouden de zorgverstrekkers hun conventiestatus, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het door het Verzekeringscomité of de minister vastgestelde document, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toetreden tot het door het Verzekeringscomité of de minister vastgestelde document;

— als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen enkel document is vastgesteld door de minister en goedgekeurd door de Algemene Raad, behouden de zorgverstrekkers hun conventiestatus tot de laatste dag van februari.

Wanneer geen akkoord (of document van het Verzekeringscomité) in werking kan treden, dient de Koning, voor alle of bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden,

La procédure de conciliation en cas de dénonciation, telle que désormais prévue par l'Accord national médico-mutualiste, est généralisée à tous les secteurs:

— l'organisation représentative qui estime qu'une mesure prise constitue un motif de dénonciation doit le communiquer par écrit au président de la commission d'accords;

— le président convoque alors une réunion de la commission à laquelle le ministre est invité;

— pour que la dénonciation de l'accord soit effective, la majorité des représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins présents doit confirmer la dénonciation;

— l'accord prend fin de plein droit 30 jours après cette réunion.

Après la dénonciation d'un accord, un nouvel accord peut toujours être conclu au cours de l'année.

L'article 32 ajoute un article 51/5 qui régit la situation du dispensateur de soins pendant la période comprise entre la fin d'un accord et l'entrée en vigueur d'un accord suivant:

— situation 1: un nouvel accord est déjà en vigueur à l'expiration de l'ancien – le dispensateur conserve son statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où il notifie son refus d'adhérer au nouvel accord, soit jusqu'au jour où il est réputé avoir adhéré au nouvel accord;

— situation 2: lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, aucun nouvel accord n'est conclu ou aucun nouvel accord n'est approuvé, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhérer au document établi par le Comité de l'assurance ou le ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le ministre;

— toutefois, si, au plus tard le dernier jour de février, aucun document n'est établi par le ministre et approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement jusqu'au dernier jour de février.

Si aucun accord (ou document du Comité de l'assurance) ne peut entrer en vigueur, le Roi doit fixer, pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, des tarifs maximaux

maximumtarieven voor honoraria en prijzen vast te stellen, daarbij tevens gebruikmakend van de indexmassa.

De indexmassa die niet is gebruikt omdat er geen akkoord is of omdat een gesloten akkoord uiteindelijk niet in werking zou treden, blijft dus steeds gereserveerd ten gunste van de betrokken sector en wordt zo snel mogelijk opnieuw te gelde gemaakt, hetzij na het sluiten van een nieuw akkoord, hetzij bij het vaststellen van de tarieven door de Koning na een in de minister-raad overlegd besluit.

De minister benadrukt dat de in de begroting toegewezen indexmassa altijd ter beschikking blijft van de sector. Ook al stelt de Koning de tarieven vast, ook al wordt op een later tijdstip een akkoord gesloten enzovoort. Tot op heden was dat absoluut niet duidelijk in de wet. Bij gebrek aan een akkoord bestond er vandaag absoluut geen wettelijke basis om de tarieven te indexeren, ook al was een indexmassa toegewezen.

Het artikel preciseert dat de indexmassa voor het volgende kalenderjaar pas kan worden aangewend als minstens voor het einde van het kalenderjaar een nieuw en door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurd akkoord is gesloten.

Aanwending van de indexmassa dient te worden begrepen als de mogelijkheid om vanaf 1 januari reeds over te gaan tot de aanpassing van de tarieven zoals afgesproken in het nieuw akkoord. Dat kan een lineaire indexering zijn maar zelfs wanneer een nieuw akkoord slechts een gedeeltelijke indexering van bepaalde prestaties behelst, kan die gedeeltelijke indexering voor die welbepaalde prestaties reeds worden doorgevoerd vanaf 1 januari. Hetzelfde geldt wanneer het nieuwe akkoord zou voorzien in bijzonderheden zoals een andere of alternatieve aanwending van de indexmassa dan een gebruikelijke indexering.

Indien na het opt-outproces echter zou blijken dat het akkoord niet in werking kan treden, worden de indexering en de tariefaanpassing ingetrokken en afgestemd op de tarieven zoals ze van toepassing waren tijdens het voorgaande kalenderjaar. Op die manier kan ten behoeve van de betrokken zorgverleners al werk worden gemaakt van de op 1 januari ingaande tariefaanpassing, in afwachting van de afwikkeling van het proces om dat akkoord alsnog in werking te doen treden.

Als geen akkoord wordt bereikt tussen de zorgverleners, wordt de indexmassa logischerwijs niet toegekend op 1 januari. Ze blijft echter behouden voor de sector en wordt dus meegenomen in de volgende stappen van het proces (document van het Verzekeringscomité,

des honoraires et des prix, en utilisant également la masse d'index.

La masse d'index qui n'a pas été utilisée parce qu'il n'y a pas d'accord ou parce qu'un accord conclu n'entrerait finalement pas en vigueur reste donc toujours réservée au profit du secteur concerné, et est remobilisée dès que possible, soit après la conclusion d'un nouvel accord, soit lors de la fixation des tarifs par le Roi à la suite d'une décision délibérée en Conseil des ministres.

Le ministre insiste sur le fait que la masse d'index allouée dans le budget reste toujours à la disposition du secteur. Même si le Roi fixe les tarifs, même si un accord est conclu ultérieurement, etc. Aujourd'hui, cela n'était absolument pas clair dans la loi. En l'absence d'accord, il n'existait aujourd'hui absolument aucune base légale pour indexer les tarifs, même si une masse d'index était allouée.

L'article précise que la masse d'index pour l'année calendrier suivante ne peut être affectée que lorsqu'un nouvel accord, approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, est conclu au moins avant la fin de l'année civile.

L'affectation de la masse d'index signifie la possibilité de procéder, à partir du 1^{er} janvier, à l'adaptation des tarifs convenue dans le nouvel accord. Il peut s'agir d'une indexation linéaire, mais même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier. *Idem* lorsque le nouvel accord prévoit des spécificités comme une affectation différente ou alternative de la masse d'index par rapport à une indexation habituelle.

Toutefois, s'il s'avère, à l'issue du processus d'opt-out, que l'accord ne peut pas entrer en vigueur, l'indexation et l'adaptation des tarifs seront retirées et repositionnées selon les tarifs en vigueur au cours de l'année civile précédente. De cette manière, l'adaptation des tarifs au 1^{er} janvier peut déjà être prévue au profit des dispensateurs de soins concernés et ce, dans l'attente du déroulement du processus de mise en vigueur de cet accord le cas échéant.

Si aucun accord n'est conclu entre les dispensateurs de soins, la masse d'index n'est logiquement pas octroyée au 1^{er} janvier. Elle reste toutefois préservée pour le secteur et est donc prise en compte dans les étapes suivantes du processus (document du Comité

document van de minister, vaststelling van de tarieven door de Koning).

Artikel 52/1 – ingevoegd bij artikel 36 – bevestigt het geldende principe dat wie zijn weigering niet heeft gemeld, geacht wordt volledig te hebben ingestemd. De tweede paragraaf neemt de bepalingen van het huidige artikel 50, § 3*bis*, over. Op grond daarvan zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien dat de rechthebbende niet vooraf uitdrukkelijk heeft ingelicht of de zorgverlener al dan niet toegetreden is.

Artsen en tandartsen behouden de mogelijkheid tot een gedeeltelijke conventionering. In dat geval bepaalt het tijdstip waarop de patiënt een afspraak heeft, of de conventietarieven al dan niet moeten worden nageleefd.

Artikel 37 bepaalt de tegemoetkomingen die thans enkel worden toegekend aan geconventioneerde zorgverleners:

- art. 36*sexies*: telematicapremie;
- art. 36*octies*: kosten in verband met de organisatie van een praktijk;
- art. 36*undecies*: informaticapremie apothekers;
- art. 36*quinquiesdecies*: tegemoetkoming bij administratieve lasten voor verpleegkundigen en zorgkundigen;
- art. 59*quater* van de programmawet van 2 januari 2001: opleidingspremie verpleegkundigen.

De tegemoetkomingen voor accreditering en kwaliteit vallen buiten deze bepaling en kunnen dus aan alle zorgverleners worden toegekend, ongeacht hun conventiestatus. De tegemoetkomingen voor ondersteuning worden daarentegen voorbehouden aan geconventioneerde zorgverleners.

Als de zorgverlener slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, worden de tegemoetkomingen *pro rata* toegekend. Ook de tegemoetkomingen voor gedeeltelijk geconventioneerde artsen en tandartsen zullen worden toegekend naargelang van de verhouding tussen hun geconventioneerde en niet-geconventioneerde prestaties.

De minister heeft dat punt eveneens besproken tijdens het overleg met onder meer de artsen en tandartsen.

de l'assurance, document du ministre, fixation des tarifs par le Roi).

L'article 52/1 – inséré par l'article 36 – confirme le principe en vigueur selon lequel ceux qui n'ont pas notifié leur refus sont réputés avoir adhéré pleinement. Le deuxième paragraphe reprend les dispositions de l'actuel article 50, § 3*bis*, qui prévoit que les tarifs résultant de la nomenclature sont les honoraires maximaux qui peuvent être demandés pour les prestations fournies dans le cadre de consultations hospitalières, si le bénéficiaire n'a pas été expressément informé au préalable par l'établissement de soins de l'adhésion ou non du dispensateur de soins.

Les médecins et les dentistes conservent la possibilité d'un conventionnement partiel; dans ce cas, le moment du rendez-vous détermine si les tarifs conventionnels doivent être respectés.

L'article 37 précise les primes qui seront désormais réservées aux dispensateurs conventionnés:

- art. 36*sexies*: prime télématique;
- art. 36*octies*: coûts liés à l'organisation d'une pratique;
- art. 36*undecies*: prime informatique pour les pharmaciens;
- art. 36*quinquiesdecies*: intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants;
- art. 59*quater* de la loi-programme du 2 janvier 2001: prime de formation des infirmiers.

Les interventions pour l'accréditation et la qualité ne sont pas visées par cette disposition et peuvent donc être accordées à tous les dispensateurs de soins, quel que soit leur statut de conventionnement. Cependant, les interventions de soutien sont réservées aux dispensateurs conventionnés.

Si le dispensateur n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, les interventions sont accordées au prorata. Les interventions accordées aux médecins et aux dentistes partiellement conventionnés pourront également être accordées en fonction du rapport entre leurs prestations conventionnées et non conventionnées.

Le ministre a également abordé ce point lors de la concertation avec, entre autres, les médecins et les dentistes.

Artikel 38 wijzigt artikel 37*sexies* van de gecoördineerde wet zodat alle richttarieven waarover de minister sprak, kunnen worden opgenomen in de maximumfactuur.

Ter afsluiting van deze afdeling bepaalt artikel 39 dat deze nieuwe regels zullen gelden voor de akkoorden die van toepassing zullen zijn vanaf 1 januari 2028. De akkoordencommissies zullen in het kader van de procedure voor het onderhandelen over en sluiten van die akkoorden in de tweede helft van 2027 dus rekening moeten houden met de nieuwe regels. Ook voor akkoorden die nog lopen en voor akkoorden die in het najaar van 2027 stilwijgend zouden worden verlengd, zullen de nieuwe regels gelden.

Afdeling 3

Definities

Deze afdeling voert een aantal technische en terminologische verduidelijkingen door, daarnaast wordt een definitie van “richttarieven” ingevoegd, alsook een definitie van “gerechtvaardigde overschrijdingen”, waarvan eerder sprake.

Afdeling 4

Het gebruik van kopieën bestendigen, met name om de digitale verzending mogelijk te maken van documenten inzake verzekeraarbaarheid en financiële toegankelijkheid

Tijdens de covidperiode was het voor de sociaal verzekerde mogelijk bepaalde documenten uitzonderlijk digitaal over te maken. Die regeling is afgelopen op 31 december 2025, maar wordt nu structureel verankerd (met terugwerkende kracht). Het toepassingsgebied blijft wel duidelijk beperkt: het gaat enkel om documenten in het kader van de verzekeraarbaarheid en de financiële toegankelijkheid. Voor terugbetalingsaanvragen blijft de verplichting om originele documenten voor te leggen behouden.

Afdeling 5

Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

Overeenkomstig het federaal regeerakkoord, wordt bij deze voorzien in de mogelijkheid om de deelstaten met raadgevende stem op te nemen in het Verzekeringscomité (zoals voorzien voor de Algemene Raad tijdens de vorige legislatuur). Ze worden benoemd per koninklijk besluit. De Raad van State stelde dat het niet aan de federale

L'article 38 modifie l'article 37*sexies* de la loi coordonnée, de sorte que tous les tarifs indicatifs dont le ministre a parlé puissent être repris dans le maximum à facturer.

Pour conclure cette section, l'article 39 précise que ces nouvelles règles s'appliqueront aux accords applicables à partir du 1^{er} janvier 2028. Les commissions d'accords devront donc tenir compte des nouvelles règles dans le cadre de la procédure de négociation et de conclusion de ces accords au second semestre 2027. Les nouvelles règles s'appliquent également aux accords en cours et à ceux tacitement renouvelés à l'automne 2027.

Section 3

Définitions

Cette section apporte une série de clarifications techniques et terminologiques et définit la notion de “tarifs indicatifs”, ainsi que celle de “dépassements justifiés”, dont il a été question précédemment.

Section 4

Pérenniser l'utilisation de copies, notamment pour permettre leur envoi digital, des documents d'assurabilité et d'accessibilité financière

Durant la période de la COVID-19, la transmission de certains documents par les assurés pouvait exceptionnellement se faire de manière numérique. Ce dispositif a pris fin le 31 décembre 2025, mais il est à présent ancré structurellement dans la loi (avec effet rétroactif). Le champ d'application reste toutefois clairement limité, puisque le dispositif s'applique uniquement aux documents d'assurabilité et d'accessibilité financière. Les demandes de remboursement restent soumises à l'obligation de produire les documents originaux.

Section 5

Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Conformément à l'accord de gouvernement fédéral, cette section prévoit la possibilité pour les entités fédérées d'être représentées, avec voix consultative, au sein du Comité de l'assurance (à l'instar de ce qui a été prévu pour le Conseil général sous la précédente législature). Les représentants seront nommés par arrêté

wetgever is om het aantal te bepalen, bijgevolg is dit uit het wetsontwerp geschrapt, en zal dit onderwerp uitmaken van overleg met de deelstaten.

Afdeling 6

Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

Deze afdeling wijzigt de procedure voor nomenclatuurwijzigingen, zodat wijzigingen sneller en gerichter gebeuren, en beter ingespeeld kan worden op wat er leeft op het terrein. De minister verwijst ook naar het regeerakkoord, waar expliciet wordt ingezet op een meer regelmatige actualisatie van de nomenclatuur.

Artikel 46 geeft de bevoegde technische raad één maand voor het formuleren van een voorstel. Bij gebrek daaraan, of als het voorstel niet conform is, kan de minister of de akkoordencommissie zelf een voorstel formuleren.

Dat voorstel wordt wel nog steeds voor advies voorgelegd aan de technische raad, die daarvoor opnieuw één maand de tijd krijgt. Daarna volgt de bestaande procedure via de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

Artikel 47 bepaalt dat wanneer het Verzekeringscomité wijzigingen aanbrengt aan een voorstel van de akkoordencommissie, dit niet opnieuw naar die commissie moet voor een nieuw onderzoek. Wel wordt niet uitgesloten dat zulk advies kan gevraagd worden.

Afdeling 7

Ereloonsupplementen

Het regeerakkoord is duidelijk: er wordt expliciet voorzien dat supplementen in alle sectoren worden beperkt. Dit moet in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur gebeuren.

Hoofdstuk 7 geeft hier uitvoering aan. Teneinde een duidelijk kader te scheppen voor deze verschillende met elkaar verbonden hervormingen, wordt ervoor gekozen om de bepalingen rond de beperking van de supplementen nu reeds vast te leggen, maar met een soepele datum van inwerkingtreding zodat de verschillende hervormingen coherent en parallel kunnen worden uitgerold. De minister is hier dus al gematigder dan het

royal. Le Conseil d'État ayant indiqué qu'il n'appartient pas au législateur fédéral d'en déterminer le nombre, ce point a été supprimé du projet de loi et fera l'objet d'une concertation avec les entités fédérées.

Section 6

Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature

La section à l'examen révisé la procédure de modification de la nomenclature afin de permettre que les modifications puissent être effectuées plus rapidement et de façon plus ciblée, et de répondre plus adéquatement aux besoins sur le terrain. Le ministre renvoie également à l'accord de gouvernement, qui met explicitement l'accent sur une révision plus régulière de la nomenclature.

L'article 46 accorde au conseil technique compétent un délai d'un mois pour formuler une proposition. À défaut, ou si la proposition n'est pas conforme, le ministre ou la commission d'accords peut formuler une proposition.

Cette proposition sera toutefois toujours soumise pour avis au conseil technique, qui disposera à nouveau d'un délai d'un mois. La procédure existante par l'intermédiaire de la Commission de contrôle budgétaire et du Comité de l'assurance sera ensuite suivie.

L'article 47 dispose que lorsque le Comité de l'assurance apporte des modifications à une proposition de la commission d'accords, cette proposition ne doit pas être renvoyée à la commission pour un nouvel examen. Il n'est toutefois pas exclu qu'un tel avis puisse être demandé.

Section 7

Suppléments d'honoraires

L'accord de gouvernement est clair: il prévoit explicitement que les suppléments seront limités dans tous les secteurs. Cette mesure doit s'inscrire dans la réforme de la nomenclature.

Le chapitre 7 assure la mise en œuvre de cette disposition. Afin de créer un cadre clair pour ces différentes réformes interdépendantes, il a été décidé de fixer dès à présent les dispositions relatives à la limitation des suppléments, en prévoyant toutefois une date d'entrée en vigueur souple de façon à pouvoir déployer les différentes réformes de manière cohérente et parallèle. En l'occurrence, le ministre se montre déjà plus modéré

regeerakkoord, dat stelt dat in de tussenperiode reeds excessen worden aangepakt.

Dit alles kadert in een breder doel, namelijk het bewaken van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Dat is ook expliciet opgenomen in het regeerakkoord.

In artikel 48 wordt het begrip “maximumsupplement” gedefinieerd. Dit is de bovengrens voor het bedrag dat als supplement mag worden aangerekend.

Echter moet wel benadrukt worden dat bestaande verboden uiteraard onverkort blijven gelden:

— het verbod om supplementen aan te rekenen aan gehospitaliseerde patiënten in twee- of meerpersoonskamers;

— het verbod bij zware medische beeldvorming voor niet-gehospitaliseerde patiënten;

— het verbod bij verstrekkingen in het kader van een wachtdienst;

— en het verbod wanneer de patiënt niet vooraf werd geïnformeerd over de conventiestatus van de zorgverstrekker.

De richttarieven waarover de minister het eerder had worden niet beschouwd als supplementen.

Toeslagen bij bijzondere eisen van de patiënt – zoals de vraag naar een eenpersoonskamer – worden wel als supplement beschouwd. Daar zal dus, ook voor de geconventioneerde verstrekker die ze mag aanrekenen, een maximumsupplement van toepassing zijn.

De minister gaat in op de wijze waarop deze maximumsupplementen concreet zullen worden vastgelegd en licht daarbij toe welke bevoegdheid de Koning in deze procedure heeft.

Eerst en vooral moet worden benadrukt dat een belangrijke rol wordt toegekend aan de sectoren zelf. Zij moeten tegen uiterlijk 31 juli 2027 een voorstel uitwerken voor deze maximumsupplementen, gebaseerd op objectieve gegevens en – waar relevant – moet men rekening houden met de lopende hervormingen van de nomenclatuur.

Zij kunnen daarbij kiezen voor een algemeen maximumplafond, maar evengoed voor een meer verfijnd

que l'accord de gouvernement, qui prévoyait déjà de s'atteler aux excès dans l'intervalle.

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans un objectif plus large, à savoir garantir la soutenabilité financière et l'accessibilité des soins. Ce point figure également explicitement dans l'accord de gouvernement.

L'article 48 définit le terme de “supplément maximal”. Il s'agit du plafond d'application pour le montant qui peut être facturé au titre de supplément.

Il convient toutefois de souligner que les interdictions existantes restent évidemment pleinement applicables. Il est donc interdit de facturer des suppléments:

— pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple;

— pour des prestations dispensées dans le cadre de l'imagerie médicale lourde pour les patients non hospitalisés;

— pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde;

— et lorsque le patient n'a pas été informé au préalable du statut de conventionnement du dispensateur de soins.

Les tarifs indicatifs évoqués précédemment par le ministre ne seront pas considérés comme des suppléments.

En revanche, les majorations liées à des exigences particulières du patient – comme la demande d'une chambre individuelle – seront considérées comme des suppléments. Un supplément maximal s'appliquera donc dans ce cas, y compris pour les prestataires conventionnés autorisés à facturer des suppléments.

Le ministre évoque ensuite la manière dont ces suppléments maximaux seront fixés concrètement et précise, à cet égard, les compétences dont disposera le Roi dans cette procédure.

Il convient avant toute chose de souligner qu'un rôle important sera confié aux secteurs eux-mêmes. Pour le 31 juillet 2027 au plus tard, ceux-ci devront élaborer une proposition relative à ces suppléments maximaux, fondée sur des données objectives et – le cas échéant – tenant compte des réformes en cours de la nomenclature.

À cet égard, ils pourront opter pour un plafond maximal général, mais aussi pour un système plus affiné,

systeem, op het niveau van groepen van verstrekkingen of erkenningsnummers, of nog op basis van de vraag of de patiënt al dan niet is opgenomen in een ziekenhuis.

Indien de bevoegde akkoordencommissie hier niet in slaagt, dus bij ontstentenis van voorstel van de bevoegde akkoordencommissie, zal het maximumpercentage worden vastgelegd bij een koninklijk besluit overlegd in de ministerraad, uiterlijk tegen 1 januari 2028. Opnieuw moet men rekening houden met objectieve cijfers over de aangerekende ereloon-supplementen in de betrokken sector over de afgelopen vijf jaar, waarbij het aftoppen van excessen en het voorkomen van een inflatoire spiraal de belangrijkste uitgangspunten zijn.

In dit artikel wordt ook bepaald dat het vastgestelde maximumplafond kan gewijzigd worden (bijvoorbeeld gelet op nieuwe informatie, nieuwe verstrekkingen enzovoort).

Het maximumsupplement wordt berekend op basis van het bedrag of het honorarium dat dient als grondslag voor de verzekeringstegemoetkoming, dus zowel de tussenkomst van de verzekering als het persoonlijk aandeel van de patiënt. Het plafond geldt uitsluitend voor het deel waarop supplementen zijn toegestaan.

Verder is voorzien dat de regeling ook van toepassing is wanneer kosten worden vergoed via andere door de overheid georganiseerde stelsels, zoals onder meer arbeidsongevallen, beroepsziekten of specifieke socialezekerheidsregelingen.

De minister licht de draagwijdte van deze maatregel verder toe. Het advies van de Raad van State hieromtrent was bijzonder interessant.

In navolging van het advies van de Raad van State en rekening houdend met de bestaande rechtspraak, wordt expliciet verduidelijkt dat deze maatregel kadert binnen artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet. Het gaat hier dus om de fundamentele doelstelling om een financieel toegankelijke gezondheidszorg in België te waarborgen, ook in de huidige budgettaire context.

De maatregel is er concreet op gericht om excessieve supplementen te beperken en toegankelijke zorg te waarborgen. Dit gebeurt in samenhang met bredere hervormingen, zoals de herziening van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, die een algemene herijking van de financiering beogen. Daarnaast draagt ook de hervorming van het akkoordensysteem bij tot een meer gerichte bijsturing, onder meer via de richttarieven en de herevaluatie van verouderde tarieven.

avec différents maximums en fonction des groupes de prestations ou des numéros d'agrément, ou encore, selon que le patient est hospitalisé ou non.

Si la commission d'accords compétente ne parvient pas à formuler une proposition, le pourcentage maximal sera fixé par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, pour le 1^{er} janvier 2028 au plus tard. Il conviendra à nouveau de tenir compte des chiffres concrets concernant les suppléments d'honoraires facturés dans le secteur concerné au cours des cinq dernières années avec, comme principales lignes directrices, le plafonnement des excès et la prévention d'une spirale inflationniste.

L'article à l'examen dispose également que le plafond maximal fixé pourra être modifié (par exemple, compte tenu de nouvelles informations, de nouvelles prestations, etc.).

Le supplément maximal sera calculé sur la base du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, c'est-à-dire aussi bien l'intervention de l'assurance que la quote-part personnelle du patient. Le plafond s'appliquera uniquement à la partie sur laquelle des suppléments sont autorisés.

Il est en outre prévu que le régime s'appliquera également lorsque les frais sont remboursés dans le cadre d'autres régimes organisés par les pouvoirs publics, tels que, entre autres, les accidents du travail, les maladies professionnelles ou des régimes spécifiques de sécurité sociale.

Le ministre explique plus en détail la portée de cette mesure. Il est à noter que l'avis du Conseil d'État à ce sujet était particulièrement intéressant.

À la suite de cet avis et tenant compte de la jurisprudence existante, il est précisé que cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution. Fondamentalement, l'objectif est donc de garantir aux bénéficiaires des soins de santé financièrement accessibles en Belgique, et ce, également dans le contexte budgétaire actuel.

Concrètement, la mesure vise à limiter les suppléments excessifs et à garantir l'accessibilité des soins. Elle s'inscrit dans le cadre de réformes plus larges, telles que la révision de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux, qui visent à réévaluer le financement de manière générale. Par ailleurs, la réforme du système d'accords contribuera également à un ajustement plus ciblé, notamment au travers des tarifs indicatifs et de la réévaluation des tarifs obsolètes.

Het is daarbij belangrijk te benadrukken dat voor het overgrote deel van de zorgverleners deze maatregel geen negatieve impact zal hebben. Zij rekenen vandaag geen supplementen aan, of blijven binnen redelijke grenzen. De maatregel viseert in de eerste plaats de excessen, zorgverstrekkers die buitensporige supplementen aanrekenen. Dat is verantwoord vanuit het algemeen belang en vanuit de grondwettelijke opdracht om de toegankelijkheid van zorg te garanderen. In een context waarin aanzienlijke publieke middelen naar gezondheidszorg gaan, mag ook van zorgverleners worden verwacht dat zij geen excessieve bedragen aanrekenen.

Daarbij blijven een aantal fundamentele vrijheden onaangetast. Zoals ook bevestigd door de Raad van State, kan de wetgever algemene regels invoeren zonder elke individuele situatie te moeten regelen, en is niet aangetoond dat deze maatregel zorgverleners zou dwingen hun activiteiten stop te zetten, te verhuizen of een tariefakkoord te aanvaarden. Evenmin wordt hun therapeutische vrijheid beperkt, en de vrije keuze van zorgverlener blijft voor de patiënt behouden. Ook de vrijheid om al dan niet toe te treden tot de akkoorden blijft volledig intact: niet-geconventioneerde zorgverleners behouden hun tariefvrijheid, binnen de grenzen van de vastgestelde maximumsupplementen. Om deze evenwichtsoefening correct te maken, wordt zoals eerder benadrukt de plafonnering uitgewerkt in overleg met de betrokken sectoren en met respect voor de eigenheid van de verschillende types verstrekkingen.

De tekst van het artikel werd bovendien aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State. De bevoegdheid van de Koning om supplementen te plafonneren wordt uitdrukkelijk beperkt tot het beoogde doel: het waarborgen van financiële toegankelijkheid en het vermijden van buitensporige supplementen. Bij de concrete invulling zal steeds worden uitgegaan van de beschikbare gegevens, en zal het administratief dossier de motivering bevatten van de gekozen plafonds, met respect voor de beginselen van gelijkheid en non-discriminatie.

Artikel 49 verduidelijkt dat het verbod op supplementen voor mensen met de verhoogde tegemoetkoming geen afbreuk doet aan de bepalingen in akkoorden met betrekking tot de richttarieven of supplementen in het geval van een bijzondere eis.

De datum van inwerkingtreding (artikel 51) wordt voorzien op 1 januari 2028 en wordt, zoals bepaald in het regeerakkoord, afgestemd op de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De Koning kan deze datum van inwerkingtreding uitstellen bij een in ministerraad overlegd besluit tot uiterlijk 1 januari 2029, indien zou blijken dat om praktische

Il est important de souligner que la mesure à l'examen n'aura pas d'impact négatif pour la grande majorité des dispensateurs de soins, car ceux-ci ne facturent pas de suppléments à l'heure actuelle, ou restent dans des limites raisonnables. La mesure vise en premier lieu à contrer les excès et cible par conséquent les dispensateurs de soins qui facturent des suppléments excessifs. Elle se justifie du point de vue de l'intérêt général et de la mission constitutionnelle de garantir l'accessibilité des soins. Dans un contexte où des moyens publics considérables sont consacrés aux soins de santé, on peut également attendre des dispensateurs de soins qu'ils ne facturent pas de montants excessifs.

Plusieurs libertés fondamentales resteront par ailleurs garanties. Comme l'a également confirmé le Conseil d'État, le législateur peut introduire des règles générales sans devoir régler chaque situation individuelle, et rien n'indique que cette mesure contraindrait certains dispensateurs de soins à cesser ou à déplacer leurs activités, ou encore à accepter un accord tarifaire. La liberté thérapeutique ne sera pas non plus restreinte, et le libre choix du dispensateur de soins sera préservé pour le patient. La liberté d'adhérer ou non aux accords ne sera pas non plus affectée: les dispensateurs de soins non conventionnés conserveront leur liberté tarifaire, dans les limites des plafonds de suppléments fixés. Comme souligné précédemment, il a été décidé qu'afin de mener à bien cet exercice d'équilibrage, le plafonnement serait établi en concertation avec les secteurs concernés et en tenant compte des types de prestations.

En outre, le texte de l'article a été adapté à la suite des observations du Conseil d'État. Le pouvoir accordé au Roi de plafonner la facturation des suppléments sera explicitement limité à la finalité visée, c'est-à-dire garantir l'accessibilité financière des soins de santé et éviter que des montants excessifs soient facturés comme suppléments. La mise en œuvre concrète se fondera toujours sur les données disponibles, et le dossier administratif comprendra la motivation des plafonds choisis, dans le respect des règles d'égalité et de non-discrimination.

L'article 49 précise que l'interdiction des suppléments prévue pour les bénéficiaires de l'intervention majorée ne porte pas atteinte aux dispositions prévues dans les accords relatifs aux tarifs indicatifs ou aux suppléments en cas d'exigence particulière.

La date d'entrée en vigueur (article 51) a été fixée au 1^{er} janvier 2028 et, conformément à l'accord de gouvernement, elle sera alignée sur la réforme de la nomenclature et sur la réforme du financement des hôpitaux. Le Roi pourra reporter cette date d'entrée en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2029, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, s'il apparaît que la réforme de

redenen de hervorming van de nomenclatuur en/of de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vertraging zouden oplopen.

Afdeling 8

Financiering representatieve beroepsorganisaties

In afdeling 8 wordt een principe dat al bij heel wat sectoren bestond (met name bij de vroedvrouwen, logopedisten, kinesitherapeuten, orthopedisch technologen en apothekers) verankerd, namelijk dat de financiering van de beroepsorganisaties voor een beperkt deel, namelijk voor 15 % van de totale financieringsenveloppe, afhankelijk is van het aantal geconventioneerden in de betrokken sector.

Afdeling 9

Verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners

Deze afdeling vervolledigt het bestaande kader van artikel 53, § 1, van de gecoördineerde wet en heeft als doel de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen te veralgemenen en te uniformiseren. Centraal staat de verdere uitrol van elektronische facturatie, zowel buiten de derdebetalersregeling via eAttest, als binnen de derdebetalersregeling via eFact. Beide maken deel uit van het MyCarenet-platform.

Artikel 54 bevat een eerste gerichte ingreep voor kinesitherapeuten. Voor deze beroepsgroep wordt rechtstreeks in de wet vastgelegd dat vanaf 1 januari 2027 het gebruik van de elektronische stromen, evenals elektronische kennisgevingen en akkoordaanvragen, verplicht wordt. Dit zorgt voor rechtszekerheid aangezien de betrokken diensten reeds beschikbaar zijn.

Daarnaast wordt een duidelijke einddoelstelling vastgelegd. Tegen uiterlijk 1 januari 2029 moeten alle zorgverleners beschikken over de mogelijkheid om elektronisch te factureren en om gegevens digitaal uit te wisselen met de verzekeringsinstellingen. Uiterlijk op 1 januari 2030 wordt de elektronische facturatie verplicht voor alle zorgverleners. Op diezelfde datum wordt ook het gebruik van de andere elektronische diensten verplicht.

De minister voorziet een beperkt aantal uitzonderingen, met name bij technische onmogelijkheid van elektronische facturatie buiten de praktijk of het kabinet

la nomenclature et/ou la réforme du financement des hôpitaux sont retardées pour des raisons pratiques.

Section 8

Financement des organisations professionnelles représentatives

La section 8 établit un principe qui s'applique déjà dans nombre de secteurs (notamment chez les sages-femmes, les logopèdes, les kinésithérapeutes, les technologues orthopédiques et les pharmaciens). Il prévoit qu'une partie limitée du financement des organisations professionnelles, soit 15 % de l'enveloppe totale de ce financement, dépend du nombre de conventionnés dans le secteur concerné.

Section 9

Obligation d'utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins

Cette section complète le cadre existant de l'article 53, § 1^{er}, de la loi coordonnée et a pour objet de généraliser et d'uniformiser les échanges de données numériques entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs. La poursuite du déploiement de la facturation électronique, tant en dehors du régime du tiers payant via eAttest, que dans ce régime via eFact, en constitue l'élément essentiel. L'un et l'autre font partie de la plateforme MyCarenet.

L'article 54 prévoit une première intervention ciblée pour les kinésithérapeutes. Pour ce groupe professionnel, la loi en projet impose directement l'utilisation des flux électroniques, ainsi que les notifications et les demandes d'accord par voie électronique à partir du 1^{er} janvier 2027. Cela garantira la sécurité juridique car ces services sont déjà disponibles.

En outre, un objectif final clair est fixé. Le 1^{er} janvier 2029 au plus tard, tous les dispensateurs de soins devront avoir la possibilité de facturer électroniquement et d'échanger des données par la voie numérique avec les organismes assureurs. Le 1^{er} janvier 2030 au plus tard, la facturation électronique deviendra obligatoire pour tous les dispensateurs de soins. À cette date, l'utilisation des autres services électroniques deviendra également obligatoire.

Le ministre prévoit un nombre limité d'exceptions, qui s'appliqueront en cas d'impossibilité technique de facturer par voie électronique en dehors du cabinet

van de zorgverstreker, in geval van overmacht en voor zorgverleners die op 1 januari 2027 67 jaar of ouder zijn.

Afdeling 10

RIZIV-nummers

Deze afdeling verankert een essentieel principe in de gecoördineerde wet: het “actief” RIZIV-nummer wordt de centrale toegangspoort tot de verplichte ziekteverzekering. Concreet betekent dit, zoals voorzien in artikel 55, dat een zorgverlener enkel prestaties kan attesteren of aanrekenen wanneer hij beschikt over een actief RIZIV-nummer.

Een nummer kan worden opgeschort, met name in het kader van handhaving door de administratieve rechtscolleges of wanneer een zorgverlener zijn beroep tijdelijk of definitief niet mag uitoefenen door een beslissing van een ander orgaan – bijvoorbeeld bij schorsing van het visum door de Toezichtcommissie. In die gevallen vervalt logischerwijze ook de mogelijkheid om prestaties aan te rekenen binnen de verzekering. Tegelijk wordt verduidelijkt dat prestaties die dateren van vóór de schorsing wel nog kunnen worden afgerekend, wat belangrijk is voor de rechtszekerheid.

In het kader van de derdebetalersregeling worden de prestaties met prestatiedatum in de periode van verbod tot uitoefening van het beroep niet uitbetaald aan de betrokken zorgverlener door de verzekeringsinstellingen. Buiten de derdebetalersregeling, voor de prestaties met prestatiedatum in de periode van verbod tot uitoefening van het beroep, kan de verzekeringsinstelling wel uitbetalen aan de verzekerde maar het bedrag nadien verhalen op de zorgverlener.

Er moet maximaal vermeden worden dat een geschorste verstreker blijft presteren. Daarom wordt in artikel 56 de informatiepositie van de patiënt versterkt. Zorgverleners moeten de rechthebbenden vooraf informeren wanneer hun RIZIV-nummer is opgeschort of wanneer zij onderworpen zijn aan een verbod op de derdebetalersregeling.

De regeling wordt ook beter handhaafbaar gemaakt. Artikel 57 verduidelijkt dat prestaties die toch zouden worden aangerekend tijdens een periode van opschorting uitdrukkelijk als inbreuk worden beschouwd, zodat eventuele onterechte betalingen kunnen worden gerecupereerd.

du dispensateur de soins, en cas de force majeure et pour les dispensateurs de soins âgés de 67 ans ou plus au 1^{er} janvier 2027.

Section 10

Numéros INAMI

Cette section inscrit un principe essentiel dans la loi coordonnée, à savoir que le numéro INAMI actif devient le point d'accès central à l'assurance maladie obligatoire. Concrètement, cela signifie que l'article 55 prévoit qu'un dispensateur de soins ne pourra attester ou facturer des prestations que s'il dispose d'un numéro INAMI actif.

Ce numéro pourra être suspendu, notamment dans le cadre de l'application de la législation par les juridictions administratives ou si un dispensateur de soins n'est plus autorisé, à titre temporaire ou définitif, à exercer sa profession en raison d'une décision d'un autre organisme, par exemple en cas de suspension du visa par la Commission de contrôle. Dans ce cas, la possibilité de facturer des prestations dans le cadre de l'assurance disparaîtra aussi logiquement. Il est simultanément précisé que les prestations antérieures à la suspension pourront toutefois encore être facturées, ce qui importe pour la sécurité juridique.

Dans le cadre du tiers payant, les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession ne sont pas remboursées par les organismes assureurs au dispensateur de soins concerné. En dehors du tiers payant, pour les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession, l'organisme assureur peut rembourser l'assuré et récupérer ensuite le montant indûment remboursé auprès du dispensateur de soins.

Il faut éviter autant que possible qu'un dispensateur suspendu continue d'exercer. C'est pourquoi l'article 56 renforce le droit à l'information du patient. Les dispensateurs de soins dont le numéro INAMI a été suspendu ou qui font l'objet d'une interdiction d'appliquer le système de tiers payant devront en informer les patients au préalable.

L'application de ce régime sera également améliorée. L'article 57 précise que les prestations qui seront néanmoins facturées pendant une période de suspension seront expressément considérées comme étant constitutives d'une infraction, afin que les paiements indus éventuels puissent être récupérés.

Tot slot wordt, via artikel 58, de transparantie naar het publiek versterkt. De website van het RIZIV zal niet alleen de identificatiegegevens van zorgverleners bevatten, maar ook aangeven of een RIZIV-nummer is opgeschort en of er een beperking geldt inzake de derdebetalersregeling. Die informatie is beperkt in de tijd en gericht op wat relevant is voor de patiënt, in functie van zijn recht op vrije keuze.

De rode draad is duidelijk: door het “actief” RIZIV-nummer centraal te stellen, wordt één helder statuut gecreëerd, dat handhaving versterkt en de patiënt beter informeert.

Afdeling 11

Geneeskundige controle en verhouding met het ontwerp van kaderwet (II)

Op verzoek van de Raad van State werden de bepalingen betreffende de geneeskundige controle in twee delen gesplitst. De minister overloopt dus gelijktijdig afdeling 11 van het eerste ontwerp van kaderwet en het tweede ontwerp van kaderwet (DOC 56 1335/001), teneinde de volledige draagwijdte van de tekst te schetsen wat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) betreft.

In het wetsontwerp (I) voert artikel 59 een basisprincipe inzake bestuur in: men kan geen zitting houden in RIZIV-organen wanneer men in de vijf voorafgaande jaren een sanctie heeft opgelopen wegens inbreuken op de ziekteverzekering, noch wanneer men een schuld heeft ten aanzien van het RIZIV. Een en ander is een kwestie van geloofwaardigheid en voorbeeldigheid van het functioneren zelf van onze instellingen.

Artikel 60 versterkt dan weer de organisatie van de geneeskundige controle door rekening te houden met een realiteit in het veld: de groeiende druk op adviserend artsen. Het zorgt voor een doeltreffender gebruik van de beschikbare vaardigheden, door de waarde van de bevindingen van kinesitherapeuten, verpleegkundigen of paramedisch personeel in het raam van gedelegeerde taken ten volle te erkennen. Dat sluit aan bij een meer operationele en beter gecoördineerde controle.

Bij dit thema hoort ook de befaamde intrekking van het RIZIV-nummer.

Deze mogelijkheid voor het administratief rechtscollege binnen de DGEC om, als alternatief voor een geldboete, een schorsing van het RIZIV-nummer op te leggen, is

Enfin, l'article 58 renforce la transparence à l'égard du public. Outre que le site web de l'INAMI contiendra les données d'identification des prestataires de soins, il indiquera si un numéro INAMI a été suspendu et mentionnera toute restriction concernant le régime du tiers payant. Ces informations seront limitées dans le temps et axées sur ce qui est pertinent pour le patient en fonction de son droit au libre choix.

Le fil conducteur est clair: en plaçant le numéro INAMI “actif” au cœur de la procédure, un statut unique et clair est créé, ce qui renforcera l'application de la réglementation et l'information du patient.

Section 11

Contrôle médical et articulation avec le projet de loi-cadre (II)

À la demande du Conseil d'État, les dispositions touchant au contrôle médical ont été séparées en deux parties. Le ministre parcourt donc conjointement la section 11 du premier projet de loi-cadre et le deuxième projet de loi-cadre (DOC 56 1335/001) afin de fournir la portée complète du texte au sujet du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Dans le projet de loi (I), l'article 59 pose un principe de base en matière de gouvernance: on ne peut pas siéger dans les organes de l'INAMI lorsqu'on a fait l'objet d'une sanction dans les cinq dernières années pour des infractions qui portent atteinte à l'assurance maladie, ni lorsqu'on a une dette envers l'INAMI. Il s'agit d'une exigence de crédibilité et d'exemplarité dans le fonctionnement même de nos institutions.

L'article 60 renforce, quant à lui, l'organisation du contrôle médical en tenant compte d'une réalité de terrain: la pression croissante sur les médecins-conseils. Il permet une utilisation plus efficace des compétences disponibles, en reconnaissant pleinement la valeur des constatations effectuées par des kinésithérapeutes, infirmiers ou auxiliaires paramédicaux dans le cadre de missions déléguées. Cela va dans le sens d'un contrôle plus opérationnel et mieux coordonné.

Le retrait du numéro INAMI, souvent évoqué, s'inscrit également dans ce cadre.

La possibilité, pour la juridiction administrative, au sein du SECM, d'imposer la suspension du numéro INAMI au lieu d'une amende, est prévue à l'article 2 du deuxième

opgenomen in artikel 2 van het tweede ontwerp van Kaderwet. Er is daarover al heel wat onzin verteld, die tot onnodige ongerustheid heeft geleid.

De minister heeft over dit thema echter vele malen goed gedebatteerd met de artsen, waardoor de kwestie helemaal kon worden uitgepuurd tot wat steeds de enige intentie was: vermijden dat verstrekkers met slechte intenties die vaak niet van ophouden weten en hun schuld ten aanzien van het RIZIV (en dus ook de samenleving) niet willen rechtzetten, middelen kunnen blijven ontnemen aan de sociale zekerheid ten koste van iedereen in de gezondheidszorg die elke dag zijn uiterste best doet. Elke euro die verloren gaat aan frauduleus of zelfs crimineel gedrag is immers niet meer beschikbaar voor de patiënt die het echt nodig heeft en de verstrekker die zijn werk wel correct doet.

De minister wenst zeer duidelijk te stellen wat er mogelijk wordt en wat niet:

- op geen enkele manier zal het de minister noch de leidend ambtenaar van de DGEC zijn die een RIZIV-nummer kan schorsen;

- ook wordt het opschorten van het RIZIV-nummer op geen enkele manier een automatisme in deze of gene situatie;

- evenmin zal een verstrekker die zich ter goeder trouw vergist, wat aanleiding geeft tot een vaststelling door de DGEC, en die ook bereid is deze fout recht te zetten, in de situatie belanden dat hij of zij moet vrezen tegen zulke schorsing aan te lopen.

Waarin wel wordt voorzien:

- de schorsing zal enkel opgelegd kunnen worden voor de dossiers die in eerste aanleg behoren tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg, het gaat dus niet over de dossiers die in eerste aanleg behoren tot de bevoegdheid van de leidend ambtenaar;

- bovenstaande maakt meteen duidelijk dat het over zware zaken moet gaan, namelijk zaken waarvan de waarde van de betwiste verstrekkingen meer dan 35.000 euro bedraagt;

- belangrijk: de waarde van de betwiste verstrekkingen betreft in deze: “het bedrag dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak”, met andere woorden en ter herhaling want dit voorbeeld wordt blijvend aangehaald: “de verstrekker die ter goeder trouw

projet de loi-cadre. Beaucoup d'inepties ont déjà circulé à ce sujet, ce qui a suscité des inquiétudes inutiles.

Le ministre en a toutefois débattu constructivement à maintes reprises avec les médecins, et cela a permis de clarifier cette question pour la ramener à ce qui a toujours été le seul objectif poursuivi: empêcher les dispensateurs de soins mal intentionnés qui, souvent, sont incapables de s'arrêter et ne veulent pas rembourser leurs dettes à l'INAMI (et donc aussi à la société), de continuer à détourner des moyens de la sécurité sociale aux dépens de tous les acteurs du secteur des soins de santé qui font quotidiennement de leur mieux. Tout euro perdu à cause d'un comportement frauduleux, voire criminel, n'est en effet plus disponible ni pour le patient qui en a réellement besoin ni pour le prestataire qui fait correctement son travail.

Le ministre souhaite indiquer très clairement ce qui sera possible et ce qui ne le sera pas:

- ni le ministre, ni le fonctionnaire dirigeant du SECM ne pourront suspendre un numéro INAMI;

- la suspension du numéro INAMI ne deviendra en aucun cas un automatisme dans telle ou telle situation;

- si un dispensateur de soins commet, de bonne foi, une erreur qui fait l'objet d'une constatation du SECM, et s'il est par ailleurs disposé à rectifier son erreur, il ne devra en outre pas craindre de faire l'objet d'une suspension.

Ce qui est prévu:

- la suspension ne pourra être imposée que pour les dossiers relevant, en première instance, de la compétence des Chambres de première instance. Il ne s'agira donc pas de dossiers relevant, en première instance, de la compétence du fonctionnaire dirigeant;

- il se déduit immédiatement de ce qui précède qu'il devra s'agir de cas graves, c'est-à-dire de situations où le montant des prestations litigieuses dépassera 35.000 euros;

- il importe de souligner, à cet égard, que le montant des prestations litigieuses sera, en l'espèce, le “montant dû après déduction de tout remboursement effectué entre la notification du procès-verbal de constat d'infraction et la saisine”; en d'autres termes et pour rappel, puisque l'exemple du “dispensateur de soins de bonne foi qui s'est trompé et qui est disposé à rectifier son erreur”

is, zich vergist, en bereid is dit recht te zetten” zit dus helemaal niet in de scope van de bepaling.

De minister benadrukt nogmaals dat dit dus geen beslissing zal zijn van de minister en ook niet van een ambtenaar, maar wel van een administratief rechtscollege. Dat brengt de nodige garanties met zich mee.

Om te beginnen is er de samenstelling van de colleges: zij worden voorgezeten door een magistraat en zijn daarnaast paritair samengesteld. De zorgverstrekkers, en in het bijzonder de artsen, zitten dus mee aan tafel en het zijn zij, en niet de minister of het RIZIV, die oordelen in welke gevallen een schorsing een passend alternatief voor een boete is. Uiteraard geldt hier het principe van tegenspraak en kan men ook tegen een administratieve beslissing steeds in beroep gaan, in dit geval bij de Raad van State.

De minister wil heel duidelijk zijn ten opzichte van de geuite kritiek. Deze hervorming laat de meeste gezondheidszorgbeoefenaars buiten schot, namelijk zij die hun beroep correct uitoefenen met inachtneming van de regels. Niets doen zou echter neerkomen op het bestraffen van alle correcte zorgverleners en het ondermijnen van de solidariteit. Met deze bepalingen kiest de minister voor een duidelijk juridisch raamwerk en de mogelijkheid om fraude daadwerkelijk tegen te gaan.

HOOFDSTUK 3

Opheffingsbepalingen

Dit hoofdstuk werd ingevoegd na het advies van de Raad van State, teneinde een aantal opheffingen duidelijk te groeperen, met het oog op de rechtszekerheid.

III. — ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) stipt aan dat het voorliggende ontwerp van Kaderwet in een eerdere versie voor aanzienlijke opschudding heeft gezorgd, zoals de minister zelf ook aangaf, en zelfs tot een artsenstaking leidde. De spreekster benadrukt dat er in tussentijd intensief aan de tekst is gewerkt en dat deze grondig werd bijgestuurd. Er heeft bovendien uitgebreid overleg plaatsgevonden met de verschillende betrokken partijen; beweringen over een vermeend gebrek aan overleg zijn dan ook onjuist.

revient constamment, les prestataires de bonne foi ne relèveront nullement du champ d'application de cette disposition.

Le ministre souligne à nouveau qu'il ne s'agira donc pas d'une décision prise par le ministre ou par un fonctionnaire, mais bien d'une décision d'une juridiction administrative, ce qui apportera les garanties nécessaires.

À ce propos, il convient d'abord de mentionner la composition des collèges, car ceux-ci seront présidés par un magistrat et composés paritairment. C'est pourquoi les collèges incluront des dispensateurs de soins, en particulier des médecins. En outre, ce sont eux et non le ministre ou l'INAMI qui détermineront dans quels cas la suspension constituera une alternative adéquate à une amende. Il va de soi que le principe du contradictoire s'appliquera en l'espèce et qu'il sera en outre toujours possible d'introduire un recours contre une décision administrative, dans ce cas au Conseil d'État.

Le ministre tient à être très clair vis-à-vis des critiques exprimées. Cette réforme ne vise pas la grande majorité des professionnels de santé, qui exercent correctement leur métier et respectent les règles. Mais ne rien faire reviendrait, en réalité, à pénaliser l'ensemble des prestataires corrects et à fragiliser la solidarité. Avec ces dispositions, le ministre fait le choix d'un cadre juridique clair et d'une capacité d'action réelle face à la fraude.

CHAPITRE 3

Disposition abrogatoire

Ce chapitre a été introduit à la suite de l'avis du Conseil d'État afin de regrouper de manière claire et juridiquement sécurisée une série d'abrogations.

III. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Questions et observations des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) souligne qu'une version précédente du projet de loi-cadre à l'examen a suscité de vives réactions, comme l'a d'ailleurs indiqué le ministre lui-même, et a même déclenché une grève des médecins. L'intervenante souligne que le texte en projet a depuis lors été remanié et profondément modifié. Une large concertation ayant en outre été menée avec les différentes parties prenantes, il est faux d'affirmer que la concertation aurait fait défaut.

Tegelijkertijd is het begrijpelijk dat de ongerustheid op het terrein nog niet volledig is verdwenen. Vanuit haar eigen ervaring als zorgverstreker begrijpt het lid waar die bezorgdheid vandaan komt. Zij roept ertoe op om die signalen ernstig te blijven nemen en het debat in deze commissie aan te grijpen om enkele zaken te verduidelijken alsook helder toe te lichten wat wel en wat niet in de voorliggende wetgeving is opgenomen.

De spreekster onderstreept dat, net zoals dat het geval is voor een memorie van toelichting bij een wetsontwerp, ook het parlementaire debat juridische waarde heeft. De discussie in deze commissie dient dan ook te worden benut om duidelijk te maken hoe bepaalde bepalingen geïnterpreteerd moeten worden. Tegelijkertijd wordt aan de verschillende zorgverstrekkers (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en anderen) gevraagd om aandachtig te luisteren en zorgvuldig te lezen wat al dan niet in de tekst is opgenomen.

Mevrouw Gijbels belicht vervolgens de supplementenkwestie vanuit het perspectief van de zorgverstreker. Zij verwijst naar de Vivaldimeerderheid die tijdens de vorige legislatuur in een wet houdende diverse bepalingen heeft opgenomen dat er geen supplementen meer mochten worden aangerekend aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Op zich klinkt een dergelijk besluit logisch en sociaal. Dat ligt echter anders voor zorgverstrekkers die moeten werken binnen een onaangepaste context, met een nomenclatuur die onvoldoende aansluit bij de hedendaagse zorgpraktijk. In dat geval zijn supplementen noodzakelijk om kwalitatieve zorg te kunnen blijven aanbieden aan alle patiënten. Supplementen zijn in die optiek een symptoom van onaangepaste tarieven en niet de oorzaak van het probleem.

Het is een misverstand dat zorgverstrekkers erop uit zouden zijn om patiënten op kosten te jagen. Voor de overgrote meerderheid gaat het erom aan iedereen de best mogelijke zorg te verstrekken, op maat en tegen een betaalbare prijs. Wanneer de officiële tarieven echter niet zijn afgestemd op die beste praktijken en er tegelijk een verplichting ontstaat om zich aan die tarieven te houden, rijst de vrees dat de meest kwaliteitsvolle zorg niet langer kan worden gegarandeerd. Deze problematiek doet zich vooral voor in disciplines waar de nomenclatuur sterk onaangepast is, zoals onder meer in de dermatologie, orthodontie en parodontologie. Op basis van haar eigen ervaring heeft het lid begrip voor deze vrees.

Vanuit die bezorgdheid heeft de N-VA-fractie zich samen met andere fracties ingespannen om het wetsontwerp aan te passen, zodat het werkbaar blijft en voldoende garanties blijft bieden voor kwalitatieve zorg.

Parallèlement, il est compréhensible que les acteurs de terrain ne soient pas encore pleinement rassurés. Forte de sa propre expérience de prestataire de soins, l'intervenante comprend l'origine de ces inquiétudes. Elle appelle à continuer à prendre ces signaux au sérieux, et à saisir l'occasion offerte par ce débat en commission pour préciser plusieurs points et pour expliquer quels éléments sont visés et quels éléments ne sont pas visés par le projet de loi-cadre à l'examen.

L'intervenante souligne que, comme l'exposé des motifs de tout projet de loi, le débat parlementaire a également une valeur juridique. La discussion en commission devra donc être mise à profit pour préciser l'interprétation de certaines dispositions. Parallèlement, il est demandé aux différents prestataires de soins (médecins, dentistes, kinésithérapeutes et autres) d'écouter et de lire attentivement pour savoir quels éléments sont visés et quels éléments ne sont pas visés par le texte à l'examen.

Mme Gijbels commente ensuite la question des suppléments à travers le prisme du prestataire de soins. Elle évoque la décision prise par la majorité Vivaldi qui, sous la législature précédente, a inscrit l'interdiction de facturer des suppléments aux patients bénéficiant d'une intervention majorée dans une loi portant diverses dispositions. Cette décision semble logique et sociale en tant que telle. Elle ne l'est toutefois pas pour les prestataires de soins qui doivent travailler dans un contexte inadapté, lorsque la nomenclature ne correspond pas suffisamment à la pratique actuelle des soins. Dans ce cas, les suppléments sont nécessaires pour pouvoir continuer à offrir des soins de qualité à tous les patients. Sous cet angle, les suppléments indiquent que les tarifs sont inadaptés. Ils ne sont pas la cause du problème.

Il est faux de croire que les prestataires de soins cherchent à tirer un maximum de profit des patients. La plupart des prestataires s'efforcent de dispenser à chaque patient les meilleurs soins disponibles, sur mesure et à un prix abordable. Cependant, sachant que les tarifs officiels ne sont pas adaptés à ces bonnes pratiques et que, parallèlement, les prestataires sont tenus de s'y conformer, certains craignent que des soins de qualité de la meilleure qualité ne puissent plus être garantis. Ce problème se pose surtout dans les disciplines où la nomenclature est très inadaptée, par exemple en dermatologie, en orthodontie et en parodontologie. Forte de sa propre expérience, l'intervenante comprend cette crainte.

Compte tenu de cette préoccupation, le groupe N-VA s'est efforcé, en coopération avec d'autres groupes, de modifier le projet de loi afin qu'il puisse être mis en œuvre et qu'il continue d'offrir des garanties suffisantes

Het zomerakkoord van juli 2025 heeft in dat verband belangrijke bijstellingen opgeleverd. Zo werden de vooropgestelde maximale supplementen van 125 procent en 25 procent geschrapt. Daarnaast wordt aan zorgverstrekkers de mogelijkheid geboden om op basis van kostprijsberekeningen aan te tonen wat behandelingen vandaag werkelijk kosten en welke supplementen noodzakelijk zijn om de beste zorg te kunnen blijven aanbieden.

Mevrouw Gijbels formuleert vervolgens enkele vragen aan de minister.

Wat zal er gebeuren indien er geen akkoord tot stand komt tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers? Op welke manier zal er in dat geval worden bemiddeld en gefaciliteerd? Bestaat daarvoor een concreet plan van aanpak?

Daarnaast wijst mevrouw Gijbels erop dat medische ontwikkelingen elkaar snel blijven opvolgen. Zij verneemt graag op welke wijze er in de toekomst voortdurend zal worden bijgestuurd, zodat supplementenplafonds afgestemd blijven op de realiteit. Dit zou bij voorkeur via aanpassingen van de nomenclatuur gebeuren, maar indien nodig kan het via aangepaste plafonds.

Een andere vraag is of het beperken van supplementen niet de facto leidt tot het weghalen van privémiddelen uit het systeem en hoe dat zal worden gecompenseerd.

Wat zal voorts de aanpak zijn indien er onvoldoende middelen beschikbaar blijken voor een dekkende hervorming van de nomenclatuur?

De spreekster stipt vervolgens aan dat het de bedoeling is om in het kader van de ziekenhuisfinanciering te evolueren naar een zuiver honorariumsysteem, zonder afdrachten aan de ziekenhuizen, en vraagt om hierover meer duidelijkheid te verschaffen.

Een bijkomende reden voor de ongerustheid bij artsen en tandartsen in het kader van het beperken van supplementen of het verbieden ervan voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, betreft het feit dat sommige personen ook in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming zonder dat zij daar daadwerkelijk nood aan hebben of daar zelf om hebben gevraagd. In de vorige legislatuur werd dat statuut bovendien versoepeld. De N-VA-fractie is net zoals de minister van oordeel dat dit statuut net strenger moet worden toegepast en vraagt of er reeds concrete initiatieven in voorbereiding zijn.

Mevrouw Gijbels merkt verder op dat de partiële conventioneerings van artsen en tandartsen opnieuw in

pour assurer des soins de qualité. Conclu en juillet 2025, l'accord estival a apporté des ajustements importants à cet égard. Par exemple, les suppléments maximaux prévus de 125 % et 25 % ont été supprimés. En outre, les prestataires de soins pourront désormais démontrer, à partir de calculs de coûts, ce que les traitements coûtent réellement aujourd'hui et quels suppléments sont nécessaires pour pouvoir continuer à offrir les meilleurs soins possibles.

Mme Gijbels pose ensuite plusieurs questions au ministre.

Que se passera-t-il si aucun accord n'est conclu entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins? Comment la médiation et la facilitation seront-elles assurées dans ce cas? Existe-t-il un plan d'action concret à cet effet?

Par ailleurs, Mme Gijbels souligne que les avancées médicales se succèdent à un rythme soutenu. Elle demande comment des ajustements pourront être effectués en permanence, afin de continuer à aligner les plafonds des suppléments sur la réalité. Il s'indiquerait d'agir en l'espèce au niveau de la nomenclature, mais le plafond pourrait également être modifié si nécessaire.

L'intervenante demande ensuite si le plafonnement des suppléments n'entraînera pas de facto le retrait de fonds privés du système et comment ces pertes seront compensées.

Quelle sera par ailleurs l'approche adoptée s'il s'avère que les moyens disponibles sont insuffisants pour financer une réforme complète de la nomenclature?

L'intervenante souligne ensuite que l'intention est d'évoluer, dans le cadre du financement des hôpitaux, vers un système purement fondé sur les honoraires, sans rétrocession aux hôpitaux. Elle demande davantage de précisions à ce sujet.

En ce qui concerne le plafonnement ou l'interdiction des suppléments pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, les médecins et les dentistes s'inquiètent également du fait que certaines personnes peuvent prétendre à une intervention majorée sans en avoir réellement besoin ou sans en avoir elles-mêmes fait la demande. Ce statut a d'ailleurs été assoupli sous la législature précédente. À l'instar du ministre, le groupe N-VA estime qu'il doit être accordé de manière plus stricte. Mme Gijbels demande si le ministre élabore déjà des initiatives concrètes en la matière.

L'intervenante fait également observer que le conventionnement partiel des médecins et des dentistes a de

de tekst werd opgenomen en dus mogelijk blijft. Dat is een positieve zaak, omdat het zuurstof kan geven aan sectoren met een nog niet aangepaste nomenclatuur en omdat de toegankelijkheid van zorg alsook de leefbaarheid voor de zorgverstrekker op die manier gewaarborgd blijven.

Vervolgens gaat de spreekster in op de 25 %-regel voor kinesitherapeuten. In het regeerakkoord werd afgesproken om deze regel af te schaffen, tot tevredenheid van de N-VA-fractie. Vandaag draait de patiënt immers op voor een onaangepaste nomenclatuur en een hoge graad van deconventionering bij kinesitherapeuten. Nochtans kunnen kinesitherapeuten een belangrijke rol spelen in het bevorderen van gezondheid en mobiliteit bij de bevolking en in het sneller re-integreren van mensen op de arbeidsmarkt na een ziekte of ingreep. Een correcte inzet van kinesitherapeuten en een aangepaste nomenclatuur kunnen zowel op het vlak van zorg als op het vlak van arbeidspotentieel winst opleveren.

Het lid vraagt daarom om meer duidelijkheid over de hervorming van de nomenclatuur voor kinesitherapeuten en over de afschaffing van de voornoemde 25 %-regel. Hoewel dergelijke hervormingen op het eerste zicht hoge kosten met zich meebrengen, is zij ervan overtuigd dat een betere inzet van deze beroepsgroep ook financiële opbrengsten kan genereren.

Tot slot benadrukt mevrouw Gijbels dat hervormingen noodzakelijk zijn om de gezondheidszorg betaalbaar, duurzaam, kwaliteitsvol en toegankelijk te houden. Tal van zorgverstrekkers zijn het daarmee eens. Tegelijkertijd wijst ze erop dat de financiering van de gezondheidszorg een complex geheel vormt, waarbij alles met elkaar verbonden is. Hervormingen moeten daarom met de nodige omzichtigheid worden doorgevoerd, aangezien niemand gebaat is bij een aanpak met de botte bijl. Dit proces zal nog veel overleg met de zorgverstrekkers vergen, met een blijvende focus op zorgkwaliteit en op de patiënt als centrale actor.

Het tegenover elkaar plaatsen van zorgverstrekkers en beleidsmakers is contraproductief. Om die reden is het beter om schouder aan schouder te blijven staan, het vertrouwen te doen groeien en samen te bouwen aan een hervorming gericht op een kwaliteitsvolle zorg, die zowel patiënten als zorgverstrekkers ten goede komt.

Mevrouw Katleen Bury (VB) betreurt dat er over de voorliggende wetsontwerpen geen hoorzittingen georganiseerd worden terwijl er op het terrein veel onrust is.

nouveau été inscrit dans le texte et que cette possibilité est donc maintenue. C'est une bonne chose, car ce système pourra donner une bouffée d'oxygène aux secteurs dont la nomenclature n'a pas encore été adaptée et permettra de garantir l'accessibilité des soins et la viabilité pour le dispensateur de soins.

L'intervenante évoque ensuite la règle des 25 % applicable aux kinésithérapeutes. L'accord de gouvernement prévoyait de supprimer cette règle, à la satisfaction du groupe N-VA. En effet, c'est le patient qui est actuellement pénalisé par une nomenclature inadaptée et un taux de déconventionnement élevé chez les kinésithérapeutes. Or, les kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la santé et de la mobilité au sein de la population, ainsi que dans la réintégration plus rapide des personnes sur le marché du travail après une maladie ou une intervention chirurgicale. Un recours adéquat aux kinésithérapeutes et une nomenclature adaptée peuvent être bénéfiques tant sur le plan des soins que sur celui du potentiel de travail.

L'intervenante demande donc davantage de précisions sur la réforme de la nomenclature pour les kinésithérapeutes et sur la suppression de la règle des 25 % précitée. Bien que de telles réformes entraînent à première vue des coûts élevés, elle est convaincue qu'une mobilisation plus efficace de cette catégorie professionnelle pourra également générer des retombées financières.

Enfin, Mme Gijbels souligne que des réformes sont nécessaires pour assurer le caractère abordable, la qualité, la durabilité et l'accessibilité des soins de santé. De nombreux dispensateurs de soins partagent cet avis. Elle fait toutefois observer que le financement des soins de santé constitue un ensemble complexe d'éléments interconnectés. Il convient donc de mettre en œuvre les réformes avec la prudence nécessaire, car personne n'a intérêt à une approche radicale. Ce processus exigera encore de nombreuses concertations avec les dispensateurs de soins, en mettant toujours l'accent sur la qualité des soins et sur le patient en tant qu'acteur central.

Il est contre-productif d'opposer les dispensateurs de soins aux décideurs politiques. C'est pourquoi il vaut mieux continuer à travailler en étroite collaboration, renforcer la confiance et construire ensemble une réforme axée sur des soins de qualité, bénéfique tant pour les patients que les dispensateurs de soins.

Mme Katleen Bury (VB) déplore qu'aucune audition ne soit organisée à propos des projets de loi à l'examen, alors que les inquiétudes sont nombreuses sur le terrain.

De spreekster vindt het verder onbegrijpelijk dat er geen nieuw advies van de Raad van State gevraagd wordt. De ontwerpen werden immers ingrijpend aangepast. Een nieuw advies van de Raad van State zal de rechtszekerheid enkel verhogen.

De verplichte evenredigheidstoets wordt door de EU opgelegd. Er kwamen meer dan 6500 reacties binnen. Dit weerspiegelt de volledige vertrouwensbreuk tussen de minister en het werkveld. De spreekster vroeg de beschikking te krijgen over het verslag van deze evenredigheidstoets om de beide ontwerpen grondiger te kunnen bestuderen. Dit verslag wordt pas tijdens de behandeling van de ontwerpen ter beschikking gesteld. De spreekster stelt dat het voor een lid van het Parlement zo onmogelijk wordt om fatsoenlijk werk te leveren.

Mevrouw Bury stelt dat de kaderwetten essentiële zaken betreffen. Het gaat hier over het budgetproces en over de akkoorden in de ziekteverzekering. Voor de spreekster is het eenvoudig: wordt de patiënt beter van wat nu voorligt? Wordt de zorg toegankelijker, betaalbaarder en voorspelbaarder zonder dat de vrije artskeuze, het zorgaanbod en de kwaliteit worden aangetast?

Uit de parlementaire voorbereidingen blijkt dat hier vooral de werkmethode van de minister het probleem vormt. In de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen en bij beroepsbeoefenaars klinken serieuze twijfels. Wat voorligt dreigt een top-downoefening te worden, waarbij elke maatregel achteraf wordt vastgelegd bij koninklijk besluit, los van overleg.

Het Belgische overlegmodel, waarin zorgverleners en ziekenfondsen medebeheer hebben over begroting en tarieven, functioneert al 65 jaar. Het heeft de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg gewaarborgd, vooral voor kwetsbare patiënten.

De uitholling van dit model leidt ertoe dat het kind met het badwater wordt weggegooid. Wie waakt erover dat er vandaag geen staatsgeneeskunde wordt ingevoerd? Wie garandeert dat de expertise van het terrein niet wordt gereduceerd tot eenrichtingsverkeer, tot de prioriteitenbrief vanuit de ministerraad?

De ministerraad zal uiterlijk tegen 20 juli via een opdrachtenbrief prioriteiten bepalen en budgettaire kaders vastleggen. Dit lijkt efficiënt. Worden verzekeraars en artsen formeel betrokken bij deze besluitvorming? Hoe worden objectieve normen of indicatoren gedefinieerd om een niet gerechtvaardigde overschrijding te meten?

En outre, l'intervenante ne comprend pas qu'un nouvel avis du Conseil d'État n'ait pas été demandé. Étant donné que les projets ont été modifiés en profondeur, un nouvel avis du Conseil d'État renforcerait la sécurité juridique.

L'examen de proportionnalité est imposé par l'Union européenne. L'enregistrement de plus de 6500 réactions reflète la rupture de confiance totale entre le ministre et les acteurs de terrain. L'intervenante a demandé de pouvoir disposer du rapport de proportionnalité pour pouvoir analyser les deux projets plus en profondeur. Ce rapport ne sera communiqué qu'au moment du traitement des projets. L'intervenante estime que, dans ces conditions, les membres du Parlement ne pourront pas fournir un travail correct.

Mme Bury indique que les lois-cadres portent sur des questions essentielles. Il s'agit, en l'espèce, du processus budgétaire et des accords relatifs à l'assurance maladie. Pour l'intervenante, la question est simple: le projet à l'examen va-t-il permettre d'améliorer la situation du patient? Et de renforcer l'accessibilité, l'abordabilité et la prévisibilité des soins sans affecter le libre choix du médecin, l'offre de soins et la qualité de ceux-ci?

Il ressort des travaux préparatoires que c'est surtout la méthode de travail du ministre qui apparaît problématique. Les membres de la commission de la Santé et de l'Égalité des chances ainsi que les professionnels concernés ont émis de sérieux doutes. Le projet risque de se transformer en un ensemble de mesures prises de haut en bas, chaque mesure étant ensuite prise par arrêté royal, sans concertation préalable.

Le modèle de concertation belge, dans lequel les prestataires de soins et les mutualités participent à la gestion du budget et des tarifs, fonctionne depuis 65 ans. Il a permis de garantir la qualité et l'accessibilité des soins, en particulier pour les patients vulnérables.

En visant ce modèle de sa substance, on jettera l'enfant avec l'eau du bain. Qui veillera à ce que l'on ne mette pas en place une médecine d'État? Qui garantira que l'expertise de terrain ne sera pas réduite à un dialogue à sens unique, à une simple lettre de priorités du Conseil des ministres?

Le Conseil des ministres établira, au plus tard le 20 juillet, une lettre de mission qui énoncera clairement les priorités et fixera les cadres budgétaires. Cette procédure semble efficace. Les assureurs et les médecins seront-ils officiellement associés à ce processus décisionnel? Comment définira-t-on des normes ou des indicateurs objectifs pour mesurer un dépassement non justifié?

Het unanieme advies van het Verzekeringscomité van 23 juni 2025 drong aan op coherente hervormingen, samenhang in timing en voldoende reactietermijnen. De verschillende versies van de kaderwetten tonen aan dat het unanieme advies nauwelijks werd meegenomen. Het Verzekeringscomité wees nochtans op een aantal duidelijke bezorgdheden: een uitholling van het overlegmodel, een te korte periode om te reageren op voorstellen, het ontbreken van coherente en samenhangende hervormingen en de tendens dat de regering steeds vaker top-downmaatregelen wil opleggen.

Hoe wordt voorkomen dat kwaliteitshervormingen misbruikt worden om essentiële zorg uit te hollen?

De DGEC rapporteert per kwartaal over evoluties, uiterlijk tegen 30 juni. Een gestandaardiseerd verslag wordt opgesteld met onder meer indicatoren, risico's op overschrijding, de oorzaken van overschrijding en evoluties in nomenclatuurcodes. Dat lijkt logisch maar er zijn toch een aantal fundamentele vragen.

Welke indicatoren bepalen wat een niet gerechtvaardigde overschrijding is? Hoe vermijdt men dat dit leidt tot puur boekhoudkundige besparingen die uiteindelijk de patiënt treffen via bijvoorbeeld langere wachttijden?

De minister wil akkoorden sluiten voor minstens twee jaar. Wat gebeurt er wanneer het overleg faalt? Is het overleg een façade voor het zo snel mogelijk doordrukken van eenheidsregels? Waarom wordt de indexmassa gekoppeld aan het tijdig sluiten van een akkoord? Wordt de patiënt hier beter van? Kan dit voor de regering een drukkingsmiddel worden in de onderhandelingen?

Het debat over de ereloonsupplementen is ongetwijfeld het meest gevoelige onderdeel van deze hervorming. De minister heeft herhaaldelijk gesteld dat plafonds op supplementen niet voor 1 januari 2028 zullen worden toegepast en dat er zelfs uitstel mogelijk is tot 1 januari 2029 indien de hervormingen van de nomenclatuur en ziekenhuisfinanciering vertraging oplopen.

De patiënttoets is echter niet de datum van in werking treden. De patiënttoets is wat er gebeurt met de wachttijden, met de spreiding van het zorgaanbod en vooral, kan de patiënt nog terecht waar hij wil? Als plafonds op supplementen de juiste keuze zijn, dan moet de

L'avis unanime du Comité de l'assurance du 23 juin 2025 insiste sur la nécessité de prévoir des réformes cohérentes, un calendrier homogène et des délais de réaction suffisants. L'existence de différentes versions des lois-cadres indique que cet avis unanime n'a guère été pris en compte. Le Comité de l'assurance avait pourtant clairement attiré l'attention sur certains points problématiques: l'érosion du modèle de concertation, la brièveté excessive du délai accordé pour réagir aux propositions, l'absence de réformes cohérentes et concertées, ainsi que la tendance croissante du gouvernement à vouloir imposer des mesures de haut en bas.

Comment peut-on éviter que les réformes de la qualité des soins entraînent une érosion abusive des soins essentiels?

Le SECM communiquera trimestriellement les chiffres des dépenses. Il établira aussi, pour le 30 juin au plus tard, un rapport standardisé sur les dépenses annuelles qui mentionnera notamment des indicateurs, les risques de dépassement, les causes des dépassements et les évolutions des codes de nomenclature. Cela semble logique, mais plusieurs questions fondamentales se posent néanmoins.

Quels seront les indicateurs qui permettront de déterminer qu'un dépassement n'est pas justifié? Comment évitera-t-on que ces nouvelles mesures entraînent des économies purement comptables au détriment des patients, par exemple en raison de l'allongement des files d'attente?

Le ministre entend conclure des accords d'une durée minimale de deux ans. Que se passera-t-il si la concertation échoue? La concertation ne serait-elle qu'une façade pour imposer des règles uniformes le plus vite possible? Pourquoi la masse d'index est-elle liée à la conclusion d'un accord dans les délais impartis? Cette condition profitera-t-elle au patient? Le gouvernement s'en servira-t-il comme d'un moyen de pression dans les négociations?

Le débat sur les suppléments d'honoraires est indubitablement le volet le plus sensible de la réforme à l'examen. Le ministre a indiqué à plusieurs reprises que le plafonnement des suppléments n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} janvier 2028, voire le 1^{er} janvier 2029 si les réformes de la nomenclature et du financement des hôpitaux prennent du retard.

Pour le patient, ce n'est toutefois pas la date d'entrée en vigueur qui importe, mais bien l'évolution des délais d'attente, la répartition de l'offre de soins et, surtout, la question de savoir s'il pourra encore se faire soigner là où il le souhaite. Si le plafonnement des suppléments

minister aan de hand van concrete data per discipline kunnen aantonen dat dit de toegang tot zorg versterkt en niet verzwakt.

De inwerkingtreding is voorzien op 1 januari 2028 met mogelijkheid voor uitstel tot 1 januari 2029. Welke objectieve criteria rechtvaardigen dit uitstel? Wordt het Parlement hierbij betrokken?

Waarom wordt de inwerkingtreding niet gekoppeld aan de inwerkingtreding van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering?

Richttarieven zijn toegestane maximale overschrijdingen binnen akkoorden of documenten voor toegetrede zorgverleners. Tegelijkertijd wordt gesteld dat richttarieven *lex specialis* zijn en niet als supplement gelden voor de toepassing van de maximumsupplementregels. Waar staat dit op de factuur? Welke bescherming geldt voor de patiënt en hoe wordt voorkomen dat dit een sluiproute wordt om supplementen te verhogen? Het bedrag van de richttarieven wordt bovendien als persoonlijk aandeel beschouwd. Wat betekent dat concreet voor de bescherming van patiënten via bijvoorbeeld de maximumfactuur en wie draagt uiteindelijk de rekening?

De minister heeft in de commissievergadering gesteld dat er nergens een drievierderegule zal geïnstalleerd worden die vandaag niet bestaat. In de memorie van toelichting valt te lezen dat voorstellen over plafonds op supplementen in de akkoordencommissie een drievierdemeerderheid per bank vereisen. Bestond deze drievierderegule al of wordt deze hier toch ingevoerd?

De spreekster gaat in op fraudebestrijding en het RIZIV-nummer. Fraudebestrijding is noodzakelijk, maar ook hier blijft de patiënttoets essentieel. Wordt de patiënt beter beschermd of bestaat er gevaar op zorgbreuk?

Een zorgverlener kan enkel attesteren of aanrekenen met een actief RIZIV-nummer. De opschorting verhindert volgens de spreekster niet de uitoefening van de geneeskunde, het leidt er wel toe dat de patiënt geen terugbetaling krijgt.

d'honoraires est la bonne solution, le ministre doit être en mesure de démontrer, à l'aide de données concrètes pour chaque discipline, que cette mesure renforcera l'accès aux soins et pas le contraire.

L'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2028, mais il est prévu qu'elle peut le cas échéant être reportée au 1^{er} janvier 2029. Quels sont les critères objectifs susceptibles de justifier ce report? Le Parlement sera-t-il associé à cette décision?

Pourquoi l'entrée en vigueur des mesures n'est-elle pas liée à celle des réformes de la nomenclature et du financement des hôpitaux?

Les tarifs indicatifs sont les dépassements maximaux autorisés dans le cadre des accords ou des documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents. Parallèlement, il est précisé que les dispositions relatives aux tarifs indicatifs constituent une *lex specialis* et que ces tarifs ne peuvent être considérés comme un supplément pour l'application des règles relatives au plafonnement des suppléments. Où retrouvera-t-on ce principe sur la facture? De quelle protection les patients bénéficieront-ils et comment peut-on éviter que ce principe soit détourné afin d'augmenter les suppléments? Le montant des tarifs indicatifs est en outre considéré comme une quote-part personnelle. Qu'est-ce que cela signifie concrètement dans le cadre de la protection des patients, par exemple dans le mécanisme du maximum à facturer, et qui devra finalement payer?

Lors de la réunion de la commission, le ministre a déclaré qu'il n'avait pas l'intention d'instaurer une règle des trois quarts dans les domaines où cette règle n'est pas d'application aujourd'hui. Or, l'exposé des motifs indique que les propositions relatives au plafonnement des suppléments d'honoraires devront recueillir une majorité des trois quarts dans chaque banc au sein de la commission d'accords. Cette règle des trois quarts existait-elle déjà en la matière ou s'agit-il tout de même d'une nouvelle règle?

L'intervenante aborde la question de la lutte contre la fraude et du numéro INAMI. La lutte contre la fraude est nécessaire, mais il convient là aussi de tenir compte de l'intérêt du patient. Le patient sera-t-il mieux protégé ou existe-t-il un risque de rupture de la continuité des soins?

Un dispensateur de soins ne peut attester ou facturer ses prestations que s'il possède un numéro INAMI actif. Selon l'intervenante, la suspension de ce numéro n'empêche pas l'exercice de la médecine, mais elle a pour conséquence que le patient ne bénéficie d'aucun remboursement.

Adviserende artsen kunnen rechtstreeks opdrachten van de DGEC krijgen en rechtstreeks rapporteren. Hoe wordt de onafhankelijkheid van deze artsen gegarandeerd?

De publicatie van gegevens op de RIZIV-site moet correct en proportioneel zijn. Fouten moeten snel kunnen worden rechtgezet en patiënten mogen niet de dupe worden van administratieve procedures.

In eerdere versies van de kaderwet werden de bevoegdheden van de IMA uitgebreid zodat gegevens van verzekeringsinstellingen gebruikt konden worden om zorgverleners te identificeren die mogelijk incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik maken van middelen. In de huidige kaderwet lijkt dat artikel van de programwet van 24 december 2002 niet langer behouden. Is dit omdat de Raad van State opmerkingen maakte en er nog geen advies van de GBA beschikbaar was? Hoe wil de regering zorgverleners identificeren die middelen incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruiken? Via een uitbreiding van de bevoegdheden van de Toezichtcommissie? Hoe wordt privacy gewaarborgd? Welke datasets, filters en traceerbaarheid worden voorzien? Hoe wordt voorkomen dat wettelijk niet toegelaten gegevens gecombineerd worden?

De spreekster gaat in op de opheffingsartikelen. De minister heeft het over de 25 %-regel en de tegemoetkoming voor niet-geconventioneerde zorgverleners en het koninklijk besluit van 8 juni 1967. Artikel 61 heft hoofdstuk 7 van de Kwaliteitswet op vanaf 1 januari 2028. Hoofdstuk 7 verwijst naar artikel 43 dat al eerder wordt opgeheven. Hoe kan hoofdstuk 7 dan nog toegepast worden tot 2028? Moet hier een overgangsregeling of verduidelijking komen?

De spreekster besluit. Er is maar één criterium om de voorliggende kaderwetten te beoordelen: worden patiënten en zorgverstrekkers hier beter van? Wordt de gezondheidszorg betaalbaarder, toegankelijker en kwalitatief sterker? Of komt er een systeem waarin het overlegmodel verdwijnt, de regering meer macht krijgt en de patiënt uiteindelijk de rekening betaalt?

De heer Daniel Bacquelaine (MR) is verbaasd dat sommige oppositiefracties de standpunten van de diverse betrokken beroepsgroepen niet lijken te kennen. Hij wijst erop dat het de taak is van de parlementsleden die zitting hebben in de commissie voor Gezondheid en

Les médecins-conseils pourront recevoir des missions directement du SECM et lui rendre compte directement. Comment l'indépendance de ces médecins-conseils sera-t-elle garantie?

La publication des données sur le site web de l'INA-MI doit être correcte et proportionnée. Les erreurs doivent pouvoir être corrigées rapidement et les patients ne doivent pas être pénalisés par des procédures administratives.

Dans les versions précédentes de la loi-cadre, les compétences de l'AIM avaient été élargies afin de permettre l'utilisation des données des organismes assureurs pour identifier les dispensateurs de soins susceptibles d'utiliser les ressources de manière incorrecte, inefficace ou frauduleuse. Dans la loi-cadre à l'examen, cet article de la loi-programme du 24 décembre 2002 ne semble pas avoir été conservé. Est-ce parce que le Conseil d'État a formulé des observations et que l'avis de l'APD n'était pas encore disponible? Comment le gouvernement entend-il identifier les dispensateurs de soins qui utilisent les ressources de manière incorrecte, inefficace ou frauduleuse? En élargissant les compétences de la Commission de contrôle? Comment la protection de la vie privée sera-t-elle garantie? Quels ensembles de données, filtres et mécanismes de traçabilité sont prévus? Comment évitera-t-on que des données dont l'utilisation n'est pas légalement autorisée soient intégrées dans des ensembles?

L'intervenante revient sur les articles abrogatoires. Le ministre évoque la règle des -25 %, l'indemnité pour les dispensateurs de soins non conventionnés et l'arrêté royal du 8 juin 1967. L'article 61 abroge le chapitre 7 de la loi qualité à partir du 1^{er} janvier 2028. Le chapitre 7 renvoie à l'article 43, qui a déjà été abrogé. Comment le chapitre 7 peut-il dès lors encore s'appliquer jusqu'en 2028? Faut-il prévoir en l'espèce une disposition transitoire ou une clarification?

L'intervenante conclut en soulignant que les projets de loi-cadre à l'examen ne doivent être évalués qu'à la lumière d'un seul critère: est-ce qu'ils servent les intérêts des patients et des dispensateurs de soins? Ces projets renforceront-ils l'abordabilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé? Ou bien évoluons-nous vers un système où le modèle de concertation disparaîtra, où le gouvernement aura plus de pouvoir et où, *in fine*, c'est le patient qui paiera la note?

M. Daniel Bacquelaine (MR) s'étonne que certains groupes d'opposition semblent méconnaître les positions des différentes professions concernées. Il rappelle qu'il appartient aux parlementaires siégeant en commission de la Santé et de l'Égalité des Chances de maintenir

Gelijke Kansen, nauw contact te onderhouden met de actoren in de sector en hen geregeld te spreken. Het komt hem voor dat sommigen vandaag pas inzien wat de uitdagingen zijn, hoewel die al lang onderwerp van debat zijn. Hij geeft aan dat hij, net als de regering, zelf de kans heeft gehad verschillende gesprekspartners te horen, waardoor het logisch was om de besprekingen te starten op basis van reeds beschikbare informatie.

Het lid erkent niettemin dat de sector momenteel kampt met onbegrip en bezorgdheid over de toekomst van verschillende beroepen in de gezondheidszorg. Nu de regering grote hervormingen doorvoert, rijzen er bij hen veel vragen. De spreker somt enkele van de aangekondigde hervormingen op.

Aangezien de hervormingen van de nomenclatuur, de ziekenhuisfinanciering en de ereloonsupplementen nauw met elkaar zijn verweven, is het moeilijk een debat over een van die kwesties te beginnen zonder tegelijk ook de andere te bespreken. Hoe kunnen bijvoorbeeld ereloonsupplementen worden vastgelegd op basis van een nomenclatuur die men niet kent? Om die reden werd de vaststelling van de tarieven voor ereloonsupplementen trouwens uit de voorliggende wetgeving gehaald. Het wetsontwerp werd bovendien ook gewijzigd wat de gedeeltelijke deconventionering betreft.

De spreker wijst erop dat er termijnen zijn bepaald voor de hervorming van de ereloonsupplementen. Hij benadrukt dat er op alle drie de gebieden tegelijkertijd vooruitgang moet worden geboekt, en vraagt om duidelijke termijnen vast te stellen voor de hervormingen van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering, opdat de zorgverleners en de patiënten een duidelijk beeld krijgen van de uitvoering ervan.

Het lid wijst er voorts op dat de afschaffing van de premies voor niet-geconventioneerde artsen tot een stijging van de ereloonsupplementen dreigt te leiden, wat haaks staat op de doelstelling die binnen de perken te houden. De spreker is van oordeel dat die maatregel nadelig is voor de privépraktijken, met name voor de financiering van hun secretariaat, en vraagt uitleg ter zake. De heer Bacquelaine pleit voor een evenwichtiger premiestelsel, en stelt dat de evolutie van de medische praktijk de beperkingen van de huidige nomenclatuur aan het licht brengt.

De spreker wijst erop dat de huidige nomenclatuur niet meer aansluit bij de huidige organisatie van de geneeskunde, aangezien de meeste praktijken tegenwoordig in groepsverband werken en secretariaatskosten hebben die ten tijde van de totstandkoming van de nomenclatuur nog niet bestonden. Het zal volgens hem moeilijk

un contact de proximité avec les acteurs du secteur et de les rencontrer régulièrement. Selon lui, il apparaît comme si certains découvraient aujourd'hui des enjeux qui font pourtant l'objet de débats de longue date. Il indique avoir lui-même eu l'occasion d'entendre plusieurs interlocuteurs, tout comme le gouvernement, ce qui rendait logique l'ouverture des discussions à partir d'informations déjà disponibles.

Le député reconnaît néanmoins que le secteur traverse actuellement une phase d'incompréhension et d'inquiétude quant à l'avenir de plusieurs professions de santé. Ils se posent de nombreuses questions dans un contexte où le gouvernement mène d'importantes réformes. L'intervenant énumère quelques-unes des réformes annoncées.

Les réformes de la nomenclature, du financement hospitalier et des suppléments d'honoraires étant intimement liés, il est difficile d'entamer un débat sur une de ces questions sans en même temps pouvoir aborder les autres. Comment, par exemple, fixer des suppléments d'honoraires sur la base d'une nomenclature que l'on ne connaît pas? C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la fixation des taux des suppléments d'honoraires a été supprimée dans le texte à l'étude. Le texte a par ailleurs également été modifié pour ce qui concerne le déconventionnement partiel.

L'intervenant relève que des échéances sont fixées pour la réforme des suppléments d'honoraires. Il souligne la nécessité d'avancer simultanément sur les trois domaines, et demande que des échéances claires soient fixées pour les réformes de la nomenclature et du financement hospitalier, afin d'offrir aux acteurs de santé et aux patients une visibilité cohérente sur leur mise en œuvre.

Le député souligne ensuite que la suppression des primes pour les médecins non conventionnés risque d'entraîner une hausse des suppléments d'honoraires et crée une incohérence avec l'objectif de maîtrise de ceux-ci. Il estime que cette mesure fragilise les cabinets privés, notamment pour le financement de leur secrétariat, et demande une explication à ce sujet. L'intervenant plaide pour un dispositif de primes plus équilibré, relevant que l'évolution de la pratique médicale met en lumière les limites de la nomenclature actuelle.

L'intervenant rappelle que la nomenclature actuelle ne correspond plus à l'organisation contemporaine de la pratique médicale, alors que la plupart des cabinets fonctionnent désormais en groupe et supportent des coûts de secrétariat qui n'existaient pas à l'époque de son élaboration. Il estime qu'il sera difficile d'aborder

zijn de kwestie van de ereloonsupplementen binnen de vastgestelde termijnen op een serene manier aan te pakken zonder voorafgaande aanpassing van de nomenclatuur.

Hij wijst er bovendien op dat er in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering geregeld wordt verwezen naar de “zuivere erelonen”, die juist onder de nomenclatuur vallen. Zolang de daarmee samenhangende kwesties niet tegelijkertijd worden opgelost, zal het ook moeilijk zijn vooruitgang te boeken op het gebied van de ziekenhuisfinanciering, wat volgens hem bevestigt dat die vraagstukken nauw met elkaar verbonden zijn.

De heer Bacquelaine wijst erop dat 95 % van de ereloonsupplementen in ziekenhuizen momenteel wordt gedragen door de verzekeringsmaatschappijen. Hij vraagt zich af wat er met die bijdrage zal gebeuren als de supplementenregeling ingrijpend wordt gewijzigd. Volgens hem kan bij een hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet worden voorbijgegaan aan de gewichtige financiële rol van de verzekeringssector, omdat het systeem anders een aanzienlijk deel van de privéparticipatie zou verliezen.

Het lid wijst er vervolgens op dat de toegankelijkheid van de zorg en een afdoende medisch aanbod moeten worden gegarandeerd. De spreker stelt dat jaarlijks 21 % van de artsen het Belgisch zorgsysteem verlaat en meent dat men zich moet afvragen waarom die artsen het systeem de rug toekeren. De organisatie van het medisch aanbod, zowel in als buiten een ziekenhuis, lijkt hem dan ook essentieel. De hervormingen van de financiering, de nomenclatuur en de ereloonsupplementen zullen de aantrekkelijkheid van gezondheidszorgberoepen rechtstreeks beïnvloeden. Als die aantrekkelijkheid niet behouden blijft, zou dat in strijd zijn met het belang van de patiënten: kwaliteitsvolle geneeskunde vereist gemotiveerde zorgverleners die onder goede omstandigheden werken. Hij roept dan ook op tot coherente en echt doeltreffende hervormingen.

De spreker gaat vervolgens in op artikel 30, tot invoering van een nieuw artikel 51/3 betreffende de nadien afgesproken wijzigingsclausules die een akkoord tijdens de geldigheidsduur ervan kunnen wijzigen. Het baart hem zorgen dat niet-geconventioneerde artsen zich volgens de huidige tekst bij elke goedkeuring van een wijzigingsclausule opnieuw zullen moeten deconventiëren, terwijl ze niet gebonden zijn door een akkoord dat ze niet hebben ondertekend. Een dergelijke verplichting is niet evenredig en garandeert geen rechtszekerheid.

Het zou logischer zijn dat alleen artsen die geheel of gedeeltelijk geconventioneerd zijn, worden geacht het gewijzigde akkoord te hebben aanvaard indien zij

sereinement la question des suppléments d’honoraires dans les délais fixés sans une adaptation préalable de la nomenclature.

Il souligne en outre que, dans la réforme du financement hospitalier, il est régulièrement fait référence aux “honoraires purs”, qui relèvent précisément de la nomenclature. Dès lors, sans résoudre simultanément les questions liées à celle-ci, il sera également difficile d’avancer sur le financement hospitalier, ce qui confirme, selon lui, que ces problématiques sont étroitement liées.

M. Bacquelaine rappelle que 95 % des suppléments d’honoraires hospitaliers sont actuellement pris en charge par les compagnies d’assurance. Il s’interroge sur ce que deviendra cette contribution si le régime des suppléments est profondément modifié. Selon lui, une réforme du financement hospitalier ne peut faire abstraction du rôle financier important du secteur assurantiel, sous peine de priver le système d’une part significative de participation privée.

Le député souligne ensuite la nécessité d’assurer l’accessibilité des soins et une offre médicale suffisante. Il relève que 21 % des médecins quittent chaque année le système de soins belge et estime qu’il faut s’interroger sur les causes de cette désaffection. L’organisation de l’offre médicale, tant hospitalière qu’extra-hospitalière, lui paraît donc essentielle. Les réformes du financement, de la nomenclature et des suppléments d’honoraires influenceront directement l’attractivité des professions de santé. Ne pas préserver cette attractivité irait à l’encontre de l’intérêt des patients: une médecine de qualité exige des prestataires motivés travaillant dans de bonnes conditions. Il insiste dès lors pour que les réformes engagées soient cohérentes et réellement efficaces.

L’intervenant aborde ensuite l’article 30, qui introduit un nouvel article 51/3 relatif aux avenants pouvant modifier un accord en cours de validité. Il s’inquiète du fait que les médecins non conventionnés devraient, selon la rédaction actuelle, se redéconventionner à chaque adoption d’un avenant, alors même qu’ils ne sont pas liés par un accord qu’ils n’ont pas signé. Il estime qu’une telle obligation manque de proportionnalité et ne garantit pas la sécurité juridique.

Il rappelle que seuls les médecins partiellement ou totalement conventionnés doivent être réputés adhérer à l’accord modifié s’ils ne notifient pas leur refus dans

hun weigering niet binnen de dertig dagen kenbaar maken. Niet-geconventioneerde zorgverleners moeten daarentegen de mogelijkheid behouden om op eender welk ogenblik toe te treden tot het gewijzigde akkoord, via de beveiligde onlinetoepassing, zonder zich bij elke wijzigingsclausule opnieuw te moeten deconventioneren.

Tot slot wijst het lid erop dat een vergissing ertoe zou kunnen leiden dat sommige niet-geconventioneerde artsen zich niet opnieuw deconventioneren en daardoor ongewild in een illegale situatie terechtkomen. De spreker is van oordeel dat de huidige formulering van de tekst onvoldoende rechtszekerheid biedt. Hij zal dan ook een amendement indienen om die situatie te verhelpen.

Mevrouw Caroline Désir (PS) is van oordeel dat dit ontwerp van kaderwet een belangrijke hervorming behelst, aangezien het betrekking heeft op drie fundamentele onderdelen van ons zorgstelsel: de conventionering, de ereloonsupplementen en het begrotingstraject van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Voor ze ingaat op die verschillende aspecten herinnert de spreekster aan de drie voorwaarden die volgens haar fractie als houvast voor die hervormingen moeten dienen.

De eerste basisvoorwaarde betreft de financiering van de ziekenhuizen. De begrotingsproblemen waarmee tal van ziekenhuizen thans kampen, zijn bij iedereen bekend. De MAHA-rapporten bevestigen dit jaar na jaar. In die context komt het erop aan elke hervorming met de nodige behoedzaamheid door te voeren, teneinde te voorkomen dat een reeds kwetsbare sector nog meer wordt verzwakt.

De tweede voorwaarde betreft de hervorming van de nomenclatuur. De nomenclatuur is ontzettend ingewikkeld geworden en sluit in sommige gevallen niet meer aan bij de geneeskundige praktijk. Sommige geneeskundige verstrekkingen (in de pediatrie, dermatologie of de tandheelkunde) worden ondergewaardeerd. Andere zijn achterhaald of vallen nog moeilijk te rechtvaardigen. Het lid is dus eveneens voorstander van een samenhangendere nomenclatuur, die zowel een correcte vergoeding voor de verleende geneeskundige verstrekkingen als een rationelere benutting van de middelen mogelijk maakt.

De derde voorwaarde betreft de hervorming van het ziekenhuislandschap. Een reorganisatie lijkt weliswaar wenselijk om aan de toekomstige behoeften te voldoen, maar een essentieel aspect moet in acht worden genomen: de toegang tot gezondheidszorg moet worden gewaarborgd, met name in de landelijke gebieden. De spreekster benadrukt vastbesloten dat zij elke ontwikkeling afwijst die zou leiden tot medische woestijnvorming.

les trente jours. Les prestataires non conventionnés, en revanche, doivent conserver la possibilité d'adhérer à tout moment à l'accord tel que modifié, via l'application sécurisée prévue, sans devoir se redéconventionner à chaque avenant.

Il souligne enfin qu'une méprise pourrait conduire certains médecins non conventionnés à ne pas se redéconventionner et à se retrouver involontairement en situation irrégulière. Estimant que la rédaction actuelle ne garantit pas une sécurité juridique suffisante, il annonce le dépôt d'un amendement visant à corriger cette situation.

Mme Caroline Désir (PS) estime que le projet de Loi-cadre à l'étude constitue une réforme importante puisqu'il touche trois éléments structurants de notre système de soins: le conventionnement, les suppléments d'honoraires et le processus budgétaire de l'assurance soins de santé.

Avant d'aborder ces différents volets, l'intervenante rappelle les trois préalables qui doivent, selon son groupe, encadrer ces réformes.

Le premier préalable est le financement des hôpitaux. Les difficultés budgétaires que rencontrent aujourd'hui de nombreux établissements hospitaliers sont bien connues de tous. Les rapports MAHA le confirment année après année. Dans ce contexte, toute réforme doit être menée avec prudence afin d'éviter d'ajouter de l'instabilité à un secteur déjà fragilisé.

Le deuxième préalable concerne la réforme de la nomenclature. Celle-ci est devenue extrêmement complexe et ne correspond plus toujours à la réalité des pratiques médicales. Certaines prestations, telles que la pédiatrie, la dermatologie ou encore la dentisterie, sont sous-valorisées. D'autres prestations sont devenues obsolètes ou difficilement justifiables. La députée soutient donc l'objectif d'une nomenclature plus cohérente, qui permette à la fois une rémunération juste des prestations et une utilisation plus rationnelle des ressources.

Le troisième préalable est la réorganisation du paysage hospitalier. Si une réorganisation semble souhaitable pour répondre aux besoins futurs, une limite fondamentale doit être respectée: garantir l'accessibilité aux soins, en particulier dans les zones rurales. L'intervenante insiste fermement sur le refus de toute évolution qui conduirait à la création de déserts médicaux.

Het is essentieel dat die drie hervormingen worden doorgevoerd met draagvlak vanuit de praktijk, dat ze worden begrepen, maar ook dat ze worden gefinancierd. Het komt er met andere woorden op aan te voorzien in specifieke financiering opdat de ziekenhuizen die structurele veranderingen kunnen doorvoeren.

De spreekster benadrukt dat de ereloonsupplementen (en de conventioneer) niet afzonderlijk mogen worden bekeken. De aanpassingen ter zake moeten worden afgestemd op de grote structurele hervormingen die thans worden doorgevoerd, anders zou een en ander het zorgstelsel kunnen verzwakken.

Het lid gaat in op de hervorming van de conventioneer. Mevrouw Désir is van oordeel dat de voorgestelde maatregelen de transparantie en de bevattelijkheid van de tarieven voor de patiënten niet verbeteren. Die twee aspecten zijn echter absoluut essentieel.

De maatregelen moeten worden bekeken in het licht van twee bijzonder zorgwekkende vaststellingen. Ten eerste bedraagt het aandeel van de gezondheidszorgkosten dat in België ten laste van de patiënten blijft, ongeveer 25 %. Dat is aanzienlijk meer dan in vergelijkbare landen zoals Duitsland of Frankrijk. Concreet betekent zulks dat ons systeem de patiënten thans minder goed beschermt tegen de kosten voor gezondheidszorg.

Ten tweede stelt het lid vast dat de ereloonsupplementen alsmäär blijven stijgen. Volgens de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) zijn die in 2024 opnieuw met 9,1 % gestegen, ondanks de bevriëzing die aan de ziekenhuizen werd opgelegd. Bijna de helft van de 1,6 miljard euro die rechtstreeks door de patiënten wordt betaald, gaat naar ereloonsupplementen. In sommige ziekenhuizen kunnen die ereloonsupplementen oplopen tot 100 %, 200 % of zelfs 300 % van het geconventioneerde tarief. Met andere woorden: voor dezelfde behandeling kan een patiënt, naargelang van de zorgverlener of de instelling, facturen ontvangen die sterk van elkaar verschillen. Volgens mevrouw Désir vormt zulks een groot probleem op het gebied van billijkheid en duidelijkheid.

De concentratie van die ereloonsupplementen vindt ze nog zorgwekkender: 10 % van de artsen is verantwoordelijk voor maar liefst 43 % van de extra in rekening gebrachte bedragen.

In die context, die de spreekster op zich al problematisch vindt, stelt de minister meer tariefflexibiliteit voor door het mechanisme van de richttarieven uit te breiden naar alle sectoren, door de mogelijkheid tot gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden en conventies te handhaven,

Il est indispensable que ces trois réformes soient menées avec l'assentiment du terrain, qu'elles soient comprises mais aussi qu'elles soient financées. En d'autres termes, qu'elles soient accompagnées d'un financement spécifique permettant aux hôpitaux d'opérer ces transformations structurelles.

L'intervenante souligne que la question des suppléments d'honoraires, tout comme celle du conventionnement, ne peut être examinée isolément. Ces enjeux doivent être articulés avec les grandes réformes structurelles en cours, faute de quoi l'ensemble pourrait fragiliser le système de soins.

La députée se penche ensuite sur la réforme du conventionnement. Elle estime que les mesures proposées ne renforcent ni la transparence, ni la lisibilité tarifaire pour les patients. Or, ces deux dimensions sont absolument essentielles aujourd'hui.

Les mesures doivent être analysées à la lumière de deux constats particulièrement préoccupants. Premièrement, la part des dépenses de santé restant à charge des patients en Belgique atteint environ 25 %. Ce niveau est sensiblement plus élevé que dans des pays comparables comme l'Allemagne ou la France. Cela signifie concrètement que notre système protège aujourd'hui moins bien les patients face aux coûts de santé.

Deuxièmement, la députée observe une augmentation continue des suppléments d'honoraires. Selon les données de l'Agence InterMutualiste (AIM), ces suppléments ont encore augmenté de 9,1 % en 2024 malgré les mesures de gel imposées aux hôpitaux. Ils représentent désormais près de la moitié des 1,6 milliard d'euros payés directement par les patients. Dans certains hôpitaux, ces suppléments peuvent atteindre 100 %, 200 %, voire 300 % du tarif conventionné. Autrement dit, pour un même acte, un patient peut recevoir des factures radicalement différentes selon le prestataire ou l'établissement. Selon Mme Désir, cela pose un problème majeur d'équité et de lisibilité.

Elle estime que la concentration de ces suppléments est encore plus préoccupante: 10 % des médecins représentent à eux seuls 43 % des montants supplémentaires facturés.

Dans ce contexte, que l'intervenante juge déjà problématique, le ministre propose d'accroître la flexibilité tarifaire en élargissant le mécanisme des tarifs indicatifs à l'ensemble des secteurs, en maintenant la possibilité d'adhésion partielle aux accords et conventions et en

alsook door nog steeds supplementen toe te staan in geval van “bijzondere eisen”.

Via het oorspronkelijk in de tandheelkunde ingevoerde mechanisme van de richttarieven kunnen zorgverleners bedragen vragen die hoger liggen dan de in de akkoorden vastgestelde erelonen. Oorspronkelijk ging het om een tijdelijke oplossing, in afwachting van een hervorming van de nomenclatuur die rekening houdt met de technologische ontwikkelingen.

Men kan er echter niet omheen dat het systeem bijna tien jaar later een vaste plaats heeft veroverd. In het jongste akkoord wordt het nog steeds als een tijdelijke maatregel aangemerkt, maar de spreekster is van oordeel dat de regering er thans een structureel mechanisme van supplementen ten laste van de patiënten van maakt.

Mevrouw Désir herinnert eraan dat de richttarieven waren voorgesteld als een manier om enige tariefflexibiliteit te bieden teneinde conventionering te bevorderen. De behaalde resultaten roepen nu echter grote vragen op.

In het akkoord 2024-2025 is het percentage geconventioneerde tandartsen gestegen van 56,97 % naar 60,48 %. Er is dus wel een stijging, maar die blijft beperkt. Ze volstaat nauwelijks om de inwerkingtreding van het akkoord te verzekeren.

De spreekster stelt zich vooral de vraag welke prijs de patiënten daarvoor betalen. Meer dan 60 % van de tandartsen is vandaag namelijk geconventioneerd, terwijl ze via de richttarieven toch de mogelijkheid behouden toeslagen aan te rekenen. Die toeslagen hebben niet alleen betrekking op heel technische ingrepen. Ze gelden ook voor courante behandelingen, waarvoor 10 tot 15 euro extra kan worden aangerekend.

Die ontwikkeling op het gebied van conventionering valt ook te verklaren door een aanzienlijke versoepeling van de regels voor gedeeltelijke conventionering. De wekelijkse drempel om als geconventioneerd te worden beschouwd, is verlaagd van 32 naar 20 uur per week. Zelfs tijdens die geconventioneerde uren kunnen voor bepaalde handelingen richttarieven worden toegepast die tot 25 % hoger liggen dan het tarief van de ziektekostenverzekering.

Volgens de cijfers die het lid heeft verkregen, zou die regeling de patiënten meer dan 45 miljoen euro extra kunnen kosten.

Ondanks die aanzienlijke toegevingen op het vlak van tariefvrijheid blijft de situatie in sommige gebieden bovendien penibel. In de provincie Antwerpen is

conservant la possibilité de facturer des suppléments pour les “exigences particulières”.

Le mécanisme des tarifs indicatifs, introduit initialement en dentisterie, permet aux prestataires de demander des montants supplémentaires au-delà des honoraires fixés dans les accords. À l'origine, il s'agissait d'une solution transitoire, dans l'attente d'une réforme de la nomenclature qui tienne compte des évolutions technologiques.

Cependant, force est de constater que, près de dix ans plus tard, ce système s'est installé durablement. Bien que le dernier accord le qualifie encore de mesure temporaire, l'intervenante estime que le gouvernement en fait désormais un mécanisme structurel de suppléments à charge des patients.

Elle rappelle que les tarifs indicatifs avaient été présentés comme un moyen d'offrir une certaine flexibilité tarifaire afin de favoriser le conventionnement. Toutefois, les résultats obtenus suscitent aujourd'hui de sérieuses interrogations.

Dans le cadre de l'accord 2024-2025, le taux de conventionnement des dentistes est passé de 56,97 % à 60,48 %. Si la progression existe, celle-ci reste limitée. Elle permet à peine d'assurer l'entrée en vigueur de l'accord.

Et surtout, à quel prix pour les patients? En effet, plus de 60 % des dentistes sont aujourd'hui conventionnés tout en conservant la possibilité de facturer des suppléments via les tarifs indicatifs. Ces suppléments ne concernent pas uniquement des actes hautement techniques. Ils touchent aussi des soins courants pour lesquels 10 à 15 euros supplémentaires peuvent être demandés.

Par ailleurs, cette évolution du conventionnement s'explique aussi par un assouplissement important des règles de conventionnement partiel. Le seuil hebdomadaire pour être considéré comme conventionné est passé de 32 à 20 heures par semaine. Et même durant ces heures conventionnées, des tarifs indicatifs peuvent être appliqués pour certains actes, jusqu'à 25 % en plus du tarif de l'assurance maladie.

Selon les chiffres que la députée a pu se procurer, ce mécanisme pourrait représenter un coût supplémentaire de plus de 45 millions d'euros pour les patients.

Par ailleurs, malgré ces concessions importantes en matière de liberté tarifaire, certaines zones restent en difficulté. Dans la province d'Anvers, par exemple,

bijvoorbeeld minder dan een op de twee tandartsen geconventioneerd. Een en ander toont volgens mevrouw Désir aan dat de huidige strategie niet in staat is de territoriale onevenwichtigheden te corrigeren. Ze betwijfelt dat de tariefzekerheid voor patiënten er echt op zal vooruitgaan.

De situatie van de orthodontisten illustreert die logica nog duidelijker. De conventioneeringsgraad is sterk gestegen, van 21,95 % naar 42,86 %. Die stijging houdt echter rechtstreeks verband met de zeer gunstige voorwaarden in het akkoord, met name wat de richttarieven betreft.

Het akkoord staat namelijk toe dat de tarieven tot 10 % hoger liggen dan die van de helft van de orthodontisten. Een groot deel van de orthodontisten kan met andere woorden tot het akkoord toetreden en tegelijk een aanzienlijke tariefvrijheid behouden, terwijl ze een door de ziektekostenverzekering gefinancierd sociaal statuut genieten.

Nochtans blijkt uit een recent onderzoek van Solidaris dat de toegang tot orthodontische zorg in Wallonië nog steeds zeer ongelijk is. Hoewel tegenwoordig ongeveer een op de drie kinderen zulke zorg krijgt, gaan achter dat gemiddelde grote sociale verschillen schuil, aangezien slechts een op de vier kinderen uit kwetsbare gezinnen toegang heeft tot orthodontiebehandelingen.

Uit het onderzoek blijkt ook dat de kosten voor gezinnen nog steeds erg hoog zijn. Zelfs voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming (RVT) bedraagt de factuur vaak meer dan 2000 euro, wat een groot financieel obstakel vormt.

Solidaris gelooft overigens dat ingevolge het recent nationaal akkoord tandartsen-ziekenfondsen de kosten voor de patiënt nog verder zullen stijgen en de betaalbaarheid voor veel huishoudens in het gedrang zal komen, ondanks het verbod om ereloonsupplementen aan te rekenen aan RVT-patiënten vanaf 1 juli 2026.

Vanaf die datum mogen tandartsen inderdaad geen toeslagen meer aanrekenen aan RVT-patiënten. Het lid heeft die maatregel altijd gesteund. Tandartsen zullen echter nog steeds toeslagen kunnen aanrekenen via de richttarieven, ook aan RVT-patiënten.

De minister wil de richttarieven uitbreiden naar alle sectoren en minimaliseert de impact ervan door te stellen dat die bedragen worden opvangen door de maximumfactuur. De spreekster herinnert er echter aan dat dat systeem slechts een minderheid van de patiënten dekt.

moins d'un dentiste sur deux est conventionné. Cela montre, selon Mme Désir, que la stratégie actuelle ne permet pas de corriger les déséquilibres territoriaux. Elle doute qu'il y ait, en réalité, une amélioration de la sécurité tarifaire pour les patients.

La situation des orthodontistes illustre encore davantage cette logique. Le taux de conventionnement a fortement augmenté, passant de 21,95 % à 42,86 %. Or, cette hausse est directement liée aux conditions très favorables prévues par l'accord, notamment en matière de tarifs indicatifs.

En effet, celui-ci autorise des dépassements supérieurs de 10 % à ceux pratiqués par la moitié des orthodontistes. Autrement dit, une large part des praticiens peut adhérer à l'accord tout en conservant une marge importante de liberté tarifaire, tout en bénéficiant d'un statut social financé par l'assurance maladie.

Pourtant, selon une étude récente de Solidaris, l'accès aux soins orthodontiques en Wallonie reste profondément inégalitaire. Si environ un enfant sur trois en bénéficie aujourd'hui, cette moyenne masque toutefois de fortes disparités sociales, puisque seul un enfant sur quatre issu de ménages précarisés accède à ces soins.

L'étude met aussi en évidence un coût toujours très élevé pour les familles. Même pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), la facture dépasse fréquemment 2000 euros, ce qui constitue un obstacle financier majeur.

Solidaris estime d'ailleurs que, suite au récent accord national Dentomut, le coût restant à charge du patient devrait encore augmenter, menaçant l'accessibilité financière pour de nombreux ménages, en dépit de l'interdiction d'appliquer des suppléments d'honoraires aux patients BIM à compter du 1^{er} juillet 2026.

En effet, à partir de cette date, il sera interdit aux dentistes d'appliquer des suppléments aux patients BIM. La députée a toujours soutenu cette mesure. Cependant, les dentistes pourront quand même appliquer des suppléments via les tarifs indicatifs, y compris au BIM.

Le ministre prévoit de généraliser les tarifs indicatifs à tous les secteurs et en minimise l'impact en considérant que le MAF absorberait ces montants. L'intervenante rappelle néanmoins que ce mécanisme ne couvre qu'une minorité de patients. Dès lors, la classe moyenne, les

Het grootste deel van de last zal dus nog steeds op de schouders van de middenklasse, de werknemers en de gepensioneerden terechtkomen.

Op het vlak van conventionering handhaaft de minister zowel het principe van toeslagen in verband met “bijzondere eisen” als de regeling voor gedeeltelijke conventionering. Op papier lijkt dat mechanisme misschien een pragmatisch compromis waarbij men zorgverstrekkers de mogelijkheid biedt gedeeltelijk tot de akkoorden toe te treden en tegelijk een zekere tariefvrijheid te behouden. In de praktijk maakt het de zaken echter veel minder bevattelijk voor de patiënten.

Het is voor de patiënt nu al heel moeilijk uit te vlooien welke zorgverlener al dan niet geconventioneerd is, welke toeslagen kunnen worden gevraagd enzovoort. Met de gedeeltelijke conventionering wordt dat alles nog onduidelijker. Die ondoorzichtigheid komt patiënten zelden ten goede. Ze leidt tot onzekerheid, informatieasymmetrie en ondermijnt uiteindelijk hun financiële bescherming.

Mevrouw Désir is van mening dat de gedeeltelijke conventionering zoals die momenteel is opgezet, rechtstreeks bijdraagt aan de instandhouding van een geneeskunde met twee snelheden. Aan de ene kant zijn er patiënten die over voldoende middelen beschikken of een aanvullende verzekering hebben, waardoor ze de supplementen kunnen betalen en sneller een afspraak kunnen krijgen bij een privépraktijk. Aan de andere kant zijn er patiënten die maar een beperkte keuze hebben, die behandelingen moeten uitstellen of zich niet kunnen laten behandelen door bepaalde zorgverleners wegens de onzekerheid of de kosten. De spreekster illustreert dat met een concreet voorbeeld. Ze is van mening dat dit systeem niet alleen tot prijsverschillen, maar ook tot verschillen in toegang zal leiden.

Tot slot betreurt de spreekster het ontbreken van een minimumdrempel, zowel per specialisme als per regio. Ze herinnert eraan dat de conventioneringspercentages die in het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen worden vastgesteld, betrekking hebben op alle artsen en specialismen. Bij gebrek aan specifieke instrumenten is er echter geen garantie dat patiënten in alle gewesten daadwerkelijk voldoende toegang krijgen tot geconventioneerde zorgverleners, met name voor bepaalde specialismen.

De spreekster stelt vervolgens een aantal specifieke vragen aan de minister. Hoe zal de hervorming tot transparantere tarieven leiden, terwijl het systeem van richttarieven wordt uitgebreid en de mogelijkheden om supplementen aan te rekenen, toenemen? Welk doel wordt werkelijk nagestreefd met de uitbreiding van de

travailleurs et les pensionnés continueront à supporter l'essentiel de la charge.

Toujours en matière de conventionnement, le ministre maintient à la fois le principe des suppléments liés aux “exigences particulières” et le dispositif de conventionnement partiel. Sur papier, ce mécanisme peut sembler être un compromis pragmatique: permettre aux prestataires d'adhérer partiellement aux conventions tout en conservant une certaine liberté tarifaire. Dans les faits, cependant, il pose un problème majeur de lisibilité pour les patients.

Il est aujourd'hui déjà très difficile pour le patient de savoir quel prestataire est conventionné ou pas, quels suppléments pourront lui être réclamés, etc. Avec le conventionnement partiel, tout cela demeure encore plus illisible. Cette opacité profite rarement aux patients. Elle crée de l'incertitude, de l'asymétrie d'information, et *in fine*, elle affaiblit leur protection financière.

La députée estime que le conventionnement partiel, tel qu'il est organisé aujourd'hui, contribue directement à entretenir une médecine à deux vitesses. D'un côté, il y a des patients qui ont les moyens ou qui disposent d'une assurance complémentaire, et qui peuvent absorber les suppléments et qui obtiennent des rendez-vous plus rapidement en cabinet privé. De l'autre, des patients qui doivent limiter leurs choix, reporter des soins, ou renoncer à certains prestataires en raison de l'incertitude ou du coût. L'intervenante illustre cela avec un exemple concret. Elle est d'avis que ce système ne crée pas seulement des différences de prix, il crée également des différences d'accès.

Enfin, l'intervenante regrette l'absence de seuil minimal, que ce soit par spécialité ou par territoire. Elle rappelle que les taux de conventionnement établis dans le cadre de la médico-mut concernent l'ensemble des médecins et des spécialités. Cependant, en l'absence d'outils spécifiques, rien ne garantit que les patients disposeront effectivement, dans toutes les régions, d'un accès suffisant à des prestataires conventionnés, en particulier pour certaines spécialités.

L'intervenante enchaîne avec plusieurs questions spécifiques adressées au ministre. Comment la réforme permettra-t-elle d'améliorer la transparence tarifaire alors qu'elle élargit le système des tarifs indicatifs et multiplie les possibilités de suppléments? Quel est l'objectif réel poursuivi avec l'élargissement des tarifs

richttarieven? Gaat het om een overgangsmaatregel of om een nieuwe structurele pijler van de financiering van de zorg?

Wil de minister de hogere vergoeding voor bepaalde zorgprestaties afwentelen op de patiënt? Zal de minister via een uitgebreid systeem van richttarieven de patiënt doen opdraaien voor de hervorming van de nomenclatuur? Zal hij er daarentegen voor zorgen dat die hervorming daadwerkelijk wordt gefinancierd? Zo ja, voorziet zijn begrotingstraject dan in specifieke middelen om de hervorming van de nomenclatuur, het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering tot een goed einde te brengen?

Beschikt de minister over een nauwkeurige evaluatie van de gevolgen van de richttarieven voor het budget van de patiënten, met name voor de meest voorkomende zorg? Bevestigt de minister dat de richttarieven zullen leiden tot een hogere factuur voor de patiënten, met name voor de middenklasse, die geen recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming?

Hoe rechtvaardigt de minister dat er via de richttarieven nog steeds supplementen aan patiënten met een RVT-statuut in rekening kunnen worden gebracht, waardoor de effecten van de voor 1 juli 2026 geplande afschaffing van de supplementen in het gedrang komen? Waarom zijn er geen minimumdrempels voor conventionering per specialisme of per regio vastgesteld om daadwerkelijke toegang tot zorg tegen conventietarieven te waarborgen? Hoe denkt de minister te voorkomen dat de hervorming van de conventionering de ongelijke toegang tot zorg en de complexiteit van het systeem voor patiënten nog verder vergroot?

Overeenkomstig artikel 16, § 2, kunnen verplaatsingskosten, in de vorm van een forfaitair bedrag, aan de patiënt in rekening worden gebracht wanneer de zorg thuis wordt verleend omdat de patiënt zich niet kan verplaatsen. Volgens mevrouw Désir is het onrechtvaardig om de patiënt financieel te belasten omdat hij door ziekte niet in staat is zich te verplaatsen. Moet hier niet worden verduidelijkt dat de forfaitaire vergoeding door de verplichte ziekteverzekering moet worden gedekt?

Overeenkomstig artikel 16, § 4, kunnen zorgverleners supplementen blijven aanrekenen voor "bijzondere eisen". Het huidige systeem blijkt aanzienlijke tekortkomingen te vertonen: een slecht afgebakend toepassingsgebied, moeilijke controle door het RIZIV, risico op misstanden. Waarom blijven die regels behouden? Als de minister bij die keuze blijft, waarom worden ze dan niet beter geformuleerd?

indicatifs? S'agit-il d'un outil transitoire ou d'un nouveau pilier structurel du financement des soins?

Le ministre envisage-t-il de faire contribuer les patients pour revaloriser certaines prestations de soins? Le ministre fera-t-il payer la réforme de la nomenclature par les patients via un système de tarifs indicatifs élargi? Ou compte-t-il réellement financer cette réforme? Si oui, sa trajectoire budgétaire prévoit-elle des moyens spécifiques pour mener à bien la réforme de la nomenclature, du paysage et du financement hospitaliers?

Le ministre dispose-t-il d'une évaluation précise de l'impact des tarifs indicatifs sur le budget des patients, en particulier pour les soins les plus courants? Le ministre confirme-t-il que le recours aux tarifs indicatifs conduira à une augmentation de la facture pour les patients, en particulier de la classe moyenne, qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée?

Comment le ministre justifie-t-il que des suppléments puissent continuer à être facturés à des patients BIM via les tarifs indicatifs, compromettant ainsi les effets de la suppression des suppléments prévue au 1^{er} juillet 2026? Pourquoi ne pas avoir prévu de seuils minimaux de conventionnement par spécialité ou par territoire afin de garantir un accès effectif aux soins à des tarifs conventionnés? Comment le ministre compte-t-il éviter que cette réforme du conventionnement n'accroisse encore davantage les inégalités d'accès aux soins et la complexité du système pour les patients?

Conformément à l'article 16, § 2, des frais de déplacement, via un montant forfaitaire, peuvent être réclamés au patient quand les soins sont donnés à domicile parce que le patient ne peut pas se déplacer. Pour Mme Désir, il est injuste de faire supporter au patient une charge financière parce qu'il est dans l'incapacité de se déplacer pour cause de maladie. Ne convient-il pas de préciser ici que l'intervention forfaitaire doit être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire?

Conformément à l'article 16, § 4, les prestataires peuvent continuer à réclamer des suppléments pour les "exigences particulières". Il apparaît pourtant que le système actuel présente d'importantes lacunes: périmètre mal défini, contrôle difficile par l'INAMI, risques d'abus. Pourquoi les avoir maintenues? Et si le ministre persiste dans ce choix, pourquoi ne pas mieux les définir?

Aangaande de afschaffing van de 25 %-regel voor kinesisten en andere niet-geconventioneerde paramedici schrapt de minister de maatregel in de opheffingsbepalingen, terwijl hij in artikel 32, § 3, de Koning toch de mogelijkheid laat om ze te blijven toepassen. Onder welke concrete voorwaarden zou deze nieuwe bepaling kunnen worden toegepast?

Met betrekking tot de toewijzing van de indexmassa van de erelonen, zoals bepaald in artikel 32, § 4, vraagt het lid zich af wat er gebeurt wanneer een akkoord niet in werking kan treden. Gaat de indexmassa definitief verloren, of wordt ze opgeschort tot een nieuw akkoord kan worden gesloten en in werking treedt? Als ze wordt opgeschort, snapt de spreekster niet hoe de maatregel een invloed kan hebben op het sluiten van akkoorden.

Mevrouw Désir stelt tot slot dat een systeem van conventionering in de eerste plaats moet zorgen voor voorspelbare kosten en gelijke toegang. De voorgestelde hervorming lijkt echter precies de tegenovergestelde richting uit te gaan, door ingewikkelde en veranderlijke tarieven te institutionaliseren, hoewel die de patiënten rechtstreeks zullen benadelen.

Het tweede onderdeel van het ontwerp van kaderwet betreft de plafonnering van de ereloonsupplementen.

De spreekster vindt de vaststelling van een plafond een belangrijke en noodzakelijke stap vooruit. Wanneer geneeskundige verstrekkingen grotendeels worden gefinancierd door de sociale zekerheid, en dus door collectieve solidariteit, is het gerechtvaardigd dat de Staat een kader vaststelt om te waarborgen dat geneeskundige verzorging voor eenieder betaalbaar blijft.

Uit de gegevens (van met name het IMA) blijkt dat de ereloonsupplementen de afgelopen jaren gestaag zijn gestegen. Die ontwikkeling legt meer financiële druk op de patiënten en draagt bij tot een grotere ongelijkheid.

Het IMA heeft aangestipt dat de gemiddelde eigen bijdrage voor een standaardziekenhuisopname in een eenpersoonskamer 2778 euro bedraagt, wat maar liefst acht keer zoveel is als voor een gedeelde kamer, waarvoor 323 euro wordt aangerekend.

Ook een opname in een meerpersoonskamer kan echter hoge kosten met zich brengen, met name bij een implantaat, niet-vergoedbare kosten of een langdurig verblijf. Zo kost 5 % van de ziekenhuisopnames in een gedeelde kamer de patiënt meer dan 1000 euro. De rekening bedraagt meer dan 3000 euro ten laste van de patiënt voor bijna 105.000 ziekenhuisopnames en loopt zelfs op tot meer dan 10.000 euro voor bijna 7500 opnames.

Concernant la suppression de la règle des 25 % pour les kinésithérapeutes et les autres paramédicaux non conventionnés, le ministre supprime la mesure dans les dispositions abrogatoires tout en laissant la possibilité au Roi, à l'article 32, § 3, de continuer à l'appliquer. Dans quelles conditions précises cette nouvelle disposition pourrait-elle s'appliquer?

S'agissant de l'affectation de la masse d'indexation des honoraires, à l'article 32, § 4, la députée se demande ce qu'il se passe dans la situation où un accord ne peut pas entrer en vigueur? La masse d'indexation est-elle définitivement perdue ou est-elle suspendue jusqu'à ce qu'un nouvel accord puisse être conclu et entre en vigueur? Si elle est suspendue, l'intervenante ne voit pas en quoi cette mesure peut avoir un poids sur la conclusion des accords.

La députée conclut qu'un système de conventionnement doit avant tout garantir la prévisibilité des coûts et l'égalité d'accès. À ce stade, la réforme proposée semble aller dans le sens inverse, en institutionnalisant une complexité et une variabilité tarifaire qui pénaliseront directement les patients.

Le deuxième volet du projet de loi concerne le plafonnement des suppléments d'honoraires.

Pour l'intervenante, la fixation d'un plafond maximal constitue une avancée importante et nécessaire. Lorsque des prestations sont largement financées par la sécurité sociale, donc par la solidarité collective, il est légitime que l'État fixe un cadre afin de garantir l'accessibilité financière des soins pour tous.

Les données, notamment celles de l'AIM, montrent une progression continue des suppléments d'honoraires ces dernières années. Cette évolution pèse sur le budget des patients et contribue à creuser les inégalités.

Comme l'indique l'AIM, la facture moyenne à charge du patient pour une hospitalisation classique en chambre individuelle s'élève à 2778 euros, soit un montant huit fois plus important que pour une chambre commune, 323 euros.

Cependant, une admission en chambre commune peut elle aussi générer des montants élevés, notamment en cas d'implant, de paiement non remboursable ou de long séjour. Ainsi, 5 % des hospitalisations en chambre commune coûtent plus de 1000 euros au patient. La facture dépasse les 3000 euros à la charge du patient pour près de 105.000 séjours hospitaliers et excède même les 10.000 euros pour près de 7500 séjours.

Nog steeds volgens de cijfers van het IMA bedragen de eigen kosten voor een gewone verzekerde voor een prostaatoperatie gemiddeld 184 euro in een tweepersoonskamer en 2049 euro in een eenpersoonskamer. Voor een knieprothese variëren de kosten voor de patiënt van 928 euro in een tweepersoonskamer tot 4350 euro in een eenpersoonskamer.

Het lid is van oordeel dat de ereloonsupplementen bijdragen tot een gezondheidszorg met twee snelheden, wat zij onaanvaardbaar vindt. Ze vindt het principe van de plafonnering een stap in de goede richting, maar wijst tegelijk op de aanzienlijke beperkingen van de regeling zoals die thans voorligt.

Ze benadrukt allereerst dat de regeling nog grotendeels onduidelijk is. De Raad van State heeft zich niet kunnen uitspreken over de evenredigheid van de maatregel omdat er geen duidelijk vastgestelde drempel is. De spreekster heeft begrip voor het voornemen van de regering om dit vraagstuk voor te leggen aan de betrokkenen in de sector (een overleg dat zij essentieel acht), maar volgens haar ware het wenselijk geweest nu reeds een maximumpercentage vast te stellen, en het desnoods achteraf aan te passen, teneinde een duidelijk en richtinggevend politiek signaal te geven.

Daarnaast wijst ze erop dat, in tegenspraak met de verklaringen van juni 2025 (waarin specifieke plafonds naar voren werden geschoven, namelijk 125 % voor ziekenhuispatiënten en 25 % voor ambulante zorg), die drempels niet in het huidige ontwerp van kaderwet zijn opgenomen.

Uit de memorie van toelichting blijkt bovendien dat alleen de *outliers*, dat wil zeggen wie excessieve supplementen aanreken, daadwerkelijk onder die plafonnering zouden vallen. Derhalve vraagt het lid wat de werkelijke reikwijdte van de regeling is: volstaat het om alleen de meest flagrante misbruiken aan te pakken teneinde de patiënten te beschermen en een rechtvaardige toegang tot zorg te waarborgen?

De spreekster stipt tot slot aan dat het discours is veranderd: het doel om de supplementen geleidelijk af te schaffen heeft plaatsgemaakt voor een plafonnering die slechts op een beperkt aantal situaties van toepassing zou zijn.

Vervolgens stelt de spreekster de minister meerdere specifieke vragen.

Wat is het tijdspad en hoe luidt de methode voor de plafonnering van de ereloonsupplementen? Bevestigt de minister dat de maatregel vooral gericht zal zijn op de meest extreme praktijken? Zo ja, welke daadwerkelijke

Toujours selon les chiffres de l'AIM, le coût à charge d'un patient, bénéficiaire ordinaire, pour une opération de la prostate s'élèverait en moyenne à 184 euros en chambre double et à 2049 euros en chambre particulière. Pour une prothèse de genou, on passe d'un coût patient de 928 euros en chambre double à 4350 euros en chambre particulière.

La députée estime que les suppléments d'honoraires contribuent à l'apparition d'une médecine à deux vitesses, ce qu'elle juge inacceptable. Elle considère que le principe du plafonnement constitue un pas dans la bonne direction, tout en relevant les limites significatives du dispositif tel qu'il est actuellement proposé.

Elle souligne d'abord que le dispositif demeure largement indéterminé. Elle rappelle que le Conseil d'État n'a pas pu se prononcer sur la proportionnalité de la mesure faute de seuil clairement défini. Si elle comprend la volonté du gouvernement de renvoyer cette question à la concertation avec les acteurs du secteur – concertation qu'elle juge essentielle – elle estime qu'il aurait été opportun de fixer dès à présent un pourcentage maximal, quitte à l'ajuster par la suite, afin d'envoyer un signal politique clair et structurant.

Elle relève en outre que, contrairement aux déclarations faites en juin 2025, où des plafonds précis avaient été envisagés (125 % pour les patients hospitalisés et 25 % pour les soins ambulatoires), ces seuils ne figurent plus dans le projet de loi-cadre actuel.

Il ressort par ailleurs de l'exposé des motifs que seuls les "outliers", c'est-à-dire les pratiques les plus extrêmes, seraient réellement visés par ce plafonnement. Dès lors, elle s'interroge sur la portée réelle du dispositif: cibler uniquement les abus les plus manifestes suffit-il à protéger les patients et à garantir un accès équitable aux soins?

L'intervenante note enfin que le discours a évolué: l'objectif de suppression progressive des suppléments a laissé place à un plafonnement qui ne concernerait qu'un nombre limité de situations.

L'intervenante aborde ensuite une série de questions plus spécifiques à l'attention du ministre.

Quels seront le calendrier et la méthode retenus pour fixer le plafond des suppléments d'honoraires? Le ministre confirme-t-il que le dispositif visera principalement les pratiques les plus extrêmes? Si oui, quel

weerslag op het totale niveau van de ereloonsupplementen wordt dan beoogd? Beoogt de minister misschien een plafond van 125 % voor ziekenhuispatiënten en van 25 % voor ambulante zorg? Waarom staan die drempels dan niet meer in het ontwerp van kaderwet?

Dat plafond zou moeten kunnen variëren naargelang van de specialiteit en de geneeskundige verstrekking. Zal men een onbevattelijk systeem nog onbevattelijker maken? Waarom? Hoe beoogt de minister ervoor te zorgen dat de patiënten daadwerkelijk hun weg vinden in dit nieuwe systeem?

Kan de minister cijfers voorleggen over het aantal zorgverleners dat naar verwachting door de plafonningsmaatregelen zal worden getroffen? Welke gemiddelde ereloonsupplementen worden thans gehanteerd naargelang van de verschillende specialismen? Betekent die maatregel volgens de minister een stap in de richting van een verdere afschaffing van de ereloonsupplementen dan wel een houdbaar evenwicht?

Hoeveel bedragen thans de afdrachten in alle ziekenhuizen samen? Klopt het bedrag van 300 miljoen euro? Hoe beoogt de regering de ziekenhuizen te compenseren voor de geleidelijke afname van het aandeel van de supplementen in hun financieringsmodel?

Het lid vindt dat de plafonning van de supplementen niet alleen de meest in het oog springende excessen moet corrigeren, maar ook op structurele wijze de gelijke toegang tot gezondheidszorg moet waarborgen. Plafonning kan een nuttig instrument zijn, maar het moet ambitieus genoeg zijn om daadwerkelijke en merkbare resultaten voor de patiënten op te leveren.

Tot slot haakt mevrouw Désir in op het derde onderdeel van de kaderwet, met name de hervorming van het begrotingstraject, met daarin de geplande invoering van een opdrachtbrief die de door de ministerraad bepaalde begrotingsprioriteiten behelst. Institutioneel gezien is dat een ingrijpende evolutie.

Het Belgische gezondheidszorgstelsel berust van oudsher op een model van overleg en gezamenlijk beheer tussen de overheid en de sociale partners. Dat model is niet zomaar een technisch detail: het is cruciaal voor het evenwicht van onze sociale zekerheid. Decennialang was het een waarborg voor zowel de stabiliteit van het systeem als voor het draagvlak van de beslissingen inzake financiering van de Belgische zorg.

Volgens de spreekster zet de voorliggende hervorming dat evenwicht op de helling. Door vooraf aan de hand

est son objectif en termes d'impact réel sur le niveau global des suppléments d'honoraires? Ou envisage-t-il un plafond maximal de 125 % pour les patients admis à l'hôpital et de 25 % pour les soins en ambulatoire? Pourquoi avoir renoncé à mentionner ces seuils dans la loi aujourd'hui?

Ce plafond devrait pouvoir varier en fonction des spécialités et de la prestation. Va-t-on donc rendre un système illisible encore plus illisible? Pourquoi faire ce choix? Comment le ministre entend-il garantir que les patients puissent effectivement s'y retrouver dans ce nouveau dispositif?

Le ministre dispose-t-il d'estimations chiffrées quant au nombre de prestataires qui devraient être impactés par les mesures de plafonnement? Quels sont les suppléments d'honoraires moyens pratiqués aujourd'hui en fonction des différentes spécialités? Cette mesure constitue-t-elle, selon le ministre, une étape vers une suppression plus large des suppléments d'honoraires, ou bien un point d'équilibre durable?

À combien s'élève aujourd'hui le montant des rétrocessions dans l'ensemble des hôpitaux? Le chiffre de 300 millions d'euros est-il exact? Comment le gouvernement entend-il compenser, pour les hôpitaux, la réduction progressive du rôle des suppléments dans leur modèle de financement?

Pour la députée, le plafonnement des suppléments ne doit pas seulement permettre la correction des excès les plus visibles, mais bien de garantir, de manière structurelle, un accès égal aux soins de santé. Le plafonnement peut être un outil utile, mais il doit être suffisamment ambitieux pour produire des effets réels et perceptibles pour les patients.

Mme Désir aborde enfin le troisième volet de la Loi-cadre, à savoir la réforme du processus budgétaire, qui prévoit l'introduction d'une lettre de mission fixant les priorités budgétaires par le Conseil des ministres. Elle souligne qu'il s'agit d'une évolution institutionnelle majeure.

Notre système de soins de santé repose historiquement sur un modèle de concertation et de cogestion entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux. Ce modèle n'est pas un détail technique: il est au cœur de l'équilibre de notre sécurité sociale. Il a permis, pendant des décennies, d'assurer à la fois la stabilité du système et la légitimité des décisions prises en matière de financement des soins.

Selon l'intervenante, la réforme proposée vient remettre en question cet équilibre. En fixant, en amont,

van een opdrachtbrief bindende begrotingsprioriteiten vast te leggen, morrelt de regering ingrijpend aan de dynamiek van de besluitvorming. Zulks dreigt de initiatiefcapaciteit van het Verzekeringscomité te ondergraven en de besprekingen te verenigen binnen een strak afgelijnd politiek kader.

Anders gezegd, de gezamenlijke besluitvorming zal afkalven tot een model waar de onderhandelingsruimte van bij het begin uitermate beperkt is. Die verschuiving is niet onschuldig en werpt bovendien de fundamentele vraag op wat het nut van overleg nog is als de grote lijnen toch al vastliggen nog voor de partners ten volle hun rol hebben kunnen spelen.

Alle betrokken partners hebben hun bezorgdheid geuit over deze hervorming. Die ongerustheid wordt bovendien transversaal gedragen, wat zeer uitzonderlijk is.

Zelfs de term “keurslijf” is gevallen om het nieuwe begrotingsproces te omschrijven. Een en ander bevestigt de thans heersende indruk dat de manoeuvreerruimte fors wordt ingeperkt en het overlegmodel van zijn essentie wordt ontdaan.

Voor mevrouw Désir is deze hervorming er niet op gericht de budgettaire sturing te stroomlijnen, maar dreigt ze vooral de begrotingsopmaak nog meer te politiseren, ten koste van het medebeheermodel dat het Belgische systeem zo sterk maakt.

Achter elke technische kwestie gaat immers een bestuurskeuze schuil. Ofwel vertrouwen we op de overlegorganen om evenwichtige oplossingen uit te werken op basis van de realiteit in het veld, ofwel kiezen we voor een meer gecentraliseerde besluitvorming, op het risico af dat het draagvlak bij de actoren versmalt en op termijn de implementering van volksgezondheidsmaatregelen en -hervormingen stopt.

In dat verband heeft de spreekster heel wat vragen. Wat is juist de bedoeling van de invoering van de opdrachtbrief? Dient die louter als referentie, of is het een bindend instrument voor de sociale partners? Hoe wil de regering ervoor zorgen dat het Verzekeringscomité initiatieven kan blijven nemen en voorstellen kan blijven doen? Welk nut heeft overleg nog als er op voorhand een dermate strak begrotingskader wordt opgelegd? Hoe kijkt de minister naar de eensluidende kritiek van de sociale partners, die de beteugeling van het begrotingsproces laken? Worden er waarborgen ingebouwd om te voorkomen dat de begrotingsbeslissingen inzake gezondheidszorg overdreven worden gepolitiseerd? Hoe

des priorités budgétaires contraignantes via une lettre de mission, le gouvernement modifie profondément la dynamique du processus décisionnel. Concrètement, cela risque de réduire la capacité d’initiative du Comité de l’assurance et d’orienter les discussions dans un cadre déjà balisé politiquement.

Autrement dit, on passe d’un modèle de co-construction des décisions à un modèle où les marges de négociation sont fortement encadrées dès le départ. Or, ce glissement n’est pas anodin et soulève une question fondamentale: quelle est encore la place réelle de la concertation si les grandes orientations sont déjà fixées avant même que les partenaires ne puissent pleinement jouer leur rôle?

L’ensemble des partenaires concernés ont exprimé leurs préoccupations à l’égard de cette réforme. Ces inquiétudes sont partagées de manière transversale, ce qui est suffisamment rare pour mériter d’être souligné.

Le terme de “corsetage” du processus budgétaire a même été utilisé. Cela traduit bien le sentiment que les marges de manoeuvre seraient fortement réduites, au risque de vider la concertation de sa substance.

Pour la députée, cette réforme ne vise pas à améliorer l’efficacité du pilotage budgétaire, mais elle risque d’aboutir à une politisation accrue du processus, au détriment du modèle de cogestion qui fait la force de notre système.

Car derrière la question technique, il y a un choix de gouvernance. Soit nous faisons confiance aux organes de concertation pour construire des solutions équilibrées, en tenant compte des réalités du terrain. Soit nous centralisons davantage les décisions, avec le risque de fragiliser l’adhésion des acteurs et, à terme, la mise en oeuvre des mesures et réformes de santé.

Une série de questions se posent dans ce cadre. Quel est l’objectif exact poursuivi par l’introduction de cette lettre de mission? S’agit-il d’un outil d’orientation ou d’un instrument contraignant qui s’imposera aux partenaires? Comment le gouvernement garantit-il que le Comité de l’assurance conservera une réelle capacité d’initiative et de proposition? Quelle place restera-t-il à la concertation si les priorités budgétaires sont fixées en amont de manière stricte? Comment le ministre répond-il aux critiques unanimes des partenaires sociaux qui dénoncent un “corsetage” du processus? Existe-t-il des garde-fous pour éviter une politisation excessive des décisions budgétaires en matière de soins de santé? Comment

wil de minister de verdedigbaarheid en het draagvlak van de genomen beslissingen bij de actoren binnen de gezondheidszorg intact houden?

Volgens de PS-fractie holt de beoogde hervorming het overlegmodel uit. Net dat overlegmodel heeft echter altijd het evenwicht, de geloofwaardigheid en de bestendigheid van de Belgische gezondheidszorg gewaarborgd.

Tot besluit staat de spreekster nog stil bij de opschorting van de RIZIV-nummers van zorgverstrekkers die onterecht of systematisch onjuist prestaties aanrekenen.

Die maatregel is bedoeld om de patiënten te beschermen, maar kan verstreckende gevolgen hebben wanneer een zorgverstrekkers zijn patiënten er niet over inlicht dat zijn nummer is opgeschort, met alle financiële implicaties van dien. Zijn er waarborgen ingebouwd om de patiënt in zulke situaties te beschermen en zich ervan te vergewissen dat de betrokken zorgverstrekkers hun patiënten wel degelijk op de hoogte brengen?

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) gaat voor eerst in op het voor haar fractie cruciale debat over de ereloonsupplementen. De visie van PVDA-PTB werd reeds tijdens de vorige bespreking van de Kaderwet in de plenaire vergadering uiteengezet, onder meer in de context van de artsenstaking die toen plaatsvond.

De spreekster opent haar tussenkomst met een getuigenis uit *De Morgen* van 24 januari 2026. Een 67-jarige patiënt had zich in een universitair ziekenhuis aangemeld voor een ablatie, een routine-ingreep waarbij één nacht ziekenhuisopname vereist was. De patiënt werd gevraagd of hij een eenpersoonskamer wenste. Hij informeerde vooraf naar de kostprijs, aangezien hij geen hospitalisatieverzekering had. Er werd hem meegedeeld dat de factuur 314 euro zou bedragen en dat er geen bijkomende kosten zouden volgen. Enkele maanden later ontving hij evenwel een factuur van 5380 euro. Volgens mevrouw Eggermont staat deze patiënt geenszins alleen met zijn verhaal.

De PVDA-PTB-fractie wil dit probleem absoluut aanpakken en is bereid om alle partijen die daartoe willen bijdragen te ondersteunen, ook wanneer zij deel uitmaken van de regering. Van bij de aanvang van deze discussie heeft zij het principe van een plafond op ereloonsupplementen gesteund, weliswaar gekoppeld aan een hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur. Vandaag blijkt het draagvlak bij sommige partijen van de meerderheid echter te ontbreken.

le ministre entend-il maintenir la légitimité et l'adhésion des acteurs du système de santé aux décisions prises?

Pour le groupe socialiste, la réforme vise un affaiblissement de la concertation. Alors que c'est précisément cette concertation qui garantit depuis toujours l'équilibre, la crédibilité et la durabilité de notre système de santé.

L'intervenante conclut avec la question de la suspension des numéros INAMI pour les dispensateurs de soins qui facturent indûment ou systématiquement des prestations incorrectes.

Il s'agit d'une mesure qui vise à protéger le patient, mais qui peut avoir des conséquences importantes si le dispensateur ne l'informe pas de la suspension de son numéro et des implications financières qui en découlent. Quels sont les garde-fous mis en place pour protéger le patient dans ce cadre et pour s'assurer que les dispensateurs concernés vont bien s'acquitter de leur tâche d'information auprès des patients?

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) évoque tout d'abord une question cruciale pour son groupe, qui est celle des suppléments d'honoraires. Le PVDA-PTB a déjà exposé sa vision lors de la discussion précédente de la loi-cadre en séance plénière, notamment dans le contexte de la grève des médecins qui a eu lieu à l'époque.

L'intervenante entame son intervention en faisant référence à un témoignage publié dans le journal *De Morgen* du 24 janvier 2026. Un patient de 67 ans avait été admis dans un hôpital universitaire pour une ablation, une intervention de routine nécessitant une seule nuit d'hospitalisation. On lui a demandé s'il souhaitait une chambre individuelle. Il s'est renseigné au préalable sur le coût, étant donné qu'il n'avait pas d'assurance hospitalisation. On lui a répondu que la facture s'élèverait à 314 euros et qu'il n'y aurait pas de frais supplémentaires par la suite. Quelques mois plus tard, il a toutefois reçu une facture de 5380 euros. Selon Mme Eggermont, l'histoire de ce patient est loin d'être unique.

Le groupe PVDA-PTB souhaite absolument régler ce problème et est disposé à soutenir tous les partis qui veulent y contribuer, même s'ils font partie de la coalition gouvernementale. Dès le début de cette discussion, la députée a défendu le principe d'un plafond de suppléments d'honoraires, fût-il associé à une réforme du financement des hôpitaux et de la nomenclature. Il s'avère néanmoins aujourd'hui que ce plafonnement ne recueille pas l'adhésion de certains partis de la majorité.

In het verleden leidden deze plannen tot de nodige debatten en kwam het ook tot een artsenstaking. Verschillende partijen hebben in die context gewaarshuwd voor een zogenaamde staatsgeneeskunde. Met name de N-VA en de MR zijn op de rem gaan staan en blijven in hun visie van een liberale geneeskunde het behoud van ereloonsupplementen verdedigen. Ook de Les Engagésfractie heeft aangegeven het oorspronkelijke wetsontwerp niet zonder wijzigingen te kunnen goedkeuren. De houding van de cd&v-fractie was daarentegen positief, aangezien zij in de pers verklaarden zelfs verder te willen gaan en de supplementen volledig te schrappen, op voorwaarde dat de ziekenhuisfinanciering en de herijking van de tarieven in orde zouden zijn.

Vervolgens is het dossier na veel overleg op de lange baan geschoven. In de huidige tekst is heel wat veranderd. Het principe van een plafond op ereloonsupplementen blijft bestaan, maar de precieze percentages zijn geschrapt. De beslissing wordt in grote mate overgelaten aan de artsen en gekoppeld aan de hervorming van de nomenclatuur en aan een ziekenhuishervorming, wat de facto zal leiden tot verder uitstel. De invoering wordt momenteel ten vroegste voor 2028 voorzien en indien er geen akkoord onder de artsen wordt bereikt, zal de ministerraad bij consensus moeten beslissen, wat een vetomechanisme inhoudt. Het verkiezingsjaar 2029 komt tegen dan in zicht, hetgeen de discussie alleen maar scherper zal stellen. De initiële plannen zijn door dit alles sterk afgezwakt.

Mevrouw Eggermont uit haar bezorgdheid over het feit dat dit dossier door de minister reeds als een verwezenlijking wordt voorgesteld, terwijl in werkelijkheid veel mensen vrezen dat de beloofde beperking van de ereloonsupplementen er nooit daadwerkelijk zal komen. Er is immers weinig animo bij zowel de N-VA als de MR en er worden tal van randvoorwaarden toegevoegd.

Dit debat moet overigens worden gezien in de bredere maatschappelijke context van stijgende levensduurte. Mensen zijn bezorgd omdat ze worden geconfronteerd met hogere kosten op tal van domeinen, zoals energie, medicatie en remgelden. Er wordt verwacht dat de overheid snel ingrijpt. In die context is het een gemiste kans om de hervorming van de supplementen dermate ver naar de toekomst te verschuiven.

Voor meer dan 100.000 ziekenhuisverblijven ontvingen de betrokken patiënten facturen van meer dan 3000 euro. Patiënten betalen vandaag veel uit eigen zak in de zorg, onder meer door de ereloonsupplementen, in een context waarin het leven elke dag duurder wordt.

Par le passé, ces projets ont donné lieu aux débats nécessaires, ainsi qu'à une grève des médecins. Dans ce contexte, plusieurs partis ont mis en garde contre ce qu'ils appellent une médecine d'État. La N-VA et le MR, en particulier, ont alors freiné des quatre fers en continuant à défendre, dans leur vision d'une médecine libérale, le maintien des suppléments d'honoraires. Le groupe des Engagés a aussi annoncé qu'il n'approuverait pas le projet de loi initial sans modifications. Par contre, le groupe cd&v a eu une attitude positive, puisqu'il a déclaré dans la presse qu'il voulait même aller plus loin en supprimant totalement les suppléments, pour autant que les questions du financement des hôpitaux et de la révision des tarifs soient réglées.

Ensuite, après une large concertation, l'examen du dossier a été reporté *sine die*. Beaucoup de choses ont changé dans le texte actuel. Si le principe d'un plafond de suppléments d'honoraires subsiste, les pourcentages précis ont été supprimés. La décision est laissée, en grande partie, aux médecins et liée à la réforme de la nomenclature et à une réforme des hôpitaux, ce qui entraînera de facto un nouveau report. L'introduction de cette mesure est actuellement prévue pour 2028 au plus tôt et, si les médecins ne parviennent pas à un accord, le Conseil des ministres devra décider par consensus, ce qui induit la possibilité d'un veto. À l'approche des élections de 2029, la discussion risque de se tendre davantage. Pour toutes ces raisons, le projet initial a été fortement affaibli.

Mme Eggermont exprime son inquiétude quant au fait que le ministre présente d'ores et déjà ce dossier comme une chose acquise, alors que de nombreuses personnes craignent en réalité que la limitation promise des suppléments d'honoraires ne soit jamais mise en œuvre. En effet, l'enthousiasme est faible auprès de la N-VA comme du MR et de nombreuses conditions secondaires ont été ajoutées.

Par ailleurs, ce débat doit s'inscrire dans le contexte sociétal plus large de l'augmentation du coût de la vie. La population est inquiète parce qu'elle fait face à des coûts plus élevés dans de nombreux domaines, tels que l'énergie, les médicaments et les tickets modérateur, et elle attend une action rapide des pouvoirs publics. Dans ce contexte, reporter la réforme des suppléments aussi loin dans le futur constitue une occasion manquée.

Pour plus de 100.000 hospitalisations, les patients concernés ont reçu une facture supérieure à 3000 euros. Actuellement, les patients prennent en charge eux-mêmes une grande partie des coûts des soins de santé, entre autres au travers des suppléments d'honoraires, alors que la vie coûte plus cher de jour en jour.

De snelle besluitvorming van de regering wanneer het gaat om besparingen op het vlak van pensioenen, indexering en medicatie staat in schril contrast met een tergend trage en voorwaardelijke aanpak wanneer de bescherming van de koopkracht van de burger op het spel staat. Het is onaanvaardbaar om mensen voor te houden dat er misschien, ergens in de toekomst, zal worden ingegrepen op bijvoorbeeld de ereloonsupplementen of de gasprijzen, terwijl de crisis zich vandaag manifesteert. Ingrepen die zich pas ten vroegste in 2028 laten voelen, komen veel te laat.

Mevrouw Eggermont herhaalt dat haar fractie achter een beperking van de ereloonsupplementen staat en dat deze maatregel moet passen binnen een globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het debat mag zelfs een stap verder gaan, met het oog op een volledige afschaffing van de supplementen. Het lid drukt de hoop uit om medestanders te vinden in deze commissie.

Deze plannen hangen samen met de bredere discussie inzake overconsumptie in de zorg en prestatie-geneeskunde. Men moet af van dit model, of het nu in zijn huidige vorm is dan wel in de vorm van pathologie gestuurde financiering. De beste arts is niet degene die de patiënt van zijn symptomen afhelpt, maar degene die ervoor zorgt dat ziektes in de eerste plaats niet tot uiting komen. Het huidige systeem, waarin prestaties centraal staan, stimuleert preventie onvoldoende. Vandaag wordt slechts 1,8 % van het gezondheidsbudget aan preventie besteed, wat veel te weinig is in vergelijking met andere landen. Een systeem met vaste artsenlonen, zoals dat reeds bestaat in universitaire ziekenhuizen, beperkt buitensporige inkomensverschillen tussen specialismen en stelt artsen opnieuw in staat zich te concentreren op zorg in plaats van op prestaties.

De spreekster uit daarnaast haar bezorgdheid over het conventiemodel dat onder druk staat en waarschuwt voor een uitholling ervan. Dit model is essentieel voor de toegankelijkheid van de zorg. Zij wijst er in dat verband op dat de richttarieven volgens de mutualiteiten eigenlijk verkapte ereloonsupplementen zijn en ertoe kunnen leiden dat geconventioneerde zorgverleners duurder worden dan niet-geconventioneerde.

De richttarieven worden ingevoerd om conventionering aantrekkelijker te maken. Volgens de minister functioneert dat systeem bij de tandartsen. Uit een studie van Solidaris blijkt echter dat de conventiegraad daalt. Het zou interessant zijn om deze cijfers in detail te bekijken, vandaar de vraag om hoorzittingen te organiseren met

La prise de décision rapide du gouvernement quand il s'agit de réaliser des économies en matière de pensions, d'indexation et de médicaments contraste fortement avec l'approche désespérément lente et conditionnelle lorsque la protection du pouvoir d'achat du citoyen est en jeu. Il est inacceptable de dire à la population que l'on agira peut-être un jour sur les suppléments d'honoraires ou le prix du gaz, par exemple, alors que la crise se manifeste aujourd'hui. Les mesures qui ne se feront pas ressentir avant 2028 arriveront bien trop tard.

Mme Eggermont répète que son groupe est favorable à une limitation des suppléments d'honoraires et que cette mesure doit s'inscrire dans une réforme globale du financement des hôpitaux. Le débat pourrait même aller plus loin en s'orientant vers la suppression totale des suppléments. La députée espère trouver des alliés au sein de cette commission.

Ces projets s'inscrivent dans une discussion plus globale concernant la surconsommation dans le secteur des soins de santé et la médecine rémunérée à l'acte. Il faut abandonner ce modèle, que ce soit dans sa forme actuelle ou dans celle d'un financement axé sur la pathologie. Le meilleur médecin n'est pas celui qui soulage les symptômes du patient, mais celui qui veille à ce que les maladies n'apparaissent pas. Le système actuel, qui est basé sur l'acte, n'encourage pas assez la prévention. À l'heure actuelle, on ne consacre que 1,8 % du budget de la santé à la prévention, ce qui est bien trop peu par comparaison à d'autres pays. Un système d'honoraires fixes pour les médecins, comme cela existe déjà dans des hôpitaux universitaires, limiterait les écarts de rémunération excessifs entre les spécialités et permettrait à nouveau aux médecins de se concentrer sur les soins plutôt que sur les actes.

Par ailleurs, l'intervenante exprime son inquiétude quant à la menace qui pèse sur le modèle de conventionnement et met en garde contre son démantèlement. Ce modèle est essentiel pour l'accessibilité des soins. À cet égard, elle relève que, selon les mutualités, les tarifs indicatifs constituent en réalité des suppléments d'honoraires déguisés et pourraient avoir pour effet que les tarifs chez les dispensateurs de soins conventionnés deviennent plus élevés que chez les non conventionnés.

Les tarifs indicatifs sont instaurés pour rendre le conventionnement plus attrayant. Selon le ministre, ce système fonctionne pour les dentistes. Une étude de Solidaris révèle toutefois que le taux de conventionnement diminue. Il serait intéressant d'examiner ces chiffres en détail. L'intervenante demande dès lors d'organiser

de mutualiteiten en een grondige discussie met hen te voeren over het conventiemodel.

In de nieuwe tariefakkoorden mogen geconventioneerde tandartsen sinds 1 januari 2026 toeslagen tot 25 procent boven het RIZIV-tarief aanrekenen voor veel voorkomende behandelingen. Uit berekeningen van Solidaris blijkt dat deze maatregel de kosten voor patiënten met een bijkomende 45,3 miljoen euro doet oplopen, zonder dat daar een directe meerwaarde tegenover staat. Zo wordt de kost van een onaangepaste nomenclatuur via ingrepen zoals de richttarieven doorgeschoven naar de patiënt.

Het lid wijst daarnaast op andere maatregelen, zoals het aanrekenen van reiskosten bij huisbezoeken. Deze kosten kunnen bijvoorbeeld ook terecht komen bij patiënten die niet mobiel zijn en geen andere keuze hebben. Verder kunnen er voorwaarden worden vastgelegd inzake bijzondere eisen van rechthebbenden, maar deze bepaling wordt niet gespecificeerd.

Dit alles heeft tot doel conventionering aantrekkelijker te maken, maar houdt het risico in dat het moeilijker wordt om een geconventioneerde zorgverstrekker te vinden. Het feit dat de toelatingspercentages enkel op nationaal niveau zullen worden berekend, verhoogt bovendien het risico dat er regio's ontstaan waar amper geconventioneerde zorgverleners te vinden zijn. De conventioneringscijfers van tandartsen tonen reeds grote verschillen aan tussen de arrondissementen. Een gebrek aan geconventioneerde zorgverleners dwingt patiënten tot hogere kosten of tot langere verplaatsingen, of leidt zelfs tot de keuze om zorg uit te stellen. De patiënt betaalt in alle gevallen de rekening.

Tot slot gaat mevrouw Eggermont in op het begrotingsproces, waarin veel minder tijd is voor overleg. Zij stelt vast dat de rol van het sociaal overlegmodel onder druk staat en dat steeds meer beslissingsmacht naar de ministerraad verschuift.

Voorheen had de regering enkel via haar vertegenwoordiging in de Algemene Raad van het RIZIV invloed op de begroting van de ziekteverzekering. De opdrachtenbrief van de regering wijzigt dit model, waarbij dient opgemerkt dat de mutualiteiten kanttekeningen plaatsen bij de juridische correctheid van dergelijke processen. Alles moet bovendien zeer snel gaan, wat het hele begrotingsproces bemoeilijkt. De rol van sommige actoren, zoals bijvoorbeeld de Algemene Raad, wordt uitgehold. Voordat het dossier op de Algemene Raad komt, heeft de ministerraad immers reeds een ontwerp van begroting

des auditions avec les mutualités et de mener une discussion approfondie avec elles sur le modèle de conventionnement.

Depuis le 1^{er} janvier 2026, les nouveaux accords tarifaires autorisent les dentistes conventionnés à facturer des suppléments, qui peuvent atteindre 25 % du tarif INAMI, pour de nombreux traitements courants. Solidaris a calculé que cette mesure représenterait 45,3 millions d'euros de coûts supplémentaires pour les patients, sans plus-value directe en contrepartie. Les coûts engendrés par une nomenclature obsolète sont ainsi répercutés sur le patient au travers de mesures telles que les tarifs indicatifs.

La députée cite également d'autres mesures, comme la facturation de frais de déplacement dans le cadre des visites à domicile. Ces frais peuvent aussi être réclamés, par exemple, à des patients qui ne peuvent pas se déplacer et qui n'ont pas d'autre choix. En outre, des conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires peuvent être fixées, sans plus de précisions.

Toutes ces mesures visent à rendre le conventionnement plus attrayant, mais comportent le risque qu'il devienne plus difficile de trouver un dispensateur de soins conventionné. En outre, le fait que les pourcentages d'admission seront uniquement calculés au niveau national accroît le risque que des régions soient quasiment désertées par les dispensateurs de soins conventionnés. Les chiffres relatifs au conventionnement des dentistes révèlent déjà de grandes différences entre les arrondissements. Le manque de dispensateurs de soins conventionnés impose aux patients des coûts plus élevés ou des déplacements plus longs, voire les pousse à choisir de reporter des soins. Dans tous les cas, c'est le patient qui en paie les conséquences.

Enfin, Mme Eggermont aborde la question du processus budgétaire, qui laisse beaucoup moins de temps à la concertation. Elle constate que le rôle du modèle de concertation sociale est en péril et que le pouvoir de décision se déplace de plus en plus vers le Conseil des ministres.

Auparavant, le gouvernement n'exerçait une influence sur le budget de l'assurance maladie qu'au travers de sa représentation au sein du Conseil général de l'INAMI. La lettre de mission du gouvernement change ce modèle, et il est à noter que les mutualités émettent des réserves quant à la validité juridique de ce type de processus. De plus, tout doit aller très vite, ce qui complique l'ensemble du processus budgétaire. Le rôle de certains acteurs, comme le Conseil général, est vidé de sa substance. En effet, avant même que le dossier ne soit soumis au Conseil général, le Conseil des ministres a déjà adopté

goedgekeurd. Is er dan nog voldoende tijd voor alle actoren om hun werk grondig te doen?

Volgens de voorliggende tekst legt de minister een ontwerp van begroting voor als basis voor de Algemene Raad. Vervolgens heeft de ministerraad tot de tweede vrijdag van oktober de tijd om dat goed te keuren. Amper drie dagen later verstrijkt de deadline voor de Algemene Raad om het finale begrotingsdossier klaar te hebben. Op die manier wordt het veel moeilijker om tot een gedragen beslissing en tot consensus te komen.

De toenemende politieke inmenging is problematisch omdat de zorg wordt gefinancierd met sociale bijdragen van werknemers en werkgevers. Dit is geen geld van de overheid: de middelen worden door de sociale partners beheerd, wat zorgt voor sociale vrede en een gelijke verdeling van de vruchten van de economische groei. Het overleg tussen de zorgverleners en de mutualiteiten is de beste garantie voor goede maatregelen. Vandaag moet de overheid weliswaar voor een groot deel bijspringen in de financiering, maar dat is onder meer te wijten aan de bijdragevermindering en de taxshift, die een infernale besparingslogica in gang heeft gezet. Daardoor zijn miljarden euro's tekorten ontstaan in de sociale zekerheid. Dat argument wordt nu gebruikt voor een besparingslogica, maar ook om het sociaal overleg *de facto* meer en meer buitenspel te zetten en de politiek meer in de cockpit te plaatsen. Het is een goed voorbeeld van hoe een besparingslogica en antidemocratische maatregelen hand in hand gaan.

Hoe sterker het primaat van de politiek een rol speelt in de sociale zekerheid, hoe meer deze het voorwerp zal worden van de politieke waan van de dag, en hoe gemakkelijker het in de toekomst wordt om de sociale zekerheid verder uit te kleden.

In de lijn van het verzet van de PVDA-PTB-fractie tegen deze sterkere politieke inmenging, is mevrouw Eggermont daarom eveneens gekant tegen het idee om de deelstaten deel te laten uitmaken van het Verzekeringcomité.

De heer Jean-François Gatelier (Les Engagés) herinnert er vooreerst aan dat de minister het voorontwerp van kaderwet ongeveer een jaar geleden heeft toegelicht en dat de media er doorgaans naar verwezen als de gezondheidszorghervorming. Het initiatief stuitte bij ziekenhuizen en artsenpraktijken op hevige weerstand, die uitmondde in een grootschalige algemene staking van de medische sector.

Die mobilisering dient te worden gezien als een uiting van zowel grote ongerustheid als het verwerpen van sommige toen geplande maatregelen. De heer Gatelier

un projet de budget. Reste-t-il alors suffisamment de temps pour que tous les acteurs fassent consciencieusement leur travail?

Selon le texte à l'examen, le ministre présente un projet de budget comme base pour le Conseil général. Le Conseil des ministres dispose ensuite d'un délai allant jusqu'au deuxième vendredi d'octobre pour l'approuver. À peine trois jours plus tard, le délai imparti au Conseil général pour finaliser le dossier budgétaire arrive à échéance. Cette procédure complique fortement l'adoption d'une décision consensuelle.

L'ingérence politique croissante pose problème, car les soins de santé sont financés par les cotisations sociales des travailleurs et des employeurs. Il ne s'agit pas d'argent public: les ressources sont gérées par les partenaires sociaux, ce qui garantit la paix sociale et une répartition équitable des fruits de la croissance économique. La concertation entre les prestataires de soins et les mutuelles est la meilleure garantie d'une bonne gestion. Si l'État doit aujourd'hui prendre le relais pour une grande partie du financement, c'est en partie à cause de la réduction des cotisations et du *tax shift*, qui ont déclenché une logique d'austérité infernale. Il en résulte des déficits de plusieurs milliards d'euros dans la sécurité sociale. Cet argument est désormais utilisé pour justifier des politiques d'austérité, mais aussi pour marginaliser *de facto* de plus en plus la concertation sociale et placer davantage la politique aux commandes. Cela illustre bien le lien étroit qui existe entre une logique d'austérité et des mesures antidémocratiques.

Plus la primauté de la politique s'impose dans la sécurité sociale, plus celle-ci devient tributaire des aléas politiques du moment, et plus il sera aisé, à l'avenir, de la démanteler progressivement.

Dans le prolongement de la position défendue par le groupe PVDA-PTB contre un renforcement de l'ingérence politique, Mme Eggermont s'oppose également à l'idée d'intégrer les entités fédérées au Comité de l'assurance.

M. Jean-François Gatelier (Les Engagés) rappelle d'emblée qu'il y a près d'un an, le ministre a présenté l'avant-projet de Loi-cadre, communément qualifié par les médias de réforme de la médecine. Cette initiative a suscité une vive opposition dans les hôpitaux et les cabinets médicaux, se traduisant par une grève massive et largement généralisée du secteur médical.

Cette mobilisation traduisait à la fois une forte inquiétude et un rejet de certaines mesures envisagées à l'époque. Le député salue toutefois les ajustements

is evenwel tevreden met de sindsdien doorgevoerde aanpassingen. Zo heeft de minister naar aanleiding van het overleg met de sector onder andere de beslissing over de beperking van de supplementen uitgesteld en heeft hij verduidelijking verschaft waarmee gedeeltelijk aan de verzuchtingen ter zake werd tegemoetgekomen.

De sector, die verknocht is aan de aloude status van vrij beroep en aan therapeutische vrijheid, was vooral beducht voor een evolutie naar staatsgeneeskunde.

De Les Engagésfractie vindt dat een hervorming van de gezondheidszorg noodzakelijk is om het stelsel te verbeteren, zonder dat ze wil tornen aan wat goed werkt. Het gaat om een grootschalige hervorming die inzonderheid raakt aan de begroting, de conventionering, de ereloonsupplementen, het toezicht op de verstrekkers en de governance.

Het thans voorliggende wetsontwerp mag dan al evenwichtiger zijn, het blijft niettemin verscheidene zwakke punten bevatten die geen afdoend antwoord bieden op de centrale uitdaging om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen mét retentie van het gezondheidszorgpersoneel en zonder de houdbaarheid van het stelsel op het spel te zetten.

Zo stelt de minister een belangrijke evolutie binnen het begrotingstraject voor: er zou vooraf een opdrachtbrief worden bezorgd, waardoor een grotere rol voor de ministerraad ontstaat, wat de spreker gezien de financiële uitdagingen begrijpelijk vindt. De heer Gatelier wijst er echter op dat veel actoren vrezen dat het overleg daarvoor zal worden afgezwakt en dat van een gezamenlijk opgebouwd model zal worden overgestapt naar een top-downaanpak. Hij waarschuwt er tot slot voor dat er een mismatch kan ontstaan tussen de begrotingsprioriteiten en de dagelijkse klinische realiteit, vooral binnen de huisartsgeneeskunde.

Hoe zal de minister waarborgen dat de actoren in het veld door de grotere beleidsaansturing niet worden gemarginaliseerd? Welke voorzorgsmaatregelen zal hij instellen ter vrijwaring van het evenwicht tussen beleidsbeslissing en overleg? Hoe zal de minister verzekeren dat de in de opdrachtbrief vastgelegde prioriteiten daadwerkelijk de behoeften van de eerstelijnszorg omvatten en niet enkel macrobudgettaire doelstellingen?

Het ontwerp staat meer conventionering voor en voorziet daartoe in premies die alleen geconventioneerde zorgverleners zouden krijgen, met als duidelijk doel de patiënten toegankelijke tarieven te waarborgen. De heer Gatelier wijst evenwel op de algemene ongerustheid in het veld dat de geplande maatregelen een

apportés depuis, en relevant que le ministre a reporté la décision relative à la limitation des suppléments dans le cadre de la concertation avec le secteur et a apporté des précisions ayant partiellement répondu à ces préoccupations.

Le secteur redoutait avant tout l'émergence d'une médecine étatique, une crainte exprimée par une profession attachée à sa tradition libérale et à la liberté thérapeutique.

Pour Les Engagés, une réforme des soins de santé est nécessaire afin d'améliorer le système, sans remettre en cause ce qui fonctionne. Il s'agit d'une réforme d'ampleur, touchant notamment au budget, au conventionnement, aux suppléments d'honoraires, au contrôle des prestataires et à la gouvernance.

Si le texte est aujourd'hui plus équilibré, plusieurs points de fragilité demeurent, au regard de l'enjeu central consistant à garantir l'accessibilité des soins tout en préservant l'adhésion des soignants et la soutenabilité du système.

Ainsi, le ministre propose une évolution importante du processus budgétaire, avec l'introduction d'une lettre de mission en amont et un rôle renforcé du Conseil des ministres, ce qu'il juge compréhensible au regard des enjeux financiers. L'intervenant relève toutefois les inquiétudes exprimées par de nombreux acteurs quant à un affaiblissement de la concertation, certains craignant que l'on passe d'un modèle co-construit à un modèle davantage piloté "d'en haut". Il alerte enfin sur le risque d'un décalage entre les priorités budgétaires et la réalité clinique quotidienne, en particulier en médecine générale.

Comment le ministre compte-t-il garantir que ce renforcement du pilotage politique ne se traduira pas par une marginalisation du terrain? Quelles balises met-il en place pour préserver l'équilibre entre décision politique et concertation? Comment le ministre assure-t-il que les priorités fixées dans la lettre de mission intègrent réellement les besoins de la première ligne, et pas uniquement des objectifs macro-budgétaires?

Le projet vise à renforcer le conventionnement, notamment en réservant certaines primes aux prestataires conventionnés. L'objectif affiché est de garantir l'accessibilité des tarifs pour les patients. L'intervenant fait toutefois état d'une inquiétude largement exprimée sur le terrain, celle d'un dispositif perçu comme coercitif,

dwingend en zelfs contraproductief karakter zullen hebben. Zo zouden sommige premies, hoewel ze vanouds aan de kwaliteit van de zorg zijn gelinkt, drukkingsmiddelen kunnen worden, waardoor de achterliggende gedachte totaal verandert. Hij licht dat toe met een voorbeeld.

Hij vraagt zich dan ook af hoe de minister een mogelijk averechts effect (een deconventionering op grote schaal) zal afwenden. Op welke gegevens of simulaties baseert de minister zich voor zijn stelling dat het mechanisme de conventioneringsgraad daadwerkelijk zal opkrikken? Hoe reageert de minister op de kritiek dat die maatregelen het vertrouwen tussen de overheden en de zorgverleners zou kunnen aantasten? Hoe waarborgt hij dat de patiënten voldoende toegang blijven krijgen tot geconventioneerde consultatieblokken zonder dat de wachttijden oplopen?

Het behoud van de gedeeltelijke conventionering valt te begrijpen, aldus de heer Gatelier. Dat kan echter de ongerustheid niet wegnemen dat in de geconventioneerde consultatieblokken een georganiseerd tekort zal ontstaan, terwijl in de niet-geconventioneerde consultatieblokken plaatsen open zullen blijven. Men vreest met andere woorden voor een stelsel dat onbedoeld een geneeskunde met twee snelheden zou kunnen creëren wat toegang tot zorg betreft.

In welke waarborgen voorziet de minister om dat verschijnsel te voorkomen? Zal hij mechanismen instellen waarmee de echte verhouding tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde verstrekkingen kunnen worden nagegaan? Met welke tools zal hij tegen een eventueel onrechtmatig gebruik van het stelsel optreden?

De minister zal de supplementen plafonneren en zal die maatregel progressief en in overleg ten uitvoer brengen.

Ook de heer Gatelier vindt dat tegen bepaalde misbruiken van supplementen moet worden opgetreden, wat niet wegneemt dat ter zake ongerustheid blijft bestaan, vooral in de ziekenhuizen.

In veel instellingen, in het bijzonder in Brussel en Wallonië, dragen die supplementen rechtstreeks bij tot het financiële evenwicht. Door supplementaftopping zonder compensatie dreigt de toestand van nu al arm-lastige ziekenhuizen nog benarder te worden.

De heer Gatelier is bovendien van oordeel dat de supplementen niet kunnen worden begrensd zonder de basiserelonen te herzien, anders dreigt voor bepaalde praktijken een economische strop, met name in de ambulante zorg. Bepaalde supplementen compenseren kosten van de praktijk, van materiaal en van niet-erkende medische tijd.

voire contre-productif. Certaines primes, historiquement liées à la qualité des soins, pourraient devenir des instruments de pression, ce qui modifie profondément leur philosophie. Le député illustre cela à l'aide d'un exemple.

Il se demande dès lors comment le ministre compte éviter un effet pervers de déconventionnement massif. Sur quelles données ou modélisations le ministre se base-t-il pour affirmer que ce mécanisme augmentera réellement le taux de conventionnement? Comment le ministre répond-il à la critique selon laquelle ces mesures pourraient altérer la confiance entre autorités et prestataires? Comment garantit-il que les patients continueront à avoir un accès suffisant à des plages conventionnées, sans explosion des délais?

Le maintien du conventionnement partiel est compréhensible, poursuit le député. Il suscite néanmoins l'inquiétude d'une pénurie organisée dans les plages conventionnées, avec des délais qui s'allongent, alors que les plages non conventionnées restent disponibles. Autrement dit, un système qui, sans le vouloir, pourrait créer une médecine à deux vitesses dans l'accès aux soins.

Quelles garanties le ministre met-il en place pour éviter ce phénomène? Envisage-t-il des mécanismes permettant de vérifier la proportion réelle d'activité conventionnée et déconventionnée? Quels outils sont-ils prévus pour corriger d'éventuels détournements du système?

Le ministre introduit un plafonnement des suppléments, avec une mise en œuvre progressive et concertée.

Si l'intervenant partage l'objectif de lutter contre certains abus, il fait état d'une inquiétude qui subsiste, notamment dans les hôpitaux.

En effet, dans de nombreux établissements – en particulier à Bruxelles et en Wallonie – ces suppléments participent directement à l'équilibre financier. Plafonner sans compenser risque de fragiliser davantage des hôpitaux déjà en difficulté.

Le député estime par ailleurs que l'on ne peut pas plafonner les suppléments sans revoir les honoraires de base, au risque de déséquilibrer économiquement certaines pratiques, notamment en ambulatoire. Certains suppléments compensent des coûts de cabinet, du matériel et du temps médical non reconnu.

Hij geeft als voorbeeld een arts die 45 minuten besteedt aan een patiënt met een complex dossier, maar die zou worden betaald voor een raadpleging van 15 minuten. Indien er een plafonnering wordt ingevoerd zonder de basis te corrigeren, kan dat ertoe leiden dat de arts zijn tijd inkort, dan wel een dergelijke praktijk niet meer toepast.

Heeft de minister de begrotingsimpact van die plafonnering op de ziekenhuizen geraamd? Welke compenserende maatregelen staan op stapel, met name via de hervorming van de ziekenhuisfinanciering? Hoe is deze hervorming afgestemd op de hervorming van de nomenclatuur? Hoe kan worden voorkomen dat de kosten indirect worden doorgeschoven naar andere vormen van prestaties?

Het lid merkt op dat de regering de supplementen begrenst alvorens de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering te hebben hervormd. Dat is alsof men de prijs van een product zou bepalen zonder de kosten ervan te kennen. Kan de minister garanderen dat deze hervorming geen nadelige gevolgen zal hebben voor ziekenhuizen en medische specialisaties die nu al onder druk staan?

Artikel 25 voorziet in een automatische verlaging van de erelonen in geval van een budgetoverschrijding, ook zonder akkoord. Hoewel begrotingsverantwoordelijkheid een essentieel beginsel is, roepen de automatische correctiemechanismen bij begrotingsoverschrijdingen in de praktijk vragen op. Een overschrijding kan te maken hebben met een epidemie, een therapeutische innovatie of een onvoorzienbare verandering van de behoeften.

De spreker waarschuwt voor het risico op defensieve geneeskunde, waarbij artsen hun praktijken aanpassen om sancties te voorkomen. Hoe valt een "ongerechtigde" overschrijding te onderscheiden van een medische realiteit? Welke waarborgen voert de minister in teneinde blinde correcties te voorkomen? Hoe kan worden voorkomen dat die mechanismen leiden tot buitensporig behoedzaam gedrag dat ongunstig is voor de patiënt?

Het ontwerp voert de mogelijkheid in om een RIZIV-nummer op te schorten. De spreker vindt dat een bijzonder zware maatregel, aangezien het een zorgverlener verhindert zijn beroep uit te oefenen in het raam van de ziekteverzekering.

Hij neemt nota van het geuite voornemen zich te richten op de ernstigste gevallen, maar wijst op een groot probleem: in de praktijk is de grens tussen een fout, een interpretatie en fraude niet altijd duidelijk te trekken.

Il cite l'exemple d'un médecin qui consacre 45 minutes à un patient complexe mais qui serait rémunéré comme pour une consultation de 15 minutes. Si on plafonne sans corriger la base, soit le médecin réduira son temps, soit il arrêtera ce type de pratique.

Le ministre a-t-il évalué l'impact budgétaire de ce plafonnement sur les hôpitaux? Quelles mesures compensatoires sont-elles prévues, notamment via la réforme du financement hospitalier? Comment cette réforme s'articule-t-elle avec celle de la nomenclature? Comment éviter un déplacement indirect des coûts vers d'autres formes de prestations?

Le député fait remarquer que le gouvernement plafonne les suppléments avant d'avoir réformé la nomenclature et le financement des hôpitaux. C'est comme si on fixait le prix d'un produit sans en connaître les coûts. Le ministre peut-il garantir que cette réforme ne fragilisera ni les hôpitaux ni les spécialités déjà sous pression?

L'article 25 prévoit une réduction automatique des honoraires en cas de dépassement budgétaire, y compris en l'absence d'accord. Si la responsabilité budgétaire constitue un principe essentiel, dans la pratique, les mécanismes de correction automatique en cas de dépassement budgétaire soulèvent des questions. Un dépassement peut être lié à une épidémie, à une innovation thérapeutique, ou à une évolution imprévisible des besoins.

L'intervenant met en garde contre le risque d'une médecine défensive, dans laquelle les médecins adapteraient leurs pratiques afin d'éviter toute sanction. Comment distinguer un dépassement "injustifié" d'un dépassement lié à une réalité médicale? Quelles garanties le ministre met-il en place afin d'éviter des corrections aveugles? Comment éviter que ces mécanismes n'induisent des comportements de prudence excessive au détriment du patient?

Le projet prévoit la possibilité de suspendre un numéro INAMI. L'intervenant qualifie cette mesure de particulièrement lourde puisqu'elle empêche un prestataire d'exercer dans le cadre de l'assurance.

Il prend acte de l'intention affichée de cibler les cas les plus graves, mais attire l'attention sur une difficulté majeure: dans la pratique, la frontière entre erreur, interprétation et fraude n'est pas toujours clairement définie.

Waar ligt de grens tussen een administratieve fout en fraude? Welke objectieve criteria leiden tot een opschorting? Welke procedurele waarborgen zijn er ingesteld om onevenredige sancties te voorkomen? Hoe kan een algemeen klimaat van wantrouwen of defensieve geneeskunde worden voorkomen? Vage regels en zware sancties maken artsen immers behoedzamer, waardoor ze bepaalde handelingen of complexe patiënten uit de weg gaan. Een patiënt in een benarde sociale of medische situatie kan een administratief risico worden. Werd dat risico geëvalueerd?

De spreker stipt aan dat de veralgemeende toepassing van elektronische communicatie in principe weliswaar een stap vooruit is, maar wegens soms gebrekkige, onstabiele of tijdrovende tools veeleer een bron van rompslomp in plaats van vereenvoudiging dreigt te worden.

Kan de minister garanderen dat de tools volledig operationeel zullen zijn voordat ze verplicht worden gesteld? Welke flankerende maatregelen komen er voor de zorgverstrekkers? Hoe meet de minister de werkelijke impact van de digitalisering op de beschikbare medische tijd?

De minister creëert de mogelijkheid bepaalde taken van adviserend artsen aan medewerkers te delegeren. Dat valt te begrijpen in een context van personeelstekort, maar roept vragen op met betrekking tot kwaliteit en uniformiteit. Welke taken zullen worden gedelegeerd? Welke garanties zijn er voor opleiding en supervisie, met name wanneer iemand die geen arts is een beslissing neemt over arbeidsongeschiktheid? Hoe verzekert de minister de coherentie tussen de beslissingen van de verschillende beroepsbeoefenaars?

Volgens de heer Gatelier is het aanvullen van de nomenclatuur met specifieke prestaties die aan richttarieven zijn gekoppeld, een positieve ontwikkeling, voor zover die prestaties door de maximumfactuur worden gedekt en uitsluitend bestemd blijven voor geconventioneerde artsen. Vreest de minister niet dat patiënten, in het bijzonder wanneer zij een RVT-statuuut genieten, de raadplegingen van geconventioneerde artsen zullen overbelasten? Zal de vaststelling van de richttarieven plaatsvinden in samenspraak met de sector?

De spreker benadrukt voorts dat de verlaging van de ziekenhuissupplementen geen garantie biedt voor een lagere factuur voor de patiënt zolang de verzekeraars hun premies niet bijsturen.

In de tekst wordt gesproken over het uitdrukkelijk informeren van de patiënt. In de praktijk begrijpt een patiënt echter niet altijd alles of tekent hij zonder de

Où se situe la limite entre erreur administrative et fraude? Quels critères objectifs déclenchent une suspension? Quelles garanties procédurales sont-elles prévues pour éviter des sanctions disproportionnées? Comment éviter un climat de méfiance généralisée ou de médecine défensive? Car quand les règles deviennent floues et les sanctions lourdes, les médecins deviennent plus prudents, évitent certains actes ou certains patients complexes. Un patient avec une situation sociale ou médicale compliquée peut devenir un risque administratif. Ce risque a-t-il été évalué?

L'intervenant relève que, si la généralisation des échanges électroniques constitue une avancée sur le principe, elle risque, en l'état d'outils parfois imparfaits, instables ou chronophages, de se traduire par une surcharge administrative plutôt que par une simplification.

Le ministre peut-il garantir que les outils seront pleinement opérationnels avant leur obligation? Quelles mesures d'accompagnement sont-elles prévues pour les prestataires? Comment le ministre mesure-t-il l'impact réel de cette digitalisation sur le temps médical disponible?

Le ministre prévoit la possibilité de déléguer certaines missions des médecins-conseils aux auxiliaires. Cela se comprend dans un contexte de pénurie, mais pose question en termes de qualité et d'homogénéité. Quelles missions seront déléguées? Quelles sont les garanties de formation et de supervision, notamment lors d'une décision sur une incapacité de travail prise par un non-médecin? Comment le ministre assure-t-il une cohérence des décisions entre professionnels?

Pour M. Gatelier, compléter la nomenclature de prestations spécifiques liées à des tarifs indicatifs est une évolution positive, dans la mesure où ils sont couverts par le MAF et uniquement destinés aux médecins conventionnés. Le ministre ne craint-il pas que les patients, notamment ceux bénéficiant du statut BIM, viennent surcharger les consultations des médecins conventionnés? La fixation des tarifs indicatifs relèvera-t-elle d'une concertation avec le secteur?

L'intervenant souligne ensuite que la réduction des suppléments hospitaliers ne garantit pas une diminution de la facture pour le patient, dès lors que les assurances n'ajustent pas leurs primes.

Il est question dans le texte d'information expresse. Or, dans la pratique un patient ne comprend pas toujours tout ou signe sans mesurer les implications. Comment

gevolgen goed te overzien. Hoe kan men ervoor zorgen dat de informatie werkelijk toegankelijk en juridisch tegenstelbaar is?

Het ontwerp van kaderwet voorziet niet expliciet in een minimum- of maximumduur van de raadplegingen in de nomenclatuur. Het introduceert evenwel mechanismen voor het beheer van de volumes, voor rationeel gebruik van de zorg alsook voor begrotingsbijsturingen. In de praktijk kunnen die mechanismen onrechtstreeks van invloed zijn op de manier waarop artsen hun werkzaamheden organiseren, onder meer met betrekking tot de tijd die aan elke patiënt wordt besteed.

Bevestigt de minister dat de hervorming van de nomenclatuur niet tot doel heeft de duur van de raadplegingen te reguleren, ook niet onrechtstreeks? Kan de minister garanderen dat de duur van de medische raadpleging in de eerste plaats zal worden bepaald door de behoefte van de patiënt en niet door budgetbeperkingen?

Het zorgsysteem moet worden hervormd, maar een dergelijke hervorming mag niet louter technisch of budgettair zijn, aangezien zulks de relatie tussen patiënt en zorgverstreker in het gedrang zou brengen. De bestaande onevenwichtigheden moeten met een heldere geest worden weggewerkt, waarbij samenhang tussen de verschillende hervormingsprojecten onontbeerlijk is.

Uit de vele reacties uit het veld blijkt een echte bezorgdheid over het tempo, de werkwijze en het algemene evenwicht van de hervorming. Het lid vraagt de minister daarom welke middelen hij overweegt om het vertrouwen te herstellen en het draagvlak onder de betrokken actoren te verzekeren.

De heer Jan Bertels (Vooruit) verwijst naar het lange traject dat dit ontwerp van kaderwet reeds heeft afgelegd. Voor de Vooruitfractie is het van belang effectief te investeren in de gezondheidszorg en daarbij tevens de noodzakelijke hervormingen door te voeren teneinde een duurzaam, kwalitatief en toegankelijk zorgsysteem te bestendigen. Deze kaderwet biedt daartoe de nodige handvatten, onder meer een gedeeltelijke aanpassing en herijking van de nomenclatuurprestaties, de ziekenhuisfinanciering, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Dit vereist de medewerking en responsabilisering van alle actoren, weliswaar met respect voor het overlegmodel, waarna de overheid de gemaakte afspraken honoreert. Dit moet verzekeren dat het in het zorgsysteem geïnvesteerde geld goed besteed is en tot meer gezondheid leidt. Hiertoe wordt trouwens ook het conventiemodel aangepakt, zoals bijvoorbeeld reeds gebeurt binnen de Dentomut waar de maximumtarieven reeds zijn ingekapseld in de normale nomenclatuur. Kan de minister in dit verband

garantir une information réellement compréhensible et opposable juridiquement?

Le projet de Loi-cadre ne prévoit pas explicitement de durée minimale ou maximale des consultations dans la nomenclature. Toutefois, il introduit des mécanismes de gestion des volumes, d'utilisation rationnelle des soins et de correction budgétaire. Dans la pratique, ces mécanismes peuvent influencer indirectement la manière dont les médecins organisent leur activité, notamment le temps consacré à chaque patient.

Le ministre confirme-t-il que la réforme de la nomenclature n'a pas pour objectif d'encadrer, même indirectement, la durée des consultations? Peut-il garantir que le temps médical restera déterminé avant tout par le besoin du patient et non par une contrainte budgétaire?

L'intervenant rappelle la nécessité de réformer le système de soins, tout en soulignant qu'une telle réforme ne peut être uniquement technique ou budgétaire, dès lors qu'elle touche à la relation entre le patient et le soignant. Il insiste sur la nécessité de corriger les déséquilibres existants avec lucidité et cohérence entre les différents chantiers.

Il relève que les nombreuses réactions du terrain traduisent une inquiétude réelle quant au rythme, à la méthode et à l'équilibre global de la réforme, et interroge le ministre sur les moyens envisagés pour restaurer la confiance et garantir l'adhésion des acteurs.

M. Jan Bertels (Vooruit) rappelle le long chemin déjà parcouru par le projet de loi-cadre à l'examen. Pour le groupe Vooruit, il est important d'investir efficacement dans les soins de santé, tout en menant les réformes qui s'imposent afin de maintenir un système de soins durable, de qualité et accessible. Pour ce faire, cette loi-cadre offre les outils nécessaires, notamment une adaptation et une réévaluation partielles des prestations de nomenclature, du financement des hôpitaux, ainsi que de l'accessibilité et de l'abordabilité du système de soins de santé. Cette réforme nécessite la coopération et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, dans le respect du modèle de concertation, à l'issue duquel les pouvoirs publics honorent les accords conclus. Il s'agit ainsi de garantir que les fonds investis dans le système de soins sont dépensés adéquatement et contribuent à améliorer la santé. Dans cette perspective, le modèle de conventionnement est également revu, comme c'est déjà le cas au sein de la Dentomut, où les tarifs maximaux sont désormais intégrés dans la nomenclature normale.

verduidelijken hoe en welk (positief) effect dit heeft gehad bij de orthodontisten?

Deze kaderwet pakt ook de excessen inzake ereloon-supplementen aan, steeds binnen het overlegmodel mits de betrokken actoren akkoord gaan. Werd de sector van de hospitalisatieverzekeringen betrokken bij deze hervorming?

Zal de digitalisering (elektronische facturatie) met het oog op de administratieve vereenvoudiging ten bate van zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen zoals die bij de kinesisten versneld wordt doorgevoerd, ook bij andere sectoren worden ingevoerd?

Lopen de besprekingen i.v.m. de nomenclatuurherijking en de ziekenhuisfinanciering nog steeds binnen het voorziene tijds kader?

De heer Bertels benadrukt ten slotte het belang van fraudebestrijding – steeds met respect voor privacy – en een strenge aanpak van fraudeurs.

Mevrouw Nawal Farih (cd&v) stelt dat de voorliggende hervormingen binnen drie strategische prioriteiten van cd&v kaderen: de herijking van de nomenclatuur, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de aanpak van ereloon-supplementen. Het welslagen van deze hervormingen is uiteraard afhankelijk van een tijdige en coherente uitvoering, hopelijk is er dan ook spoedig meer duidelijkheid over de timing van de verschillende werktrajecten.

Tariefzekerheid is cruciaal voor patiënten, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Conventiemodellen moeten daarom voldoende aantrekkelijk worden gemaakt voor zorgverleners, zodat deze zich engageren om de afgesproken tarieven toe te passen. *Mevrouw Farih* ondersteunt derhalve het principe dat geconventioneerde zorgverleners bijkomende voordelen krijgen (bijvoorbeeld premies voor software, kwaliteitspremie enzovoort) en suggereert om de vrijgekomen middelen prioritair te herinvesteren in deze groep.

Daarnaast onderstreept ze het belang van transparantie voor de patiënt: patiënten moeten voorafgaand aan elke zorgprestatie duidelijk geïnformeerd worden over de kostprijs en eventuele supplementen, zoals trouwens bepaald in de wet op de patiëntenrechten. Kan de minister verduidelijken waarom de informatieplicht over het conventiestatuut en de supplementen momenteel beperkt is tot consultaties in het ziekenhuis en niet uitgebreid wordt tot alle zorgprestaties?

Het ontwerp van kaderwet voorziet de vertegenwoordiging van de deelstaten in het Verzekeringscomité van

Le ministre pourrait-il préciser, à cet égard, quel effet (positif) cela a eu chez les orthodontistes?

Cette loi-cadre s'attaque également aux excès en matière de suppléments d'honoraires, toujours dans le cadre du modèle de concertation et avec l'accord des acteurs concernés. Le secteur des assurances hospitalisation a-t-il été associé à cette réforme?

La numérisation (facturation électronique) visant à simplifier les démarches administratives au bénéfice des prestataires de soins et des organismes assureurs, telle qu'elle est accélérée chez les kinésithérapeutes, sera-t-elle également mise en œuvre dans d'autres secteurs?

Les discussions relatives à la révision de la nomenclature et au financement des hôpitaux se déroulent-elles toujours selon le calendrier prévu?

M. Bertels souligne enfin l'importance de la lutte contre la fraude – toujours dans le respect de la vie privée – et d'une approche ferme à l'égard des fraudeurs.

Mme Nawal Farih (cd&v) indique que les réformes à l'examen s'inscrivent dans trois priorités stratégiques du cd&v: la réévaluation de la nomenclature, la réforme du financement des hôpitaux et l'encadrement des suppléments d'honoraires. La réussite de ces réformes dépendra évidemment d'une mise en œuvre opportune et cohérente; il serait donc souhaitable d'obtenir rapidement davantage de clarté sur le calendrier des différents chantiers.

La sécurité tarifaire est cruciale pour les patients, en particulier pour les groupes vulnérables. Les modèles de conventionnement doivent donc être rendus suffisamment attractifs pour que les dispensateurs de soins s'engagent à appliquer les tarifs convenus. *Mme Farih* soutient, à ce titre, le principe consistant à accorder des avantages supplémentaires aux prestataires conventionnés (par exemple des primes pour logiciels, des primes de qualité...) et suggère de réinvestir en priorité dans ce même groupe les moyens ainsi dégagés.

Elle souligne en outre l'importance de la transparence pour le patient: celui-ci doit être clairement informé, avant toute prestation de soins, du coût et des éventuels suppléments, comme le prévoit d'ailleurs la loi relative aux droits du patient. Le ministre peut-il préciser pourquoi l'obligation d'information sur le statut de conventionnement et les suppléments est actuellement limitée aux consultations à l'hôpital, et n'est pas étendue à l'ensemble des prestations de soins?

Le projet de loi-cadre prévoit la représentation des entités fédérées au sein du Comité de l'assurance de

het RIZIV, wat een expliciete vraag was van cd&v. Hoe zal de minister ervoor zorgen dat dit niet beperkt blijft tot een adviserende rol, maar tevens leidt tot effectieve betrokkenheid van de deelstaten met het oog op een meer geïntegreerd gezondheidsbeleid?

Wat de ereloonsupplementen betreft werden er weliswaar reeds maatregelen genomen tegen excessen, maar een grondige hervorming lijkt er niet te komen voor 2028. Waarom niet sneller ingrijpen, bijvoorbeeld door een bevrozing van ereloonsupplementen, teneinde de betaalbaarheid van de zorg te garanderen en een tweesnelheidszorg te vermijden?

De verplichte digitalisering van gegevensuitwisseling tegen 2030 is een goede maatregel, betekent dit dan dat de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg ook volledig geïmplementeerd kan worden of gebeurt dat pas na 2030?

Mevrouw Farih wijst tot slot eveneens op het belang van een efficiënte fraudebestrijding voor het budget van volksgezondheid.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) stelt dat het weliswaar begrijpelijk is dat dit ontwerp van kaderwet de teugels aanhaalt maar de gekozen aanpak leidt tot een complex en moeilijk uitvoerbaar systeem, met een bijzonder krappe timing. De Anders- fractie vreest bovendien de uitholling van het overlegmodel. Zoals blijkt uit de proportionaliteitstoets van het RIZIV heerst er brede bezorgdheid bij stakeholders dat de invoering van versnelde besluitvormingsprocedures het paritair beheer en de inspraak van zorgverleners verzwakt. Zo verschuift de balans in de besluitvorming naar de overheid ten koste van de inbreng van het werkveld, wat de kwaliteit en de legitimiteit van beslissingen kan aantasten.

Daarnaast is de kaderwet in sterke mate gericht op het sanctioneren van niet-geconventioneerde zorgverleners, bijvoorbeeld door het exclusief toekennen van premies aan geconventioneerden en het behoud van financiële sancties voor patiënten die een niet-geconventioneerde zorgverlener raadplegen. Deze benadering houdt onvoldoende rekening met structurele problemen, zoals onaantrekkelijke tarieven in bepaalde specialismen, en leidt tot onrechtvaardige situaties voor zowel zorgverleners als patiënten.

De spreekster plaatst ook vraagtekens bij de effectiviteit en coherentie van de voorgestelde regulering van ereloonsupplementen. Supplementen zijn een belangrijke financieringsbron voor ziekenhuizen en voor innovatie,

l'INAMI, en réponse à une demande explicite du cd&v. Comment le ministre veillera-t-il à ce que cette participation ne se limite pas à un rôle consultatif, mais permette aussi une implication effective des entités fédérées en vue d'une politique de santé plus intégrée?

S'agissant des suppléments d'honoraires, des mesures ont certes déjà été prises pour en limiter les excès, mais une réforme de fond ne semble pas envisagée avant 2028. Pourquoi ne pas intervenir plus rapidement, par exemple en gelant ces suppléments, afin de garantir l'accessibilité financière des soins et d'éviter une médecine à deux vitesses?

La numérisation obligatoire des échanges de données d'ici 2030 est une bonne chose. Cela signifie-t-il que le régime du tiers payant dans les soins de première ligne pourra également être pleinement mis en œuvre d'ici là, ou seulement après 2030?

Enfin, Mme Farih insiste également sur l'importance d'une lutte efficace contre la fraude pour le budget de la santé publique.

Mme Irina De Knop (Anders.) estime qu'il est certes compréhensible que le projet de loi-cadre à l'examen entende serrer la vis, mais que l'approche choisie conduira à un système complexe et difficile à mettre en œuvre, assorti d'un calendrier particulièrement serré. Le groupe Anders. craint en outre une érosion du modèle de concertation. Comme il ressort du contrôle de proportionnalité réalisé par l'INAMI, de nombreuses parties prenantes craignent que l'instauration de procédures décisionnelles accélérées affaiblisse la gestion paritaire ainsi que la participation des dispensateurs de soins. Ainsi, l'équilibre dans la prise de décision risque de se déplacer vers les autorités au détriment de la contribution des acteurs de terrain, ce qui pourrait nuire à la qualité et à la légitimité des décisions.

Par ailleurs, le projet de loi-cadre à l'examen vise dans une large mesure à sanctionner les dispensateurs de soins non conventionnés, par exemple en réservant certaines primes aux prestataires conventionnés et en maintenant des sanctions financières à l'encontre des patients qui consultent un professionnel non conventionné. Cette approche ne tient pas suffisamment compte des problèmes structurels, notamment des tarifs peu attractifs pratiqués dans certaines spécialités, et elle conduira à des situations injustes tant pour les dispensateurs de soins que pour les patients.

L'intervenante s'interroge également sur l'efficacité et la cohérence de la réglementation proposée concernant les suppléments d'honoraires. Ces suppléments, dont une grande partie est d'ailleurs prise en charge par les

waarvan een groot deel trouwens wordt gedragen door aanvullende verzekeringen. Een beperking van supplementen dreigt de financiële stabiliteit van ziekenhuizen en de investeringscapaciteit in innovatie te ondergraven. Het beleid is overigens weinig consequent aangezien geconventioneerde artsen in bepaalde contexten wel supplementen (kunnen) blijven aanrekenen.

Er dreigt door de voorgestelde maatregelen ook een mogelijke verschuiving van zorg van de ambulante sector naar ziekenhuizen aangezien ze ambulante praktijken onder druk zetten, wat kan leiden tot hogere kosten en een minder efficiënte organisatie van de zorg.

De geplande hervormingen zijn onduidelijk zowel qua timing als qua inhoud, onder meer inzake nomenclatuur en ziekenhuisfinanciering. De minister beschikt bovendien over een zeer ruime beslissingsmacht in geval van mislukte onderhandelingen, wat het evenwicht in de besluitvorming verder dreigt te verstoren.

Het RIZIV moet inderdaad streng kunnen optreden tegen fraudeurs en moet daartoe over de gepaste instrumenten beschikken zoals de opschorting van RIZIV-nummers, maar dit ontwerp van kaderwet viseert heel wat situaties die vatbaar zijn voor interpretatie en betwistbaar zijn.

In het werkveld heerst heel wat onrust, zorgverleners voelen zich als loslopend wild. De combinatie van verhoogde regulering, sancties en werkdruk houdt het risico in dat zorgverleners afhaken, wat de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg op termijn in het gedrang kan brengen. Hierdoor staan heel wat afdelingen in ziekenhuizen leeg bij gebrek aan verpleegkundigen, ondanks een zorgpersoneelsfonds.

Dit ontwerp van kaderwet beoogt, samengevat, een al te sanctionerende hervorming, die zowel het vertrouwen van het werkveld als de structurele duurzaamheid van het zorgsysteem ondermijnt.

Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA) benadrukt dat dit wetsontwerp tot stand is gekomen na uitgebreid overleg en complexe afwegingen en dat de operationalisering ervan niet evident is. Het komt erop aan een evenwicht te vinden tussen efficiënt beheer van publieke middelen – in consensus met de sector – en evenwichtige fraudebestrijding en het behoud van vertrouwen binnen de gezondheidszorg. *Mevrouw Depoorter* steunt dan

assurances complémentaires, constituent une source de financement importante pour les hôpitaux et pour l'innovation. Toute limitation de ces suppléments risque de mettre à mal la stabilité financière des hôpitaux et la capacité d'investissement dans l'innovation. La politique envisagée manque d'ailleurs de cohérence, dès lors que les médecins conventionnés pourront continuer à facturer des suppléments dans certains cas.

Les mesures proposées risquent également d'entraîner un transfert des soins du secteur ambulatoire vers les hôpitaux, dans la mesure où les pratiques ambulatoires seront mises sous pression, ce qui pourrait se traduire par des coûts plus élevés et une organisation des soins moins efficace.

Les réformes prévues manquent de clarté tant au niveau du calendrier fixé qu'en termes de contenu, notamment en ce qui concerne la nomenclature et le financement des hôpitaux. Le ministre disposera en outre d'un pouvoir décisionnel très étendu en cas d'échec des négociations, ce qui risque d'altérer encore davantage l'équilibre au sein du processus décisionnel.

L'INAMI doit en effet pouvoir sanctionner sévèrement les fraudeurs tout en disposant, à cette fin, des leviers nécessaires tels que la suspension des numéros INAMI. Or, de nombreuses situations sujettes à interprétation et contestation sont visées dans le projet de loi-cadre à l'examen.

Il règne un profond malaise sur le terrain, les dispensateurs de soins ayant le sentiment d'être traités comme des proies sans défense. Le renforcement de la réglementation couplé au durcissement des sanctions et à une charge de travail accrue risque de pousser certains dispensateurs de soins vers la sortie, ce qui pourrait nuire à terme à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé. En conséquence, de nombreux services hospitaliers se retrouveront vides faute d'infirmiers, malgré l'existence d'un fonds blouses blanches.

En résumé, le projet de loi-cadre à l'examen vise une réforme exagérément axée sur les sanctions, laquelle risque à la fois de saper la confiance des acteurs de terrain et de compromettre la viabilité structurelle du système de soins.

Mme Kathleen Depoorter (N-VA) souligne que le projet de loi-cadre à l'examen, dont la mise en œuvre opérationnelle n'est pas évidente, est le fruit d'une longue concertation et d'arbitrages complexes. Il s'agit en effet de trouver un équilibre – en concertation avec le secteur – entre une gestion efficace des deniers publics, une lutte équilibrée contre la fraude et le maintien de la confiance des acteurs du secteur des soins de santé.

ook de door deze kaderwet beoogde harmonisering, vereenvoudiging van procedures en versterking van verantwoordelijkheden binnen het systeem.

Bij gebrek aan consensus, moet echter worden teruggegrepen naar politiek vastgelegde gezondheidsdoelstellingen om willekeurige of inefficiënte besteding van middelen te vermijden.

Fraude moet hard worden aangepakt, vooral ten aanzien van recidivisten en georganiseerde misbruikpraktijken, maar men dient zich te hoeden voor een onevenwichtige benadering die zorgverleners *a priori* zou culpabiliseren. De maatregelen moeten gericht zijn op ernstige en herhaalde inbreuken, niet op eenmalige fouten te goeder trouw.

De spreekster benadrukt tevens het belang van rechtsbescherming en procedurele waarborgen. Sancties dienen te worden ingebed in een juridisch kader met tussenkomst van het administratief college, waarin zowel magistraten als zorgverleners vertegenwoordigd zijn. Het recht op verdediging moet gegarandeerd blijven en er moet aandacht zijn voor de praktische toegankelijkheid en correcte bemanning van deze rechtsorganen. Het risico bestaat dat zorgverleners uit angst voor procedures onterecht overgaan tot terugbetaling, wat de interpretatie van schuld kan vertekenen. Kan de minister in dit verband verduidelijken wat de stand van zaken is van het zogenaamde dynamisch kadaster, wat bij koninklijk besluit ging worden uitgewerkt?

Maatregelen moeten oog hebben voor proportionaliteit, gelijke behandeling tussen verschillende types zorgactoren en graduele sancties. Bijzondere aandacht dient te gaan naar situaties waarin zorgverleners onder druk staan van grotere structuren, zoals ziekenhuizen of groepspraktijken, waarbij de verantwoordelijkheid correct moet worden toegewezen.

Een bijkomende bezorgdheid betreft transparantie en communicatie. Het publiek maken van geschorste RIZIV-nummers roept juridische vragen op, terwijl duidelijke en toegankelijke communicatie naar zorgverleners essentieel is om wantrouwen te vermijden. Mevrouw Depoorter pleit ervoor dat betrokken zorgverleners tijdig en rechtstreeks geïnformeerd worden wanneer zij het voorwerp uitmaken van een onderzoek. Kan dergelijke publicatie van schorsing van RIZIV-nummer trouwens juridisch aangevochten worden? Het is essentieel dat de zorgverstrekker zichzelf terdege kan verdedigen – daar

Mme Depoorter soutient dès lors le projet de loi-cadre à l'examen dans ses objectifs d'harmonisation, de simplification des procédures et de renforcement des responsabilités au sein du système des soins de santé.

En l'absence de consensus, il faudra toutefois se baser sur des objectifs de santé fixés au niveau politique afin d'éviter toute affectation arbitraire ou inefficace des moyens.

Il conviendra en outre de lutter fermement contre la fraude, en particulier lorsqu'elle implique des récidivistes et des pratiques abusives organisées, en se gardant toutefois d'adopter une approche déséquilibrée où les dispensateurs de soins seraient culpabilisés *a priori*. Les mesures devront cibler les infractions graves et répétées, et non les erreurs ponctuelles commises de bonne foi.

L'intervenante souligne également l'importance de la protection juridique et des garanties procédurales. Les sanctions devront s'inscrire dans un cadre juridique prévoyant l'intervention des juridictions administratives réunissant à la fois des magistrats et des dispensateurs de soins. Le droit de se défendre devra rester garanti. Il conviendra également de veiller à ce que ces juridictions administratives soient accessibles en pratique et à ce qu'elles disposent de suffisamment de personnel. Certains dispensateurs de soins risquent, par crainte de subir des procédures, de procéder à des remboursements injustifiés, ce qui pourrait fausser l'interprétation de la responsabilité. Le ministre pourrait-il, à cet égard, préciser où en est le projet de "cadastre dynamique", qui devait être élaboré par arrêté royal?

Les mesures devront tenir compte de la proportionnalité, de l'égalité de traitement entre les différents types d'acteurs des soins de santé et de la graduation des sanctions. Une attention particulière devra également être accordée aux situations dans lesquelles certains dispensateurs de soins pourraient subir la pression de plus grandes structures, comme les hôpitaux ou les cabinets de groupe, afin que la responsabilité soit correctement identifiée.

Une autre préoccupation concerne la transparence et la communication. La publication des numéros INAMI suspendus soulève des questions juridiques. Il est par ailleurs essentiel d'adresser une communication claire et accessible aux dispensateurs de soins pour éviter toute méfiance. Mme Depoorter préconise que ceux-ci soient informés en temps utile et directement lorsqu'ils font l'objet d'une enquête. La publication des numéros INAMI suspendus pourrait-elle d'ailleurs être contestée juridiquement? Il est essentiel que les dispensateurs de soins puissent se défendre comme il se doit – ce qui

rijst trouwens ook het probleem van de invulling van de bevoegde rechtscolleges.

Tevens is een efficiënte werking en evaluatie van controle-instanties zoals de DGEC noodzakelijk, evenals een betere samenwerking in de strijd tegen georganiseerde fraude, onder meer via koppelingen met bredere handhavingsmechanismen. De bescherming van bonafide zorgverleners dient een kernprioriteit te blijven en zorgverleners die te goeder trouw een vergissing begingen, moeten deze vlot kunnen rechtzetten. Overigens is de opschorting van het RIZIV-nummer ook geen waterdichte remedie, zoals een recente fraudezaak in Charleroi waarbij een RIZIV-nummer werd misbruikt door een criminele organisatie, aantoont. In dergelijke gevallen moet men de malafide vennootschap aanpakken, zodat individuele zorgverleners niet onterecht worden gesanctioneerd.

Tot slot zijn er een aantal structurele knelpunten in de toepassing van de nomenclatuur en de mogelijke perverse prikkels die daaruit voortvloeien. Bij de verdere uitwerking van de wetgeving en uitvoeringsbesluiten dient men bijzondere aandacht te besteden aan deze complexe praktijksituaties, evenals aan preventieve dialoog met zorgverleners om escalatie naar juridische procedures te vermijden.

Het komt er samengevat op aan een evenwicht te vinden tussen strengere fraudebestrijding en het vrijwaren van vertrouwen, rechtszekerheid en werkbaarheid binnen de gezondheidszorg.

B. Antwoorden van de minister

De minister geeft aan dat de regering met de voorgestelde maatregelen een duurzaam nieuw evenwicht wenst te vinden. De hervormingen die met de Kaderwet worden doorgevoerd zijn geen tussenstap naar een volgende fase. In het nieuwe systeem zijn supplementen niet verboden, maar worden ze wel beperkt, om excessen te vermijden. De relatie tussen de regering en de actoren die overleggen over de begroting van het RIZIV wordt verduidelijkt. Er wordt extra flexibiliteit in het conventiesysteem gecreëerd. Voorts worden de incentives om toe treden tot de conventie sterker gemaakt.

De regering beoogt zeker een evenwichtig systeem. Enerzijds worden de supplementen omkaderd en anderzijds creëert de regering flexibiliteit in het conventiesysteem, want er kan binnen een conventie worden onderhandeld over richttarieven. Op die manier kan men innovatie blijven stimuleren in een bepaalde sector. Zo kan men, als geconventioneerde zorgverstreker, in

soulève d'ailleurs également la question de la composition des juridictions compétentes.

Il est également nécessaire d'assurer le bon fonctionnement des instances de contrôle telles que le SECM et d'en garantir une évaluation efficace. Il convient en outre de renforcer la coopération dans la lutte contre la fraude organisée, notamment en établissant des liens avec des mécanismes de contrôle plus larges. La protection des dispensateurs de soins de bonne foi doit rester une priorité absolue et les prestataires ayant commis une erreur de bonne foi doivent pouvoir la rectifier aisément. Par ailleurs, la suspension du numéro INAMI n'est pas non plus la panacée, comme le montre une affaire de fraude commise récemment à Charleroi dans laquelle un numéro INAMI a été utilisé abusivement par une organisation criminelle. Dans ce type de fraude, il convient de s'attaquer à la société malhonnête afin d'éviter que des prestataires de soins individuels ne soient sanctionnés à tort.

Enfin, l'application de la nomenclature pose une série de problèmes structurels qui peuvent donner lieu à certains effets pervers. Lors de l'élaboration ultérieure de la législation et des arrêtés d'exécution, il conviendra d'accorder une attention particulière à ces cas pratiques complexes, ainsi qu'au dialogue préventif avec les dispensateurs de soins afin d'éviter que les litiges ne débouchent sur des procédures judiciaires.

En résumé, il s'agit de trouver un équilibre entre le durcissement de la lutte contre la fraude et la préservation de la confiance, de la sécurité juridique et de la viabilité des soins de santé.

B. Réponses du ministre

Le ministre indique que le gouvernement souhaite, au travers des mesures proposées, trouver un nouvel équilibre durable. Les réformes mises en œuvre par la loi-cadre ne constituent pas une étape intermédiaire vers une phase ultérieure. Dans le nouveau système, les suppléments ne seront pas interdits, mais ils seront limités afin d'éviter les excès. La relation entre le gouvernement et les acteurs en charge de la concertation relative au budget de l'INAMI est clarifiée. La flexibilité du système de conventionnement est renforcée, de même que les incitants à adhérer à la convention.

Le gouvernement vise assurément un système équilibré, en encadrant les suppléments, d'une part, et en introduisant de la flexibilité dans le système de conventionnement, d'autre part, dès lors que les tarifs indicatifs seront négociables au sein d'une convention, ce qui permettra de continuer à encourager l'innovation dans un secteur donné. Un dispensateur de soins conventionné

bepaalde omstandigheden, toch iets meer vragen dan het normale tarief. En het verschil tussen het richttarief en het normale tarief wordt meegenomen in de dekking door de maximumfactuur. Dat principe is ook ingeschreven in de Kaderwet.

De minister gaat in op het door mevrouw Désir aangehaalde voorbeeld. Er werd inderdaad een akkoord gesloten tussen de tandartsenorganisaties en de ziekenfondsen. Het ziekenfonds Solidaris heeft dat akkoord niet gesteund. De minister stelt echter vast dat een grote groep orthodontisten, die tot voor kort ongelimiteerd supplementen konden vragen, nu gedeeltelijk geconventioneerd zijn en eventueel zullen gebruikmaken van richttarieven. De minister vindt dit al een grote stap vooruit. Voorheen waren al deze orthodontisten immers niet-geconventioneerd. De minister betwist de stelling dat patiënten nu veel meer zullen betalen. Hij meent wel dat het jammer is dat binnen de Dentomut niet gezocht is naar de middelen om het verschil tussen de normale tarieven en de richttarieven te laten dekken door de maximumfactuur. De minister zal wel op zoek gaan naar een oplossing voor dit probleem.

Het is inderdaad zo dat patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, die niet kunnen worden onderworpen aan ereloonsupplementen, wel kunnen worden onderworpen aan richttarieven. Maar men kan binnen een sector afspreken dat richttarieven binnen die sector niet gelden voor personen met een verhoogde tegemoetkoming. Met andere woorden: er wordt aan actoren die akkoorden binnen een sector onderhandelen flexibiliteit gegeven, zodat ze kunnen inspelen op vernieuwing of op lacunes in de nomenclatuur. De minister meent dat dit al veel beter is dan het oude systeem van de ereloonsupplementen.

Volgens de minister zijn de hervormingen die voorliggen absoluut gericht op het belang van de patiënt. Zowel het bieden van tariefzekerheid als de beperking van de ereloonsupplementen zijn in het belang van de patiënt. Daarnaast moeten ziekenfondsen en zorgverleners ook de uitgaven bewaken. Het is de intentie van de minister om stevig te blijven investeren in gezondheidszorg. Maar in tijden van budgettaire krapte, waarin er wel besparingen worden gevraagd van bepaalde sectoren, moet dat op een verantwoorde manier gebeuren en mogen er geen ongerechtvaardigde overschrijdingen van de begroting zijn.

Dat bewaken van de uitgaven, dat doet men ook door duidelijke prioriteiten te stellen in het gezondheidsbeleid. De minister wenst dat dit voortaan op een transparante manier wordt gedaan. Daarom wordt het begrotingsproces nu verduidelijkt. De voorbije jaren gebeurde zeer veel overleg achter de schermen, op

pourra ainsi, dans certaines circonstances, demander un peu plus que le tarif normal. Et la différence entre le tarif indicatif et le tarif normal sera prise en compte dans la couverture par le maximum à facturer. Ce principe a également été inscrit dans la loi-cadre.

Le ministre revient sur l'exemple cité par Mme Désir. Un accord a effectivement été conclu entre les organisations de dentistes et les mutualités. La mutuelle Solidaris n'a pas soutenu cet accord. Le ministre constate toutefois qu'un grand nombre d'orthodontistes, qui pouvaient jusqu'il y a peu demander des suppléments illimités, sont aujourd'hui partiellement conventionnés et appliqueront éventuellement les tarifs indicatifs. Le ministre y voit un grand progrès. Auparavant, aucun de ces orthodontistes n'était conventionné. Le ministre conteste l'affirmation selon laquelle les patients devront désormais payer beaucoup plus cher, tout en estimant regrettable que, dans le cadre de l'accord Dentomut, on n'ait pas cherché les moyens permettant que le maximum à facturer couvre la différence entre les tarifs normaux et les tarifs indicatifs. Le ministre s'efforcera toutefois de trouver une solution à ce problème.

Il est effectivement exact que les patients bénéficiant d'une intervention majorée, qui échappent aux suppléments d'honoraires, pourront être soumis aux tarifs indicatifs. Il est cependant possible de convenir, au sein d'un secteur, que les tarifs indicatifs qui y sont pratiqués ne s'appliqueront pas aux bénéficiaires de l'intervention majorée. En d'autres termes: une certaine flexibilité est accordée aux acteurs qui négocient des accords au sein d'un secteur, afin qu'ils puissent anticiper les innovations ou les lacunes de la nomenclature. Le ministre estime que cette mesure constitue déjà une nette amélioration par rapport à l'ancien système des suppléments d'honoraires.

Le ministre estime que les réformes à l'examen sont résolument axées sur l'intérêt du patient. Tant la sécurité tarifaire que la limitation des suppléments d'honoraires vont en effet dans l'intérêt du patient. En outre, les mutualités et les dispensateurs de soins devront également contrôler leurs dépenses. L'intention du ministre est de continuer à investir considérablement dans les soins de santé. Mais en période de restrictions budgétaires, où des économies sont exigées de certains secteurs, l'opération doit se faire de manière responsable et tout dépassement injustifié du budget est à proscrire.

Ce contrôle des dépenses passe également par la définition de priorités claires en matière de politique de santé. Le ministre souhaite que ce processus se fasse désormais de manière transparente. C'est pourquoi la procédure budgétaire est aujourd'hui clarifiée. Ces dernières années, de nombreuses concertations ont eu

informele wijze, tussen de minister en de verschillende actoren die bij de gezondheidsbegroting betrokken zijn. Nu wordt de dialoog tussen de politieke overheden en de andere actoren veel duidelijker. Het proces zal er als volgt uitzien: de politieke overheid bepaalt de doelstellingen. Vervolgens kan het Verzekeringscomité zijn opmerkingen geven of alternatieven voorstellen. Ten slotte moeten de sociale partners, de actoren van de gezondheidszorg en de regering het met elkaar eens worden in de Algemene Raad.

De minister geeft meer uitleg over de samenhang van de verschillende hervormingen in de gezondheidszorg.

Eerst gaat de minister even in op een tegenstrijdigheid in de tussenkomst van mevrouw Eggermont. Aan de ene kant gebeurt de beperking van de ereloonsupplementen niet snel genoeg voor haar, maar aan de andere kant stelt zij dat er niet genoeg wordt overlegd, wat onaanvaardbaar zou zijn. Wat vindt zij dan het belangrijkste? Is het overleg het belangrijkste? Of is de snelheid van de hervorming belangrijker? De minister geeft aan dat rond de ereloonsupplementen een breed overleg zal worden georganiseerd. Dat zal tijd vragen.

Concreet, wat de samenhang van de verschillende hervormingen betreft, kan de minister het volgende meedelen. Men is al geruime tijd bezig met de voorbereiding van de hervorming van de nomenclatuur van de artsen. Ook de hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt nu al geruime tijd voorbereid. In de loop van het jaar 2026 zullen alle stukken van de puzzel kunnen worden samengelegd. Er zullen drie belangrijke momenten zijn.

Het eerste moment betreft de werkgroep onder leiding van de heer Jo De Cock, waarin ook de beroepsorganisaties vertegenwoordigd zijn, die zich onder meer heeft gebogen over correcte vergoedingen voor consultaties en toezichtfuncties van artsen. Er wordt onder meer nagedacht over vergoedingen voor activiteiten waarbij men vooral tijd moet nemen voor de patiënt en moet luisteren naar de patiënt. Deze werkgroep zal zijn verslag voorleggen binnen de Medicomut.

Vervolgens komt een tweede discussie aan bod, namelijk de discussie met betrekking tot het aandeel van het huidige budget van artsenhonoraria dat bestemd moet worden voor het vergoeden van kosten. Teams van de universiteiten, de FOD Volksgezondheid en de administratie van het RIZIV hebben hierover grondige analyses uitgevoerd en de minister hoopt dat een goed voorstel kan worden uitgewerkt. Het gaat om het deel van het budget dat niet kan worden bestemd voor de

lieu en coulisses, de manière informelle, entre le ministre et les différents acteurs associés au budget de la santé. Aujourd'hui, le dialogue entre l'autorité politique et les autres acteurs sera beaucoup plus clair. Le processus se déroulera comme suit: l'autorité politique fixera les objectifs. Ensuite, le Comité de l'assurance pourra formuler ses observations ou proposer des alternatives. Enfin, les partenaires sociaux, les acteurs des soins de santé et le gouvernement devront se mettre d'accord au sein du Conseil général.

Le ministre explicite la cohérence des différentes réformes menées dans le secteur des soins de santé.

Le ministre revient d'abord brièvement sur une contradiction dans l'intervention de Mme Eggermont. D'un côté, elle déplore la lenteur de la limitation des suppléments d'honoraires, mais de l'autre, elle dénonce une concertation insuffisante, ce qui serait inacceptable. Qu'est-ce qui est donc le plus important à ses yeux? La concertation? Ou la rapidité de la réforme? Le ministre indique qu'une large concertation sera organisée à propos des suppléments d'honoraires. Cette concertation prendra du temps.

Concrètement, en ce qui concerne la cohérence entre les différentes réformes, le ministre peut faire la communication suivante: la réforme de la nomenclature des médecins est en préparation depuis un certain temps déjà, tout comme la réforme du financement des hôpitaux. Dans le courant de l'année 2026, toutes les pièces du puzzle pourront être assemblées. Il y aura trois étapes décisives à cet égard.

La première concerne le groupe de travail dirigé par M. Jo De Cock, au sein duquel les organisations professionnelles sont également représentées et qui s'est notamment penché sur la question de rémunérer correctement les consultations et les fonctions de contrôle des médecins. Des réflexions sont notamment menées sur comment rémunérer les activités qui exigent avant tout de consacrer du temps au patient et de l'écouter. Ce groupe de travail présentera son rapport au sein de la Commission Médico-Mutualiste (Medicomut).

Viendra ensuite une deuxième discussion consacrée à la part du budget actuel des honoraires des médecins devant être affectée au remboursement des coûts. Des équipes composées d'universitaires, du SPF Santé publique et de l'administration de l'INAMI ont mené des analyses approfondies en la matière et le ministre espère qu'une proposition pertinente pourra être formulée. Il s'agit de la partie du budget qui ne peut être affectée à la prestation intellectuelle et au recours au médecin.

intellectuele prestatie en de inzet van de arts. De minister denkt bijvoorbeeld aan kosten voor uitrusting, verpleegkundigen, toestellen enzovoort.

Met dit werk zal men dan de vraag kunnen stellen over de rol van de afdrachten op ereloonsupplementen voor de financiering van ziekenhuizen. Er moet worden onderzocht welk deel van de kosten die nodig zijn om medische prestaties uit te voeren niet wordt gedekt door het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen. De regering engageert zich immers om te komen tot een financiering van de ziekenhuizen waarbij die kosten voor de ziekenhuizen rechtstreeks zullen worden gefinancierd, waardoor ze geen afdrachten zullen moeten vragen van de artsen.

Dat wordt een gevoelig, maar cruciaal debat. Er zal moeten worden bekeken welke de reële financiële behoeften van de ziekenhuizen zijn. Dat is tot nu toe niet duidelijk, want op dit moment heeft de minister hierover slechts gedeeltelijke antwoorden gekregen van de ziekenhuizen. Het is vandaag niet geheel duidelijk waarom sommige ziekenhuizen zoveel meer ereloonsupplementen nodig schijnen te hebben dan andere ziekenhuizen.

Vervolgens komt de derde etappe, waarbij voor alle medische prestaties een relatieve waardeschaal, uitgedrukt in punten, zal worden opgesteld. Zo zal men prestaties kunnen vergelijken, binnen medische disciplines, maar ook tussen disciplines, om zo tot een correcte vergoeding voor artsen te komen. Die vergoeding moet rekening houden met factoren als inzet, opleiding, verantwoordelijkheid, complexiteit, de tijd die de arts neemt voor zijn patiënt enzovoort. De minister streeft ernaar om in het midden van het jaar 2026 met een geïntegreerd voorstel te komen.

Dan zullen alle elementen op tafel liggen en dan kunnen de onderhandelingen tussen artsen en ziekenfondsen en met de ziekenhuiskoepels aanvatten. De bedoeling is om het budget op te splitsen tussen kosten, enerzijds, en zuivere vergoeding van artsen, anderzijds. De minister erkent dat dat een ingewikkeld debat zal worden, maar hij meent dat het een noodzakelijke oefening zal zijn.

Na zijn algemene inleiding, gaat de minister in op concrete vragen van de leden.

Verschillende leden hebben gevraagd wat dit alles betekent voor de burger die vandaag een premie betaalt voor een hospitalisatieverzekering of een gelijkaardige verzekering waarmee supplementen worden gedekt. De minister vermoedt dat die premies zouden moeten dalen. Assuralia, de beroepsvereniging van de Belgische verzekeringsondernemingen, lijkt daar ook van

Le ministre songe par exemple aux coûts liés à l'équipement, aux infirmiers, aux appareils, etc.

Ces travaux permettront ensuite de s'interroger sur le rôle des contributions provenant des suppléments d'honoraires pour le financement des hôpitaux. Il convient d'examiner quelle partie des coûts nécessaires à l'exécution de prestations médicales ne sera pas couverte par le budget des moyens financiers des hôpitaux. Le gouvernement s'engage en effet à mettre en place un financement des hôpitaux dans lequel les coûts des hôpitaux seront directement financés, ce qui évitera à ces derniers de devoir demander des contributions aux médecins.

Ce débat s'annonce délicat, mais crucial. Il s'agira de se pencher sur les besoins financiers réels des hôpitaux. La situation n'a pas encore été clarifiée à ce stade, car le ministre n'a reçu que des réponses partielles de la part des hôpitaux. En conséquence, on ne comprend pas encore très bien aujourd'hui pourquoi certains hôpitaux semblent avoir besoin de suppléments d'honoraires bien plus importants que d'autres.

Viendra ensuite la troisième étape, au cours de laquelle une échelle de valeurs relative, exprimée en points, sera élaborée pour toutes les prestations médicales. Celle-ci permettra de comparer les prestations au sein d'une même discipline médicale, mais aussi entre différentes disciplines afin de parvenir à une rémunération correcte des médecins. Cette rémunération devra tenir compte de facteurs, tels que l'engagement, la formation, la responsabilité, la complexité, le temps que le médecin consacre à son patient, etc. Le ministre s'est fixé pour objectif de présenter une proposition intégrée à la mi-2026.

Tous les éléments seront alors sur la table et les négociations pourront débuter entre les médecins et les mutualités, ainsi qu'avec les organisations faïtières des hôpitaux. L'objectif est de ventiler le budget entre les coûts, d'une part, et la rémunération des médecins, au sens strict, d'autre part. Le ministre reconnaît que ce débat sera complexe, mais il estime qu'il s'agit d'un exercice nécessaire.

Après son introduction générale, le ministre répond aux questions concrètes des membres de la commission.

Plusieurs députés se sont interrogés sur les conséquences de toutes ces mesures pour le citoyen qui verse aujourd'hui une prime dans le cadre d'une assurance hospitalisation ou d'une assurance analogue couvrant les suppléments d'honoraires. Le ministre estime que ces primes devraient pouvoir baisser. Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances belges,

uit te gaan. Zij menen dat mensen voor andere polissen zullen kiezen, die slechts een beperkte vergoeding voor supplementen zullen bevatten. Er zal dus een verschuiving komen in de types verzekeringen die burgers aangaan. Het beperken van de supplementen zal waarschijnlijk niet leiden tot meer winst voor de verzekeraars. De minister gaat ervan uit dat de hervorming dus ook nuttig zal zijn voor de burger. Maar dit zal wel goed moeten worden opgevolgd en grondig worden geëvalueerd.

De minister is het in grote lijnen eens met de opmerkingen van mevrouw Depoorter aangaande het schorsen van RIZIV-nummers. Er zouden eventueel nog bijkomende maatregelen tegen het misbruik van RIZIV-nummers en gefantaseerde facturaties kunnen worden genomen.

De heer Bacquelaine is ingegaan op de toegang tot het statuut van verhoogde tegemoetkoming. De minister is zeker bereid om bepaalde uitsluitingscriteria vast te leggen. Hij denkt bijvoorbeeld aan personen die een aanzienlijk aandeel hebben in een vennootschap, of personen die een tweede verblijf bezitten of die inkomsten uit vastgoed ontvangen. Hiertoe zal wel een politiek akkoord moeten worden gevonden.

Ook in de kinesithérapie wordt gewerkt aan een hervorming van de nomenclatuur. Er wordt bekeken of de 25 %-regel kan worden afgeschaft. Maar de regering stelt voor om budgettaire voorzichtigheid aan de dag te leggen. De afschaffing van de maatregel zou immers 100 miljoen euro kunnen kosten. Dat moet dus goed worden geëvalueerd. De minister geeft wel mee dat de relatie met de sector van de kinesithérapie goed is. Er wordt grondig overlegd over diverse hervormingen in de sector en dat verloopt goed.

Dat het wetsontwerp niet opnieuw wordt voorgelegd aan de Raad van State, is zeker niet ongewoon. Het is zelfs een standaardpraktijk. De opmerkingen over de voorgestelde aanpassingen zijn niet van dien aard dat het wetsontwerp absoluut opnieuw naar de Raad van State moet. Zoals eerder gesteld, is het deel over de Toezichtcommissie wel, op vraag van de Raad van State, uit de Kaderwet gehaald en in een apart wetsontwerp gegoten (DOC 56 1379/001). Initieel bevatte de Kaderwet bovendien een luik over het Inter mutualistisch Agentschap, waarover de Raad van State en de GBA zeer ingrijpende adviezen hebben gegeven. Dat stuk is wel terug voorgelegd aan de Raad van State en is niet opgenomen in het voorliggende wetsontwerp.

De minister meent dat het nodig was om de evenredigheidstoets uit te voeren, zoals de Raad van State ook

semble également se ranger à ce principe, estimant que les assurés opteront pour d'autres polices qui ne comprendront qu'un remboursement limité des suppléments. On assistera donc à un basculement vers d'autres types d'assurances souscrites par les citoyens. La limitation des suppléments n'entraînera probablement pas d'augmentation des bénéfices pour les assureurs. Le ministre part du principe que la réforme profitera donc également au citoyen. Cette évolution devra toutefois faire l'objet d'un suivi rigoureux et d'une évaluation approfondie.

Dans les grandes lignes, le ministre partage les observations de Mme Depoorter à propos de la suspension des numéros INAMI. Il n'exclut pas que des mesures complémentaires puissent être prises contre l'utilisation abusive des numéros INAMI et les facturations fantaisistes.

M. Bacquelaine a abordé la question de l'accès au statut de bénéficiaire de l'intervention majorée. Le ministre est tout à fait disposé à fixer certains critères d'exclusion. Il songe par exemple aux personnes détenant une participation substantielle dans une société, ou à celles qui possèdent une résidence secondaire ou perçoivent des revenus immobiliers. Un accord politique devra toutefois être trouvé à cet effet.

Dans le secteur de la kinésithérapie également, une réforme de la nomenclature est en cours dans le cadre de laquelle la suppression de la règle des 25 % est étudiée. Le gouvernement propose toutefois de faire preuve de prudence budgétaire. La suppression de cette règle pourrait en effet coûter 100 millions d'euros. La question doit donc être correctement évaluée. Le ministre précise toutefois que les relations avec le secteur de la kinésithérapie sont bonnes et que les diverses réformes du secteur font l'objet de concertations approfondies et constructives.

Le fait que le projet de loi ne soit pas renvoyé devant le Conseil d'État n'a rien d'inhabituel, c'est même une pratique courante. Les observations concernant les modifications proposées ne sont pas de nature à imposer que le projet de loi soit à nouveau soumis au Conseil d'État. Comme indiqué précédemment, la partie relative à la Commission de contrôle a toutefois été retirée de la loi-cadre, à la demande du Conseil d'État, et coulée dans un projet de loi distinct (DOC 56 1379/001). Initialement, la loi-cadre comportait en outre un volet consacré à l'Agence intermutualiste, sur lequel le Conseil d'État et l'APD ont émis des avis très critiques. Ce volet a, lui, été renvoyé au Conseil d'État et n'a pas été repris dans le projet de loi à l'examen.

Le ministre estime qu'il était nécessaire de procéder à l'examen de proportionnalité, comme l'avait également

had gevraagd. Het resultaat van de evenredigheidstoets is besproken, onder andere met de actoren van het Verzekeringscomité. De minister is van mening dat de evenredigheidstoets geen nieuwe elementen bevat die niet al uitvoerig waren besproken.

De heer Bacquelaine heeft enkele bezorgdheden aangehaald met betrekking tot artikel 30 van het eerste ontwerp van Kaderwet. De minister zal deze kwestie onderzoeken, samen met de actoren van het RIZIV.

Vervolgens verduidelijkt de minister wat een gerechtvaardigde of een niet-gerechtvaardigde overschrijding van de begroting is. In de wet wordt uitgelegd wat een gerechtvaardigde overschrijding is. Het is een overschrijding die ontstaat door externe factoren, of die voortvloeit uit wettelijke of reglementaire verplichtingen waar de sector geen controle over heeft en die een onvoorziene uitgavedynamiek genereren. Een concreet voorbeeld is een vaccinatiecampagne, waardoor er veel meer raadplegingen zijn. De beoordeling wordt altijd gedaan door de Algemene Raad, op basis van objectief cijfermateriaal en de input van de betrokken sectoren.

Wanneer het overleg rond een mogelijke conventie binnen een sector faalt, is er een snelle cascade van verantwoordelijke actoren die aan zet komen, waaronder de regering. Dat is nu allemaal duidelijk omschreven in de Kaderwet. Als er geen akkoord is, wordt de indexmassa inderdaad niet uitgekeerd. De indexmassa blijft echter onaangeroerd klaarstaan. Er wordt niet aan geraakt.

Er werden vragen gesteld rond de mogelijkheid tot het uitstellen van de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit met betrekking tot de ereloonsupplementen. De memorie van toelichting stelt daarover: "De datum van inwerkingtreding wordt gealigneerd met de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De Koning kan deze datum van inwerkingtreding uitstellen bij een in ministerraad overlegd besluit tot uiterlijk 1 januari 2029, indien zou blijken dat om praktische redenen de hervorming van de nomenclatuur en/of de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vertraging zouden oplopen." De minister denkt dat dit een goede zaak is.

De richttarieven moeten worden vermeld op de factuur, door middel van pseudocodes. Op die manier wordt transparantie geboden. Bovendien worden de richttarieven ook op de website van het RIZIV gepubliceerd.

De richttarieven zullen worden onderhandeld tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen. Zoals reeds meegedeeld, heeft de regering aan het Verzekeringscomité

demandé le Conseil d'État. Le résultat de cet examen a été débattu, notamment avec les acteurs du Comité de l'assurance. Le ministre estime que l'examen de proportionnalité ne contient aucun élément nouveau qui n'ait pas déjà été examiné en détail.

M. Bacquelaine a émis quelques inquiétudes concernant l'article 30 du premier projet de loi-cadre. Le ministre examinera cette question en collaboration avec les acteurs de l'INAMI.

Puis, le ministre précise ce qu'il conviendra d'entendre par dépassement justifié ou non justifié. La loi définira les dépassements justifiés comme des dépassements dus à des facteurs externes ou résultant d'une obligation légale ou réglementaire, échappant au contrôle du secteur et générant une dynamique de dépenses imprévue. Songeons à cet égard à une campagne de vaccination, qui entraîne une forte hausse des consultations. L'évaluation en la matière sera toujours effectuée par le Conseil général, sur la base de données chiffrées objectives et des informations fournies par les secteurs concernés.

L'échec de la concertation sur une possible convention au sein d'un secteur activera un mécanisme en cascade rapide d'acteurs responsables, parmi lesquels figurera le gouvernement. Tout ce processus est clairement décrit dans le projet de loi-cadre à l'examen. En l'absence d'accord, la masse d'index ne sera effectivement pas versée, mais elle restera disponible et intacte.

Plusieurs questions ont été posées concernant la possibilité de reporter la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal relatif aux suppléments d'honoraires. L'exposé des motifs indique ce qui suit à ce propos: "La date d'entrée en vigueur sera alignée sur la réforme de la nomenclature et sur la réforme du financement des hôpitaux. Le Roi peut reporter cette date d'entrée en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2029, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, s'il apparaît que la réforme de la nomenclature et/ou la réforme du financement des hôpitaux étaient retardées pour des raisons pratiques." Le ministre estime que cette possibilité est positive.

Les tarifs indicatifs devront être mentionnés sur la facture, sous la forme de pseudocodes, ce qui permettra de garantir la transparence. De plus, ces tarifs indicatifs seront aussi publiés sur le site web de l'INAMI.

Les tarifs indicatifs seront négociés entre les prestataires de soins et les mutualités. Comme indiqué précédemment, le gouvernement a chargé le Comité de

de opdracht gegeven om tegen oktober 2026 een transversaal reflectiedocument te ontwikkelen over de richttarieven.

Wanneer het RIZIV-nummer wordt geschorst omwille van een probleem van facturatie, houdt dit inderdaad geen verbod om het beroep uit te oefenen in. Een verbod om het beroep uit te oefenen krijgt men na een uitspraak van de Orde of van de Toezichtcommissie. De patiënt moet wel worden geïnformeerd als het RIZIV-nummer van de zorgvertrekker ingetrokken is.

De minister geeft een fictief voorbeeld. Een sportkinesitherapeut die in loondienst is bij een sportclub en waarvan het RIZIV-nummer is geschorst, kan natuurlijk aan het werk blijven bij die sportclub. Er is immers een discussie over zijn facturen, maar niet noodzakelijk over zijn kwaliteiten als kinesitherapeut.

Wanneer het RIZIV-nummer van een zorgverstreker is geschorst, wordt de patiënt wel degelijk beschermd. Er is een informatieplicht ten aanzien van de patiënt. De verzekeringsinstellingen kunnen daar ook hun rol in spelen. Er wordt ook uitdrukkelijk voorzien dat de verzekeringsinstellingen wel kunnen uitbetalen aan verzekerden als die te goeder trouw een prestatie lieten uitvoeren door een zorgverstreker waarvan het RIZIV-nummer geschorst was. De verzekeringsinstellingen kunnen het bedrag uitbetalen en later recupereren bij de zorgverstreker. Op die manier zal de verzekerde patiënt niet het slachtoffer worden van een maatregel opgelegd aan de zorgverstreker.

De schorsing van het RIZIV-nummer kan worden aangevochten. Tegen elke beslissing van de Kamer van eerste aanleg van het RIZIV kan beroep ingesteld worden bij de Kamer van beroep. Tegen de beslissing van de Kamer van beroep kan vervolgens cassatieberoep ingesteld worden bij de Raad van State. De zorgverlener kan zijn rechten van verdediging volledig uitoefenen zoals in elk ander dossier dat beoordeeld wordt in een administratieve procedure. De zorgverlener kan zich op elk moment verdedigen, zowel in de onderzoeksfase als tijdens een daaropvolgende administratieve procedure.

Enkele leden vroegen of er altijd onmiddellijk betaald moet worden. De minister legt uit dat een terugbetaling van ten onrechte aangerekende prestaties op zich een herstelmaatregel is. De zorgverlener had het geld nooit mogen ontvangen en moet het dus terugbetalen. Elke zorgverlener die een proces-verbaal van vaststelling ontvangt van een sociaal inspecteur van de DGEC wordt daarbij uitgenodigd om het ten laste gelegde bedrag vrijwillig terug te betalen. Het gaat op dat moment over

l'assurance d'élaborer, d'ici octobre 2026, un document de réflexion transversale sur les tarifs indicatifs.

Lorsqu'un numéro INAMI sera suspendu en raison d'un problème de facturation, cette suspension n'impliquera évidemment pas d'interdiction d'exercer. En effet, une interdiction d'exercer découle d'une décision de l'Ordre ou de la Commission de contrôle. Le patient devra cependant être informé du fait que le numéro INAMI du prestataire de soins concerné lui a été retiré.

Le ministre fournit un exemple fictif. Un kinésithérapeute du sport qui travaille en tant que salarié dans un club sportif et dont le numéro INAMI a été suspendu pourra évidemment continuer à travailler dans ce club, puisque le problème concerne ses factures, mais pas nécessairement ses compétences professionnelles.

Le patient sera bel et bien protégé en cas de suspension du numéro INAMI d'un dispensateur de soins. En effet, un devoir d'information à l'égard du patient est prévu. Les organismes assureurs pourront aussi jouer leur rôle en la matière. Le texte à l'examen prévoit par ailleurs explicitement que les organismes assureurs pourront rembourser les assurés qui ont, de bonne foi, fait réaliser une prestation par un dispensateur de soins dont le numéro INAMI était suspendu. Les organismes assureurs pourront leur rembourser le montant afférent à cette prestation et le récupérer ultérieurement auprès du dispensateur de soins concerné. De cette manière, le patient assuré ne pâtira pas d'une mesure imposée au dispensateur de soins.

La suspension du numéro INAMI pourra faire l'objet d'un recours. Toute décision de la Chambre de première instance de l'INAMI est susceptible de recours devant la Chambre de recours. La décision de la Chambre de recours pourra ensuite faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État. Le dispensateur de soins pourra exercer pleinement ses droits de défense, comme dans tout autre dossier examiné dans le cadre d'une procédure administrative. Il aura la possibilité de se défendre à tout moment, aussi bien au cours de la phase d'instruction que lors de la procédure administrative qui lui succédera.

Certains membres ont demandé si les remboursements devront toujours se faire immédiatement. Le ministre explique que tout remboursement de prestations indûment facturées constitue en soi une mesure de réparation. Le dispensateur de soins concerné n'aurait jamais dû recevoir cet argent et doit donc le rembourser. Tout dispensateur de soins qui reçoit un procès-verbal de constat établi par un inspecteur social du SECM est invité à cette occasion à rembourser de son plein gré

een vrijwillige terugbetaling. Een zorgverlener die te goeder trouw is en die zijn bereidheid toont om vrijwillig te willen terugbetalen, kan de terugbetaling desnoods aanvangen in schijven, waarbij er maandelijks een bepaald bedrag terugbetaald wordt.

Wat indien er een betwisting is en de arts verplicht wordt een bepaalde nomenclatuur aan te rekenen vanuit het ziekenhuis? De minister geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor de inbreuken die de sociaal inspecteur vaststelt, geval per geval moet worden beoordeeld. Het is onmogelijk om op deze vraag één standaardantwoord te geven aangezien er, net omwille van het feit dat de rechten van de zorgverlener gerespecteerd moeten worden, steeds rekening gehouden moet worden met alle concrete omstandigheden.

Met betrekking tot het begrotingsproces, verduidelijkt de minister dat wanneer de regering de opdrachtbrief opstuurt, in principe verschillende voorstellen (inzake behoeften, doelmatigheid, besparingen) vanuit de sectoren reeds beschikbaar zullen zijn voor de regering en de ministerraad. Vervolgens moet eenieder zijn rol spelen, zowel de verstrekkers als de ziekenfondsen.

Met de drie-vierde-regel wordt niets nieuws uitgevonden. Het is een klassieke procedure die al vele decennia bestaat en die nu ook zal worden gevolgd voor de onderhandelingen over de ereloonsupplementen.

Waarom wordt er een onderscheid gemaakt tussen zorgverstrekkers voor wat de ondersteuningspremies betreft, maar niet voor wat de kwaliteitspremies betreft? De minister meent dat dit niet nieuw is, dit bestaat al sinds de invoering van het sociaal statuut voor zorgverstrekkers. Voorts meent de minister dat men zorgverstrekkers moet aanmoedigen om zich te conventioneren. Voor de minister is het logisch dat voordelen die worden betaald vanuit de sociale zekerheid toegekend worden aan zorgverstrekkers die zich volledig inschrijven in de doelstellingen van de sociale zekerheid.

Aan mevrouw Désir legt de minister uit dat de gedeeltelijke conventionering een concept is dat tot stand is gekomen door de onderhandelingen tussen de verschillende actoren. De minister roept op om vertrouwen te hebben in het oordeel van die actoren.

Een lid heeft gesteld dat het onaanvaardbaar is dat de verplaatsing van de zorgverstrekker kan worden aangerekend aan de patiënt. De minister verklaart dat de mogelijkheid om in de akkoorden een bedrag te voorzien voor de verplaatsingskosten in geval van verzorging ten huize van de rechthebbende niet nieuw is. Overeenkomstig artikel 37, § 10, van de gecoördineerde

le montant indu. On parlera alors de remboursement volontaire. Un dispensateur de soins qui est de bonne foi et qui est disposé à rembourser ce montant de son plein gré pourra, au besoin, étaler ce remboursement, en reversant chaque mois un montant déterminé.

En réponse à la question de savoir ce qu'il se passera si une contestation a été formulée et que le médecin concerné est obligé par l'hôpital de facturer une nomenclature déterminée, le ministre indique que la responsabilité des infractions constatées par l'inspecteur social doit être évaluée au cas par cas. Il est donc impossible de donner une réponse type à cette question puisqu'il faudra toujours tenir compte de toutes les circonstances concrètes, précisément parce qu'il convient de respecter les droits des dispensateurs de soins.

S'agissant du processus budgétaire, le ministre précise que, lorsque le gouvernement enverra la lettre de mission, plusieurs propositions (concernant les besoins, l'efficacité, les économies) émanant des secteurs seront en principe déjà à la disposition du gouvernement et du Conseil des ministres. Chacun devra ensuite jouer son rôle, tant les dispensateurs de soins que les mutualités.

La règle des trois quarts n'est pas neuve. Il s'agit en effet d'une procédure classique qui existe depuis plusieurs décennies et qui sera désormais également suivie pour les négociations sur les suppléments d'honoraires.

En réponse à la question de savoir pourquoi une distinction sera opérée entre les dispensateurs de soins en matière de primes de soutien, mais pas en matière de primes de qualité, le ministre explique que cette distinction n'est pas neuve puisqu'elle existe depuis l'instauration du statut social des dispensateurs de soins. Par ailleurs, le ministre considère qu'il faut encourager les dispensateurs de soins à se conventionner. À ses yeux, il est logique que les avantages financés par la sécurité sociale soient accordés aux dispensateurs de soins qui souscrivent pleinement aux objectifs de la sécurité sociale.

Le ministre explique à Mme Désir que le conventionnement partiel est un concept né des négociations entre les différents acteurs. Il demande de faire confiance à leur jugement.

Un membre a souligné qu'il était inacceptable que les frais de déplacement des dispensateurs de soins puissent être facturés aux patients. Le ministre précise que la possibilité de prévoir, dans les accords, un montant pour les frais de déplacement en cas de soins prodigués au domicile du bénéficiaire n'est pas neuve. En application de l'article 37, § 10, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994,

wet van 14 juli 1994 worden de verplaatsingskosten in principe ten belope van 75 procent door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoed.

De minister verkiest om de conventionering niet meer te differentiëren per streek. Het is een principe dat al vele tientallen jaren in de wet staat, maar nooit uitvoerbaar is gebleken. Dan is het beter om het principe te schrappen.

De heer Bertels heeft een aantal elementen aangereikt die zeker goed moeten worden bestudeerd bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, zoals de kwestie van de poliklinieken.

De minister meent dat de richttarieven bij de tandartsen hun vruchten hebben afgeworpen, want vandaag is er een conventie in de sector van de tandheelkunde. Men stelt vandaag vast dat een groeiende groep orthodontisten gedeeltelijk aan conventietarieven gaat werken. Dat is een zeer belangrijke stap vooruit.

De digitalisering van de sector van de kinesitherapeuten kan inderdaad dienen als “goede praktijk” voor andere sectoren. In die sector wordt nu snel geschakeld om de digitale gegevensoverdracht met de ziekenfondsen te veralgemenen. Dat gaat zowel om de digitale derdebetaler, als om de digitale facturatie buiten de derdebetaler, maar ook om de digitale kennisgevingen en akkoordaanvragen. De volledige digitalisering is voorzien voor 1 januari 2027. Dit proces kan inderdaad als voorbeeld dienen voor andere sectoren.

Mevrouw Farih heeft gesuggereerd dat als de ondersteuningspremies worden gericht op geconventioneerde zorgverstrekkers, er misschien middelen zullen vrijkomen die kunnen worden ingezet om die premies te versterken. De minister vindt dat een interessante suggestie.

Voorts preciseert de minister dat de informatieplicht over de kostprijs van de zorg niet alleen geldt voor raadplegingen in het ziekenhuis. Het ontworpen artikel 52/1, § 2, van de wet van 14 juli 1994 voorziet dat de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria zijn die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn van de zorgverlener tot de akkoorden of de documenten op het ogenblik dat de zorg wordt verleend. Dit is een herneming van het huidige artikel 50, § 3bis. Het huidige artikel 73, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt dat zorgverleners in het algemeen verplicht zijn om de rechthebbenden duidelijk en

les frais de déplacement sont en principe remboursés à concurrence de 75 % par l'assurance soins de santé.

Le ministre préfère ne plus différencier le conventionnement par région. Cette différenciation est un principe qui est inscrit dans la loi depuis plusieurs décennies, mais qui ne s'est jamais révélé applicable. Il est donc préférable de la supprimer.

M. Bertels a soulevé certaines questions – par exemple en ce qui concerne les polycliniques – qui devront assurément être examinées attentivement dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux.

Le ministre considère que les tarifs indicatifs instaurés pour les dentistes ont porté leurs fruits, car il existe aujourd'hui une convention dans le secteur de la dentisterie. On constate actuellement qu'un nombre croissant d'orthodontistes sont partiellement conventionnés. Il s'agit d'une avancée majeure.

La numérisation du secteur des kinésithérapeutes peut effectivement servir de bonne pratique pour d'autres secteurs. Dans ce secteur, on œuvre aujourd'hui rapidement à la généralisation de l'échange électronique de données avec les mutualités. Cela concerne non seulement l'application électronique du régime du tiers payant et la facturation électronique en dehors du régime du tiers payant, mais aussi les notifications et les demandes d'accord électroniques. La numérisation complète est prévue pour le 1^{er} janvier 2027. Ce processus pourrait en effet servir d'exemple pour d'autres secteurs.

Mme Farih a suggéré que si les primes de soutien étaient réservées aux dispensateurs de soins conventionnés, des moyens pourraient peut-être être libérés et utilisés pour en majorer le montant. Le ministre estime qu'il s'agit d'une suggestion intéressante.

Il précise par ailleurs que l'obligation d'information à propos du coût des soins ne s'applique pas seulement aux consultations à l'hôpital. L'article 52/1, § 2, en projet, de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui pourront être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non du dispensateur de soins aux accords ou documents au moment où les soins sont dispensés. Cet article reproduit le contenu de l'actuel article 50, § 3bis, de la même loi. L'actuel article 73, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose quant à lui qu'en règle générale, les dispensateurs de soins sont tenus d'informer clairement et préalablement à la prestation les bénéficiaires sur

voorafgaand aan de verstrekking te informeren over hun toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden.

De minister voegt daaraan toe dat de informatieplicht ook zeer uitdrukkelijk is opgenomen in de recent gemoderniseerde wet op de patiëntenrechten.

Het ontwerp van Kaderwet voorziet inderdaad in de vertegenwoordiging van de deelstaten in het Verzekeringscomité van het RIZIV. De minister vindt het een zeer goede zaak dat de deelstaten een raadgevende stem hebben in zowel het Verzekeringscomité als in de Algemene Raad. Het betekent immers dat zij daar aanwezig kunnen zijn, kunnen luisteren en alle documenten ontvangen. Dat is een belangrijke stap vooruit.

De derdebetalersregeling is niet het voorwerp van de wetsontwerpen die ter bespreking voorliggen, maar de minister wenst wel mee te geven dat de volledige digitalisering zeer belangrijk zal zijn met het oog op de veralgemening van de derdebetalersregeling.

Als er binnen de bevoegde akkoordencommissie geen akkoord wordt gevonden over de supplementen, dan zal de regering zelf een voorstel doen met betrekking tot de plafonds op ereloonsupplementen. Maar als er wel een akkoord is, dan zullen alle actoren zich ook aan dat akkoord houden.

Volgens mevrouw De Knop zouden beroepsorganisaties worden gestraft indien te weinig leden geconventioneerd zouden zijn. De minister stelt echter dat de financiering van heel wat beroepsorganisaties nu reeds voor een deel afhangt van de conventiegraad. Dat is niet nieuw.

Het is in dit hele debat inderdaad belangrijk om het onderscheid te blijven maken tussen een fout en een misdrijf. De DGEC moet dit geval per geval evalueren en oordelen welk gevolg aan de fout of aan het misdrijf moet worden gegeven.

C. Replieken en bijkomende antwoorden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) gaat in op de benutting van de ereloonsupplementen. De minister krijgt weinig zicht op de manier waarop die in de ziekenhuizen worden ingezet. De vraag is waar de afdrachten precies uit bestaan. Er is een vermenging van honoraria en supplementen, een vermenging die verschilt tussen de ziekenhuizen.

De spreekster denkt dat vrijwel alle ziekenhuizen supplementen aanrekenen. Deze problematiek raakt aan de ziekenhuisfinanciering. Dat kluwen moet nog ontward worden.

leur adhésion ou sur leur refus d'adhésion aux accords relatifs au conventionnement.

Le ministre ajoute que cette obligation d'information est aussi formulée très explicitement dans la loi relative aux droits du patient, qui a été récemment modernisée.

Le projet de loi-cadre à l'examen prévoit effectivement la représentation des entités fédérées au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI. Le ministre considère qu'il est extrêmement judicieux que les entités fédérées disposent d'une voix consultative à la fois au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général. Cela signifie en effet qu'elles pourront y siéger, suivre les débats et recevoir tous les documents. Il s'agit d'une avancée majeure.

Le régime du tiers payant n'est pas visé par les projets de loi à l'examen, mais le ministre tient à souligner que la numérisation complète des processus y afférents sera cruciale en vue de la généralisation de ce régime.

Si aucun accord n'est trouvé au sein de la commission d'accords compétente à propos des suppléments d'honoraires, le gouvernement formulera lui-même une proposition concernant les plafonds des suppléments d'honoraires. Mais si un accord est conclu, tous les acteurs s'y conformeront également.

Selon Mme De Knop, les organisations professionnelles seront sanctionnées si trop peu de leurs membres sont conventionnés. Le ministre rétorque que le financement de nombreuses organisations professionnelles dépend déjà en partie du taux de conventionnement. Ce ne serait donc pas une nouveauté.

Dans le cadre de ce débat, il importe en effet de continuer à opérer la distinction entre une erreur et une infraction. Le SECM devra procéder à un examen au cas par cas et déterminer la suite à donner à cette erreur ou à cette infraction.

C. Répliques et réponses complémentaires

Mme Frieda Gijbels (N-VA) revient sur l'utilisation des suppléments d'honoraires. Le ministre dispose de peu de visibilité sur la manière dont ceux-ci sont utilisés dans les hôpitaux. La question est de savoir en quoi consistent exactement les rétrocessions. Il existe une confusion entre honoraires et suppléments, qui varie d'un hôpital à l'autre.

L'intervenante estime que presque tous les hôpitaux facturent des suppléments. Cette problématique est liée au financement des hôpitaux. Cet écheveau doit encore être démêlé.

Mevrouw Gijbels vernam dat in sommige ziekenhuizen de supplementen ingezet worden in een innovatiefonds dat innovaties financiert. In andere ziekenhuizen is dat echter minder duidelijk. Ligt het aan het management van ziekenhuizen dat er meer supplementen worden gevraagd? Men mag niet de fout maken de ziekenhuizen waar er een minder goed beleid is te bestraffen door zaken te gaan inperken waardoor ziekenhuizen die supplementen wel goed inzetten beknot worden in hun innovatiebereidheid en hun streven naar betere zorg.

De minister overlegt met de kinesitherapeuten. De spreekster is ervan overtuigd dat deze beroepsgroep een veel grotere rol kan spelen in het zorglandschap, zeker op het gebied van de beperking van arbeidsongeschiktheid. Het tijdig inzetten van kinesitherapeuten kan een groot verschil maken. De spreekster hoopt dat het overleg leidt tot een verbetering van de nomenclatuur.

De op stapel staande hervormingen moeten gepaard gaan met hervormingen van de nomenclatuur, van de ziekenhuisfinanciering en met de plafonnering van de supplementen. Het is nodig deze hervormingen samen door te voeren. Het is aan de zorgverstrekkers om aan te geven hoe ze werken, welk kader ze nodig hebben om goede zorg te verlenen, welk plafond van supplementen voor hen werkbaar is. Mevrouw Gijbels hoopt dat dit overleg constructief verloopt.

Het is in het algemeen belang dat artsen zich niet beperkt voelen in hun ondernemingszin en vrijheid van therapie. Artsen moeten in de mogelijkheid gesteld worden om te kunnen streven naar de beste zorg voor de patiënt. Dit wordt meer maatwerk. Artsen moeten genoeg bewegingsvrijheid krijgen om de beste zorg te leveren.

Mevrouw Katleen Bury (VB) vindt de overgemaakte documenten over de evenredigheidstoets een mager beestje, slechts 12 bladzijden informatie. Dit is wel weinig want er waren 6500 reacties.

De heer Daniel Bacquelaine (MR) erkent de voordelen van de digitalisering en innovatieve technologieën in de systemen en de werkprocessen van de zorgverstrekkers om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

De spreker waarschuwt er wel voor dat het computerscherm ook vaak een scheiding vormt tussen de patiënt en de zorgverlener. Vele patiënten geven aan dat ze een arts raadplegen zonder dat ze de arts daadwerkelijk te zien krijgen. De arts werkt aan zijn scherm, maar de arts schenkt geen bijzondere aandacht aan de patiënt. Dit ontmenselijkt de zorg. De spreker is van oordeel dat daar toch over nagedacht moet worden. Het is uiteraard

Mme Gijbels a appris que, dans certains hôpitaux, les suppléments sont affectés à un fonds d'innovation. Dans d'autres établissements, c'est toutefois moins clair. Le volume de suppléments demandés dépend-il de la gestion des hôpitaux? Il faut se garder de pénaliser les hôpitaux dont la gestion est moins satisfaisante en limitant certaines pratiques, car cela risquerait également de freiner la capacité d'innovation ainsi que la volonté d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux qui affectent correctement ces suppléments.

Le ministre s'entretient avec les kinésithérapeutes. Mme Gijbels est convaincue que ce groupe professionnel pourrait jouer un rôle bien plus important dans le paysage des soins, notamment pour la réduction de l'incapacité de travail. L'intervention précoce d'un kinésithérapeute peut faire une grande différence. Elle espère que ces échanges conduiront à une amélioration de la nomenclature.

Les réformes en chantier doivent s'accompagner de révisions de la nomenclature et du financement des hôpitaux, ainsi que d'un plafonnement des suppléments. Tous ces objectifs doivent être poursuivis conjointement. Il appartient aux prestataires de soins de communiquer leur mode de fonctionnement, le cadre dont ils ont besoin pour dispenser des soins de qualité, ainsi que le plafond des suppléments qui leur semble viable. La membre espère que ce dialogue sera constructif.

Il est dans l'intérêt général que les médecins ne se sentent pas limités dans leur esprit d'entreprise et leur liberté thérapeutique. Ils doivent pouvoir viser les meilleurs soins pour le patient. Cela implique une approche plus individualisée, avec une liberté de mouvement suffisante pour garantir une qualité de soins optimale.

Mme Katleen Bury (VB) estime que les documents transmis sur le contrôle de proportionnalité sont décevants: à peine 12 pages d'informations, c'est peu comparé aux 6500 réactions reçues.

M. Daniel Bacquelaine (MR) reconnaît les avantages de la numérisation et des technologies innovantes dans les systèmes et les processus de travail des prestataires de soins, dans une optique d'amélioration de la qualité des soins.

Le membre met toutefois en garde contre le fait que l'écran d'ordinateur constitue souvent une barrière entre le patient et le prestataire de soins. De nombreux patients indiquent consulter un médecin sans le voir réellement: celui-ci travaille derrière son écran sans accorder une attention particulière à la personne qui le consulte. L'intervenant estime qu'il convient de s'interroger sur cette évolution qui déshumanise les soins. Il est certes

essentieel de beschikbare instrumenten te gebruiken, maar aan de andere kant mag dit niet leiden tot een ontmenselijking van de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener.

De spreker verwijst, niet voor de eerste keer, naar de 15 % van de dotatie van de beroepsorganisaties. Er is een belangenverstrengeling, de beroepsverenigingen worden in een situatie geplaatst die principieel onaanvaardbaar is maar omdat het om organisaties in de gezondheidszorg gaat, wordt dit plots aannemelijk.

De heer Bacquelaine formuleert bedenkingen bij artikel 30. De spreker is van oordeel dat dit artikel veiliger gemaakt moet worden. De spreker dringt aan op essentiële juridische verduidelijking. Men kan iemand immers geen intentie toeschrijven met betrekking tot een wijziging van een overeenkomst waarvan hij of zij geen partij is. Er is dus een echt probleem.

De spreker overweegt hierover bij de verdere bespreking een amendement in te dienen.

Mevrouw Caroline Désir (PS) heeft niet op al haar vragen een antwoord gekregen, de spreekster behoudt zich het recht voor nog schriftelijke vragen over de voorliggende kaderwetten in te dienen.

De spreekster ziet twijfels en vrees bij een aantal partners en zelfs binnen de meerderheid over bepaalde aspecten van de voorliggende kaderwetten. De voorliggende ontwerpen roepen vele vragen op. De spreekster is van oordeel dat de patiënten met dit hervormingsproject niet beter beschermd zullen worden, het systeem zal voor hen niet transparanter worden en de tariefzekerheid wordt niet versterkt.

De minister behoudt de mogelijkheid tot gedeeltelijke conventionering. De minister is daar zelf een koele minnaar van maar hij behoudt deze werkwijze. Voor tandartsen wordt het aantal geconventioneerde uren verminderd. Dit zal voor de toegankelijkheid en tariefzekerheid voor de patiënt geen stap voorwaarts zijn.

Voor de beperking van ereloonsupplementen wordt ruimte voor overleg gelaten. Maar wat is het concrete doel? In de kaderwet is geen sprake meer van een kader of van een plafond.

Mevrouw Désir gaat in op de situatie van de geconventioneerde zorgverleners. De praktijk van de richttarieven wordt veralgemeend. De ziekteverzekering en de overheid slagen er niet correct of snel in bepaalde prestaties te vergoeden. Dit gebrek aan investering wordt dus indirect door de patiënt opgehoest. De minister heeft het over innovatie maar richttarieven kunnen door

essentieel d'utiliser les outils disponibles, mais cela ne doit pas conduire à une relation entre le patient et le prestataire de soins totalement désincarnée.

L'intervenant revient, une nouvelle fois, sur les 15 % de la dotation des organisations professionnelles. Il y voit un conflit d'intérêts: les associations professionnelles sont placées dans une situation qui est, en principe, inacceptable, mais qui devient tout à coup tolérée dès lors qu'il s'agit d'organisations du secteur de la santé.

M. Bacquelaine formule également des réserves à l'égard de l'article 30. Il estime qu'il doit être sécurisé davantage et appelle à une précision juridique indispensable. On ne peut en effet imputer une intention à une personne concernant la modification d'une convention à laquelle elle n'est pas partie. Il y a donc un véritable problème.

L'intervenant envisage de déposer un amendement à une phase ultérieure des discussions.

Mme Caroline Désir (PS) n'a pas obtenu de réponse à toutes ses questions; elle se réserve ainsi le droit de poser certaines questions par écrit concernant les lois-cadres à l'examen.

L'intervenante constate que certains partenaires, y compris au sein même de la majorité, émettent des doutes et des craintes quant à divers aspects des lois-cadres à l'examen. Celles-ci soulèvent effectivement de nombreuses questions. Selon elle, ce projet de réforme n'améliorera pas la protection des patients, ne rendra pas le système plus transparent à leurs yeux et ne renforcera pas non plus la sécurité tarifaire.

Le ministre maintient la possibilité d'un conventionnement partiel, même s'il n'en est pas lui-même un fervent partisan. Le nombre d'heures conventionnées pour les dentistes est en outre réduit. Cela ne constituera toutefois pas une avancée en matière d'accessibilité et de sécurité tarifaire pour les patients.

En ce qui concerne la limitation des suppléments d'honoraires, une place est laissée à la concertation. Mais avec quel objectif concret? La loi-cadre ne fait plus mention d'un cadre ni d'un plafond.

Mme Désir aborde la situation des prestataires de soins conventionnés. La pratique des tarifs indicatifs est généralisée. L'assurance maladie et les pouvoirs publics ne parviennent pas à rembourser correctement ou rapidement certaines prestations. Ce manque d'investissement est donc indirectement supporté par les patients. Le ministre évoque l'innovation, mais des tarifs

tandartsen aangerekend worden voor iets alledaags als vullingen. Wanneer de noodzakelijke middelen niet voorzien worden, dan is het uiteindelijk de patiënt die de rekening betaalt.

De minister stelt dat het om een evenwichtsoefening gaat. Er moet inderdaad een gigantische puzzel gelegd worden, vele fundamentele hervormingen moeten tegelijkertijd en parallel doorgevoerd worden. Deze elementen zijn nauw met elkaar verweven, maar het valt moeilijk voor te stellen dat dit alles zonder voldoende investeringen met succes kan worden uitgevoerd, met als doel de financiële levensvatbaarheid van ziekenhuizen en een correcte beloning van zorgverleners en tariefzekerheid voor patiënten te garanderen.

De spreekster dient een aantal amendementen (DOC 56 1334/002) in om de kaderwet op essentiële punten bij te sturen.

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) gaat in op de timing, het gevoerde overleg en de hervorming van de supplementen. De minister stelt dat leden enerzijds op overleg aandringen maar anderzijds stellen dat de zaken te traag vooruitgaan. De spreekster vindt dit een te eenvoudige benadering. Er is een schril contrast tussen de snelheid waarmee sommige zaken gebeuren terwijl er geen urgentie is en de traagheid waarmee andere maatregelen worden ingevoerd. Het plafond bij aanrekenen van ereloonsupplementen gaat daarentegen ten vroegste in op 1 januari 2028.

De minister stelt dat hij voor het overleg gaat, de spreekster heeft daar een andere indruk over. Tijdens het debat over de geneesmiddelenprijzen heeft de minister niet ingestemd met het horen van tbc-artsen. Klinisch psychologen werden niet afdoende gehoord bij het debat over de afschaffing van hun stage. Deze beroepsgroep is dan maar naar het Grondwettelijk Hof gestapt. De minister geeft wel uitstel wanneer de artsen staken.

De minister maakt daarentegen wel haast wanneer er bespaard moet worden. Het is gewoon een kwestie van politieke prioriteiten. Het is niet omdat er overleg gevoerd wordt, dat er geen veranderingen kunnen doorgevoerd worden. De Christelijke Mutualiteiten stellen voor de ereloonsupplementen tijdelijk te bevriezen tot aan de uitvoering van de geplande hervormingen. Maar de minister doet gewoon verder tot in 2028. Wat met al die mensen die duizenden euro's moeten betalen als ze worden opgenomen in het ziekenhuis? Enkel mensen met een hospitalisatieverzekering worden gespaard, de anderen moeten alles uit eigen zak betalen.

indicatifs peuvent être appliqués par les dentistes pour des actes aussi courants que des plombages. Lorsque les moyens nécessaires ne sont pas prévus, c'est le patient qui, en définitive, paie la facture.

Le ministre affirme qu'il s'agit d'un exercice d'équilibre. Il faut en effet assembler un "puzzle" géant, plusieurs réformes fondamentales devant être menées en parallèle. Ces éléments sont étroitement imbriqués. Il est toutefois difficile d'imaginer que tout cela puisse être effectivement mis en œuvre sans investissements suffisants, l'objectif étant de garantir à la fois la viabilité financière des hôpitaux, mais aussi une rémunération correcte des prestataires de soins et une sécurité tarifaire pour les patients.

L'intervenante présente plusieurs amendements (DOC 56 1334/002) visant à ajuster cette loi-cadre sur des points essentiels.

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) aborde la question du calendrier, de la concertation menée et de la réforme des suppléments. Le ministre indique que les membres réclament davantage de concertation, tout en estimant que les choses avancent trop lentement. L'intervenante juge cette approche trop simpliste. Il existe un contraste marqué entre la rapidité avec laquelle certaines mesures sont prises, alors qu'il n'existe pas d'urgence particulière, et la lenteur d'autres réformes. Ainsi, le plafonnement des suppléments d'honoraires n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} janvier 2028.

Le ministre affirme privilégier la concertation, mais l'intervenante n'en a pas l'impression. Lors du débat sur les prix des médicaments, il a refusé l'audition de spécialistes de la tuberculose. De plus, les psychologues cliniciens n'ont pas été suffisamment entendus au cours de la discussion sur la suppression de leur stage et ont dès lors saisi la Cour constitutionnelle. En revanche, le ministre accorde des reports lorsque les médecins font grève.

Le ministre intervient toutefois rapidement lorsqu'il s'agit de réaliser des économies. Il s'agit, selon l'intervenante, d'une simple question de priorités politiques. Le fait de mener des concertations n'empêche pas de prendre des mesures. La mutualité chrétienne propose de geler temporairement les suppléments d'honoraires jusqu'à la mise en œuvre des réformes prévues. Le ministre laisse néanmoins la situation en l'état jusqu'en 2028. Qu'en est-il des patients qui doivent payer des milliers d'euros lors d'une hospitalisation? Seules les personnes disposant d'une assurance hospitalisation sont épargnées; les autres doivent supporter l'intégralité des coûts.

De heer Jean-François Gatelier (*Les Engagés*) steunt de voorliggende ontwerpen omdat ze sinds vorig jaar aangepast zijn en op drie belangrijk punten aan de verwachtingen van de spreker tegemoetkomen.

Allereerst geldt er geen plafond voor de supplementen van 125 % en 25 %. Deze zullen in overleg met de sector worden vastgesteld en niet uniform worden opgelegd.

In de tweede plaats wordt de gedeeltelijke deconventiëring voor artsen en tandartsen gehandhaafd. Dit speelt in op de economische realiteit in het werkveld. Er zijn veel particuliere medische praktijken of tandartspraktijken die lokale zorg verlenen, vooral in plattelandsgebieden. Deze hebben deconventiëring nodig om de structurele kosten van hun praktijk te kunnen dragen.

De gedeeltelijke deconventiëring maakt het verder mogelijk de patiënt te beschermen om te voorkomen dat er sprake is van een massale deconventiëring.

Ten derde komen er geen overhaaste hervormingen van de supplementen. Het ontwerp houdt er rekening mee dat alles zal worden teruggebracht en parallel worden uitgevoerd met de hervorming van de nomenclatuur en de financiering van ziekenhuizen om de samenhang van het systeem te garanderen.

De minister schenkt de actoren vertrouwen, er wordt ingezet op onderhandeld overleg. De spreker is daar tevreden over, er moet tijd gegeven worden aan de actoren. De minister wil de tijd aan het bed van de patiënten valoriseren.

De spreker verwijst naar een artikel over de conventiëningsgraad in de geneeskunde. De conventiëningsgraad blijft hoog maar er valt een kleine daling waar te nemen bij de huisartsen.

Er zijn jammer genoeg huisartsen die moeten deconventiëren om fatsoenlijk vergoed te worden voor lange consultaties, precies omdat ze tijd nemen voor patiënten en dit vooral in de geestelijke gezondheidszorg. De spreker doelt op *burn-out*.

Vorig jaar werd een *burn-out*-plan opgenomen in de terug-naar-werk-maatregelen van de overheid. Het probleem van arbeidsongeschiktheid gerelateerd aan geestelijke gezondheid bedraagt 37 %.

De spreker betreurt dat een gespecialiseerde arts zich genoodzaakt ziet om te deconventiëren wanneer

M. Jean-François Gatelier (*Les Engagés*) soutient les projets à l'examen, parce qu'ils ont évolué depuis l'année dernière et qu'ils répondent aux attentes de l'intervenant sur trois points importants.

Premièrement, il n'y aura pas de plafond de 125 % et 25 % pour les suppléments. Ces plafonds seront fixés en concertation avec le secteur et ne seront pas imposés de manière uniforme.

Deuxièmement, l'intervenant évoque le maintien du déconventionnement partiel pour les médecins et les dentistes, qui répond à la réalité économique du terrain. Il existe beaucoup de cabinets médicaux ou de dentisterie privés qui assurent des soins de proximité, principalement dans les régions rurales. Ces cabinets ont besoin du déconventionnement pour pouvoir supporter les coûts structurels de leur cabinet.

Le déconventionnement partiel permet également de protéger le patient en évitant un déconventionnement de masse.

Troisièmement, il ne sera pas question d'une réforme précipitée des suppléments. Le projet de loi tient compte du fait que tout sera mis en œuvre parallèlement à la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux, afin de garantir la cohérence du système.

Le ministre fait confiance aux acteurs et mise sur une concertation négociée. L'intervenant s'en réjouit et, comme le ministre qui veut valoriser le temps passé au chevet du patient, il estime qu'il faut laisser du temps aux acteurs concernés.

Le membre fait référence à un article sur le taux de conventionnement en médecine. Si ce taux reste élevé, une légère diminution peut toutefois être observée chez les médecins généralistes.

Des médecins généralistes doivent malheureusement se déconventionner pour être rémunérés correctement dans le cas de longues consultations, précisément parce qu'ils prennent du temps pour les patients, en particulier en matière de santé mentale. L'intervenant songe au *burn-out*.

L'année dernière, un plan *burn-out* a été intégré dans les mesures du gouvernement concernant le retour au travail. Les problèmes de santé mentale représentent 37 % des incapacités de travail.

Le député déplore qu'un médecin spécialiste soit contraint de se déconventionner s'il veut fournir des

hij ambulante zorg wil verstrekken. Een hervorming van de nomenclatuur is dus noodzakelijk.

De heer Jan Bertels (Vooruit) is van oordeel dat de minister met de voorliggende ontwerpen het pad inslaat naar een duurzaam en gemoderniseerd gezondheidszorgsysteem. De spreker dankt de minister voor de stand van zaken van de werkgroepen en studiegroepen over de herijking van de nomenclatuur, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en hervorming van de ereloonsupplementen.

Het is belangrijk dat de ziekenhuiskoepels mee zullen werken. De minister streeft naar gestructureerd overleg. De overlegorganen moeten geresponsabiliseerd worden maar ze moeten ook in hun waarde erkend worden.

Het is belangrijk dat in de discussie over de ziekenhuisfinanciering ruimte wordt gelaten binnen het BFM of een andere financieringsbron voor de noodzakelijke innovatie. Deze discussie loopt binnen de ziekenhuiskoepels.

Er moet voor gewaakt worden dat er voldoende overheidsmiddelen beschikbaar zijn voor innovatie.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) brengt in herinnering dat na de artsenstaking de percentages voor de maximumsupplementen uit het wetsontwerp gehaald werden. Er wordt niet meer gesproken over een maximumsupplement van 25 % voor ambulante verstrekkingen en 120 % voor de verstrekkingen in het ziekenhuis. Aan de bevoegde akkoordcommissie wordt de kans gegeven een voorstel te formuleren.

De beslissing moet in een eerste ronde beslist worden met een drievierde meerderheid bij beide banken, verzekeringsinstellingen en artsen. In een tweede vergadering volstaat een gewone meerderheid. Verzekeringsinstellingen beslissen mee over de honorariumsupplementen van artsen. Ze kunnen de voorstellen van artsen ook gewoon blokkeren.

Hoopt de minister op dit scenario? Want dan kan de minister zelf het plafond bepalen. In het voorontwerp werd nog bepaald dat de akkoordcommissies een akkoord moesten hebben tegen 31 juli 2027. Waarom staat dat nu niet meer in de tekst?

Vanaf 1 januari 2028 worden de supplementen geplafonneerd. Er is geen enkele garantie dat op dat ogenblik er al een duidelijk zicht is op de resultaten van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, noch

soins ambulatoires. Il est donc nécessaire de réformer la nomenclature.

M. Jan Bertels (Vooruit) considère qu'avec les projets de loi à l'examen, le ministre ouvre la voie à un système de soins de santé durable et moderne. Il remercie le ministre d'avoir présenté l'état d'avancement des groupes de travail et d'étude concernant la révision de la nomenclature, la réforme du financement des hôpitaux et la réforme des suppléments d'honoraires.

Il est important d'y associer les organisations faitières des hôpitaux. Le ministre souhaite mettre en place une concertation structurée. Les organes de concertation doivent être responsabilisés mais aussi reconnus à leur juste valeur.

Dans le débat sur le financement des hôpitaux, il importe de laisser une marge d'innovation nécessaire au sein du BMF ou d'une autre source de financement. Cette discussion est en cours dans les organisations faitières des hôpitaux.

Il faut veiller à dégager suffisamment de moyens publics pour l'innovation.

Mme Irina De Knop (Anders.) rappelle que les pourcentages concernant les suppléments maximaux ont été retirés du projet de loi à la suite de la grève des médecins. On ne parle plus d'un supplément maximal de 25 % pour les prestations ambulatoires et de 120 % pour les prestations à l'hôpital. La commission d'accords compétente a la possibilité de formuler une proposition.

Lors d'une première séance, la proposition est émise à la majorité des trois quarts, tant au niveau des organismes assureurs que des médecins. Lors d'une deuxième séance, la majorité ordinaire est suffisante. Les organismes assureurs participent à la prise de décision concernant les suppléments d'honoraires des médecins. Ils peuvent aussi tout simplement bloquer les propositions des médecins.

Est-ce le scénario qu'espère le ministre? En effet, dans ce cas de figure, c'est lui qui pourra fixer lui-même le plafond. L'avant-projet prévoyait encore que les commissions d'accords devaient conclure un accord pour le 31 juillet 2027. Pourquoi cette disposition ne figure-t-elle plus dans le texte?

Les suppléments seront plafonnés à partir du 1^{er} janvier 2028. Rien ne garantit que l'on aura déjà alors une idée claire des résultats de la réforme du financement des hôpitaux, ni de la réforme de la nomenclature. Selon

van de hervorming van de nomenclatuur. Het is voor de heren Bacquelaine en Gatelier essentieel dat deze hervorming er komt.

Maar toch wordt de datum van 1 januari 2028 in het ontwerp opgenomen.

De spreekster is het ermee eens dat er gesproken wordt over de beperking van supplementen om excessen te vermijden. Maar dit kan toch maar van zodra er duidelijk zicht is op de concrete gevolgen van de herijking van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering.

Wanneer gaan de artsen daarover duidelijkheid krijgen? Wat is volgens de minister een excès? De Raad van State merkt op dat er geen criteria zijn opgenomen in het ontwerp op basis waarvan de Koning de supplementen kan bepalen. Dit is gevaarlijk. Bij een delegatie van de wetgever aan de uitvoerende macht moeten criteria bepaald worden aan de hand waarvan die delegatie kan worden uitgevoerd. Het ontwerp stelt enkel dat er rekening gehouden moet worden met de beschikbare gegevens en de concrete cijfers.

De spreekster vindt het geen goed idee deze data op te nemen in het wetsontwerp. Ze zal daarover een amendement indienen.

In afdeling 9 over het verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners bepaalt de minister termijnen. Wellicht worden deze termijnen opgenomen om tegen dan het gebruik van de derdebetalersregeling te verplichten bij alle zorgverleners. Is dit zo?

De minister wijst erop dat de werkwijze om tot een akkoord te komen in de Medicomut met de drievierde meerderheidsregel op elke bank en de daaropvolgende gewone meerderheid al bestaat sinds ongeveer 1967. Het is niet nodig dat men zich daar dus over opwindt. Dat is dus niets nieuw.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) koppelt de meerderheidsregel aan hoe supplementen worden bepaald. Het is belangrijk te weten wie daarover zal beslissen. De verzekeringsinstellingen zijn dus tegelijkertijd rechter en partij. Verzekeringsinstellingen zijn natuurlijk niet akkoord om supplementen extra te voorzien, want ze moeten zelf deze supplementen via hun aanvullende verzekering financieren.

De minister gaat niet technisch in op de amendementen die door de dames Dedonder en Désir (DOC 56 1334/002) werden ingediend. De amendementen zijn politiek geïnspireerd en geven een andere kijk weer dan die van

MM. Bacquelaine et Gatelier, il est essentiel que cette réforme ait lieu.

La date du 1^{er} janvier 2028 est néanmoins mentionnée dans le projet.

L'intervenante convient que l'on puisse discuter d'une limitation des suppléments afin d'éviter les excès. Mais cette discussion ne pourra avoir lieu que lorsque l'on aura une idée précise des conséquences concrètes de la révision de la nomenclature et de la réforme du financement des hôpitaux.

Quand les médecins recevront-ils une information claire à ce sujet? Qu'est-ce que le ministre entend par "excès"? Le Conseil d'État fait observer que le projet de loi ne mentionne pas de critères sur la base desquels le Roi peut fixer les suppléments. C'est un procédé dangereux. Lorsque le législateur délègue des pouvoirs à l'exécutif, il doit définir les critères encadrant l'exercice de cette délégation. Le projet précise seulement qu'il sera tenu compte des données disponibles et des chiffres concrets.

L'intervenante estime qu'il n'est pas opportun de mentionner cette date dans le projet de loi. Elle présentera un amendement à cet égard.

Dans la section 9 concernant l'obligation d'utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins, le ministre fixe des échéances. Ces délais sont peut-être prévus pour imposer, d'ici-là, l'utilisation du régime du tiers payant à tous les prestataires de soins. Est-ce le cas?

Le ministre précise que la procédure applicable au sein de la Medicomut, qui prévoit qu'un accord est obtenu d'abord à la double majorité des trois quarts et ensuite à la majorité ordinaire, existe depuis environ 1967. Ce n'est pas nouveau et il n'y a donc pas lieu de s'en formaliser.

Mme Irina De Knop (Anders.) fait le lien entre la règle de la majorité et la manière dont les suppléments seront fixés. Il est important de savoir qui va arrêter la décision. Les organismes assureurs sont donc juges et parties. Ils sont évidemment défavorables à l'introduction de suppléments plus élevés, car ils devront les financer eux-mêmes par le biais de leur assurance complémentaire.

Le ministre ne compte pas aborder les amendements de Mmes Dedonder et Désir (DOC 56 1334/002) sur le plan technique. Ces amendements sont d'inspiration politique et ils expriment un point de vue différent de

de minister. Het afschaffen van de opdrachtenbrief, de afschaffing van de gedeeltelijke conventionering, de afschaffing van de richttarieven, de tegenstand tegen de uitbreiding van de bijzondere eisen zijn keuzes die de minister niet deelt. De minister wijst erop dat de transportkosten in de honoraria en de terugbetaling meegenomen worden.

Verder zijn de voorstellen van de PS-fractie voor de aansluitingsvoorwaarden van artsen dermate gedetailleerd dat het hele overlegmodel eigenlijk moet herzien worden.

IV. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 2

Mevrouw Katleen Bury (VB) meent dat de niet gerechtvaardigde overschrijding niet helder wordt omschreven.

Artikel 2 wordt aangenomen met 12 stemmen en één onthouding.

Art. 3

Mevrouw Katleen Bury (VB) merkt op dat de Commissie voor begrotingscontrole niet corrigerend werkt, de commissie fungeert eerder als een doorgeefluik naar de ministerraad. Dit is problematisch op het gebied van onafhankelijk toezicht en het bijsturen vanuit de sector.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) stelt dat het Verzekeringscomité zelf de analyses kan verrichten. Waarom heeft de minister voor een andere benadering gekozen? De spreekster wijst erop dat de timing zeer krap is, aangezien het Verzekeringscomité advies moet uitbrengen, uiterlijk op de tweede maandag van oktober. De gekozen werkwijze verzwaart de procedure voor het opstellen van de begroting.

celui du ministre. La suppression de la lettre de mission, du conventionnement partiel et des tarifs indicatifs, ainsi que le refus d'étendre les exigences particulières sont autant de choix auxquels le ministre ne souscrit pas. Le ministre précise que les frais de déplacement sont pris en compte dans les honoraires et dans le remboursement.

Par ailleurs, les propositions du groupe PS concernant les conditions d'adhésion des médecins sont tellement détaillées qu'elles impliqueraient en réalité de revoir tout le modèle de concertation.

IV. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Article 1^{er}

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Art. 2

Mme Katleen Bury (VB) estime que le dépassement non justifié n'est pas clairement défini.

L'article 2 est adopté par 12 voix et une abstention.

Art. 3

Mme Katleen Bury (VB) fait observer que la Commission de contrôle budgétaire ne joue pas de rôle correcteur, mais qu'elle fait plutôt office de relais auprès du Conseil des ministres, ce qui soulève des difficultés en termes de contrôle indépendant et d'ajustement à partir du secteur.

Mme Irina De Knop (Anders.) signale que le Comité de l'assurance peut effectuer lui-même les analyses. Pourquoi le ministre a-t-il opté pour une autre approche? L'intervenante souligne que le calendrier est très serré, étant donné que le Comité de l'assurance doit rendre un avis au plus tard le deuxième lundi d'octobre. La méthode de travail choisie alourdit la procédure d'élaboration du budget.

De minister verduidelijkt dat de huidige begrotingsprocedure (tweede lid van artikel 18 van de gecoördineerde GVVU-wet) heden reeds bepaalt dat de Commissie voor begrotingscontrole (CBC) advies geeft op het voorstel van het Verzekeringscomité. Het enige wat verandert is dat de timing voor het advies van de CBC met één week vervroegt, uiterlijk de tweede maandag van oktober in plaats van uiterlijk de derde maandag van oktober. De CBC moet het voorstel bijkomend analyseren in het licht van de opdrachtbrief. De CBC is een apart orgaan binnen het RIZIV met specifieke expertise inzake begrotingscontrole. De CBC wordt maximaal gevaloriseerd. De CBC moet zijn rol volledig en proactief opnemen. De timing wordt een beetje aangepast omdat het anders niet lukt de opdrachtbrief van de regering in de procedure te krijgen.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 1 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het gebruik van de opdrachtenbrief weg te laten.

Mevrouw Caroline Désir (PS) verduidelijkt dat het weglaten van de opdrachtbrief tot doel heeft de goede werking van het sociaal overleg in de gezondheidszorg te waarborgen. Het sociaal overleg is immers een pijler van de sociale democratie in België. Het gezamenlijk beheer van de gezondheidszorg door zorgverleners en verzekeringsinstellingen biedt de beste garantie voor doeltreffende maatregelen, gebaseerd op expertise op het terrein en inzicht in een complex gezondheidszorgstelsel.

De opdrachtbrief legt een eenzijdig en beperkend kader op nog voordat er overleg heeft plaatsgevonden, waardoor het initiatief van de actoren wordt ondermijnd en het moeilijker, zo niet onmogelijk wordt een consensus te bereiken. Die tussenkomst van de uitvoerende macht, nog voordat er overleg is geweest tussen de zorgverleners en de ziekenfondsen, ontnemt de actoren in het veld elke zeggenschap bij het vaststellen van de beleidslijnen, ondermijnt hun initiatiefrecht en maakt een politieke consensus tussen de actoren in het sociaal overleg moeilijker, zo niet onmogelijk.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen.

Vervolgens wordt het ongewijzigde artikel 3 aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 4

Mevrouw Katleen Bury (VB) merkt op dat het overleg van het Verzekeringscomité vervalt. Het is de minister-raad die de zaken overneemt.

Le ministre précise que la procédure budgétaire actuelle (alinéa 2 de l'article 18 de la loi SSI coordonnée) dispose déjà que la Commission de contrôle budgétaire (CCB) rend un avis sur la proposition du Comité de l'assurance. Le seul élément qui change, c'est l'échéance à laquelle la CCB doit rendre son avis. Celle-ci est avancée d'une semaine, à savoir le deuxième lundi d'octobre au plus tard, au lieu du troisième lundi d'octobre au plus tard. La CCB doit également analyser la proposition à la lumière de la lettre de mission. Cette Commission est un organe distinct au sein de l'INAMI, doté d'une expertise spécifique en matière de contrôle budgétaire. Sa fonction est valorisée au mieux. La CCB doit assumer pleinement son rôle et agir de manière proactive. Le calendrier sera légèrement ajusté. Sans cette adaptation, il ne serait pas possible d'intégrer la lettre de mission du gouvernement dans la procédure.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 1 (DOC 56 1334/002), tendant à supprimer l'utilisation de la lettre de mission.

Mme Caroline Désir (PS) précise que la suppression de la lettre de mission vise à garantir le bon fonctionnement de la concertation sociale en santé, pilier de la démocratie sociale en Belgique. La cogestion des soins de santé par les prestataires de soins et les organismes assureurs constitue la meilleure garantie de mesures efficaces, reposant sur l'expertise du terrain et la compréhension d'un système de santé complexe.

La lettre de mission impose un cadre unilatéral et restrictif avant toute concertation, affaiblissant l'initiative des acteurs et rendant plus difficile, voire impossible, l'obtention d'un consensus. Cette intervention du pouvoir exécutif avant tout processus de concertation entre les prestataires et les mutualités, rend impuissants les acteurs de terrain dans la définition des orientations politiques, sape leur pouvoir d'initiative et rend plus difficile, voire impossible, la réalisation de consensus politiques entre les acteurs de la concertation sociale.

L'amendement n° 1 est rejeté par 9 voix contre 4.

L'article 3, inchangé, est ensuite adopté par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 4

Mme Katleen Bury (VB) fait observer que la concertation au sein du Comité de l'assurance sera supprimée. C'est le Conseil des ministres qui prendra le relais.

Artikel 4 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

Art. 5

Mevrouw Katleen Bury (VB) wijst erop dat de input vanuit de sector kan worden genegeerd. De belangrijke zaken worden door de politiek bepaald.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) vraagt waarom de apothekers als aparte beroepsgroep in dit artikel zijn opgenomen.

De minister antwoordt dat de huidige GVU-wet reeds een specifiek artikel 35octies bevat met betrekking tot de honoraria van apothekers. In paragraaf 3 van artikel 35 staat ook een lid dat de verbinding maakt tussen de honoraria van de apothekers en hoe die in de begroting komen. De technische ramingen en de begrotingsprocedure stonden daar al in. Volgend op het advies van de Raad van State werd een wijzigingsbepaling voorzien in het voorliggend wetsontwerp die louter bedoeld is om de formulering van dat lid af te stemmen op de generieke bepalingen inzake het begrotingsproces zoals geïndiceerd in de GVU-wet.

Artikel 5 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

Art. 6

Mevrouw Katleen Bury (VB) mekt op dat de deadlines vervroegd worden. Sectorale voorstellen die te laat worden ingediend, worden door de ministerraad ingevuld. Ook hier is er weer verlies van inspraak en kunnen voorstellen genegeerd worden.

Artikel 6 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

Art. 7

Mevrouw Katleen Bury (VB) vindt ook in dit artikel sporen terug van politieke sturing.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 2 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt artikel 7 te schrappen.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 17 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het Verzekeringscomité toe te laten de doelstellingen in de opdrachtenbrief van de regering te realiseren.

L'article 4 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 5

Mme Katleen Bury (VB) souligne que la contribution du secteur pourra être ignorée. Les questions importantes seront tranchées au niveau politique.

Mme Irina De Knop (Anders.) demande pourquoi les pharmaciens sont repris comme catégorie professionnelle à part dans l'article à l'examen.

Le ministre répond que la loi SSI actuelle contient déjà un article 35octies spécifiquement axé sur les honoraires des pharmaciens. Dans le § 3 de l'article 35, un alinéa fait également le lien entre les honoraires des pharmaciens et leur inscription au budget. Les estimations techniques et la procédure budgétaire figuraient déjà dans ce paragraphe. À la suite de l'avis du Conseil d'État, une disposition modificative a été prévue dans le projet de loi à l'examen, dont le seul objectif est d'aligner la formulation de l'alinéa concerné sur les dispositions génériques relatives au processus budgétaire telles que prévues dans la loi SSI.

L'article 5 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 6

Mme Katleen Bury (VB) relève que les dates-butoir seront avancées. Si les propositions sectorielles sont soumises tardivement, le Conseil des ministres prendra la main. Il s'agit une fois encore d'une perte de participation et certaines propositions pourront être ignorées.

L'article 6 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 7

Mme Katleen Bury (VB) fait valoir que l'article à l'examen révèle également une certaine orientation politique.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 2 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer l'article 7.

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 17 (DOC 56 1334/002) tendant à permettre au Comité de l'assurance de réaliser les objectifs fixés dans la lettre de mission du gouvernement.

Het is begrijpelijk dat de regering via de opdrachtenbrief bepaalt wat de beleidsprioriteiten zijn en binnen welk budgettair kader er moet worden gewerkt. De regering geeft met andere woorden het kader aan. Het komt echter aan het Verzekeringscomité toe om de uitvoering ervan te realiseren.

De opdrachtenbrief moet niet al de maatregelen bevatten die invulling geven aan die doelstellingen.

De spreekster is van oordeel dat het voorgestelde systeem ingewikkeld is, de timing is heel strak. Zal de timing haalbaar zijn? En waarom worden er andere commissies ingeschakeld?

De minister is van mening dat de timing inderdaad nipt is, maar dat is vandaag ook al zo. Mevrouw De Knop zegt niet nee tegen de opdrachtenbrief. Het amendement geeft een visie weer op de taakverdeling tussen de regering en het Verzekeringscomité, een taakverdeling die eerder vreemd is.

Mevrouw De Knop stelt dat het Verzekeringscomité moet uitvoeren. Dat is vandaag al deels het geval maar de taken van het Verzekeringscomité gaan verder.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) steunt amendement nr. 2 van de dames Dedonder en Désir. Dit amendement raakt de essentie. De verantwoordelijkheid moet, wanneer gewerkt wordt met een opdrachtenbrief, meer gelegd worden bij het Verzekeringscomité op basis van een aantal beleidsprioriteiten. Het Verzekeringscomité moet handelingsvrijheid krijgen. Het Verzekeringscomité vertegenwoordigt immers de sectoren.

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 17 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 7 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 8

Mevrouw Katleen Bury (VB) is van oordeel dat ook in dit artikel inspraak volledig wordt uitgehold. Het komt immers de ministerraad toe te beslissen.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) stelt dat het Verzekeringscomité een voorstel kan formuleren onder bepaalde omstandigheden. Op basis van welke

Il est compréhensible que le gouvernement définisse au moyen de la lettre de mission les priorités politiques et le cadre budgétaire dans lequel il convient de travailler. En d'autres termes, le gouvernement fixe le cadre. Il appartient cependant au Comité de l'assurance d'en assurer la mise en œuvre.

La lettre de mission ne doit pas contenir toutes les mesures qui concrétiseront ces objectifs.

L'intervenante estime que le système proposé est complexe et que le calendrier est très serré. Ce timing est-il réaliste? Et pourquoi faire intervenir d'autres commissions?

Le ministre reconnaît que le calendrier est serré, mais c'est déjà le cas aujourd'hui. Mme De Knop ne s'oppose pas à la lettre de mission. L'amendement présente une certaine vision de la répartition des tâches entre le gouvernement et le Comité de l'assurance, qui est pour le moins étrange.

Mme De Knop souligne que le Comité de l'assurance doit assurer une fonction d'exécution. C'est déjà partiellement le cas aujourd'hui, si ce n'est que ses tâches sont plus étendues.

Mme Irina De Knop (Anders.) soutient l'amendement n° 2 de Mmes Dedonder et Désir. Cet amendement touche à l'essentiel. Lorsqu'on travaille avec une lettre de mission, la responsabilité doit être davantage confiée au Comité de l'assurance, sur la base d'un certain nombre de priorités politiques. Dès lors qu'il représente les secteurs, le Comité de l'assurance doit disposer d'une liberté d'action.

L'amendement n° 2 est rejeté par 9 voix contre 4.

L'amendement n° 17 est rejeté par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 7 est ensuite adopté, sans modification, par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 8

Mme Katleen Bury (VB) estime que, dans cet article également, le droit de participation est complètement vidé de sa substance. La décision revient en effet au Conseil des ministres.

Mme Irina De Knop (Anders.) souligne que, dans certaines circonstances, le Comité de l'assurance peut formuler une proposition. Sur la base de quels objectifs

begrotingsdoelstellingen gebeurt dat dan? Zijn dat de doelstellingen verhoogd met de groeinorm en de index?

Wanneer maakt het Verzekeringscomité zelf een voorstel, wanneer de ministerraad zelf geen ontwerp goedkeurt, wanneer er geen regering is?

De Algemene raad bepaalt de begroting ondanks het feit dat de ministerraad op voorstel van de minister van Sociale Zaken het ontwerp van begroting al heeft goedgekeurd. Wat is dan nog de inbreng van de Algemene raad? Wat indien de Algemene raad de begroting zou bepalen nadat de minister al dan niet een begroting heeft goedgekeurd?

De minister bevestigt dat als er geen begrotingsvoorstel van de ministerraad is, het aan de Algemene raad is, vertrekkende van het voorstel van het Verzekeringscomité, als dat er is. Dat is terugvallen op de bestaande procedure. De minister wilde geen situatie scheppen waarbij de afwezigheid van besluitvorming in de schoot van de regering alles zou blokkeren.

Artikel 8 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 9

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) merkt op dat het woord "overeenkomsten" wordt opgeheven. Er worden dus enkel nog akkoorden weerhouden. Is het realistisch dat een minister zich verzet, aangezien een akkoord moet goedgekeurd worden door de Algemene raad waarin vijf vertegenwoordigers van de regering zetelen? In het Verzekeringscomité zetelen ook drie regeringscommissarissen.

Artikel 9 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 10 tot 12

Over deze artikelen worden geen opmerkingen geformuleerd.

De artikelen 10 tot 12 worden achtereenvolgend aangenomen met 12 tegen één stemmen.

budgetaires cette proposition sera-t-elle alors formulée? S'agit-il des objectifs majorés de la norme de croissance et de l'indexation?

Quand le Comité de l'assurance formule-t-il lui-même une proposition: lorsque le Conseil des ministres n'adopte pas de projet? Lorsqu'il n'y a pas de gouvernement?

Le Conseil général fixe le budget même si le Conseil des ministres a déjà approuvé le projet de budget, sur proposition du ministre des Affaires sociales. Quelle est, dans ce cas, la contribution que peut encore fournir le Conseil général? Que se passerait-il si le Conseil général devait arrêter le budget après que le ministre a approuvé ou non un budget?

Le ministre confirme qu'en l'absence de proposition budgétaire du Conseil des ministres, il appartient au Conseil général de statuer en se fondant, le cas échéant, sur la proposition du Comité de l'assurance. Une telle démarche revient, en pratique, à appliquer la procédure existante. Le ministre ne souhaitait pas créer une situation dans laquelle l'absence de prise de décision au sein du gouvernement serait bloquante.

L'article 8 est adopté par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 9

Mme Irina De Knop (Anders.) fait observer que le mot "conventions" est abrogé. Seuls les accords sont donc retenus. Une opposition du ministre serait-elle réaliste quand on sait qu'un accord doit être approuvé par le Conseil général où siègent cinq représentants du gouvernement? Trois commissaires du gouvernement siègent également au Comité de l'assurance.

L'article 9 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 10 à 12

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 10 à 12 sont successivement adoptés par 12 voix contre une.

Art. 13

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 18 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 42, in het derde lid na het woord “Koning” de woorden “bij een besluit vastgelegd na overleg in de ministerraad” in te voegen.

Het is belangrijk dat er een zo breed mogelijk gedragen akkoord zou zijn terwijl nu enkel de minister via een koninklijk besluit kan handelen.

De minister begrijpt niet waarom de ministerraad ingeschakeld wordt. Het gaat om een zeer technisch artikel voor specifieke sectoren.

Amendement nr. 18 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 13 wordt vervolgens aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 14

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 14 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 15

Mevrouw Katleen Bury (VB) is het er niet mee eens dat de mogelijkheid om streekovereenkomsten te sluiten wordt afgevoerd. Het is nochtans evident dat er op het laagste niveau wordt gewerkt en dat er rekening kan gehouden worden met de verschillende streken. De minister stelt dat de streekovereenkomsten in de praktijk nooit gewerkt hebben en dat er daarom komaf mee gemaakt wordt.

De spreekster wijst toch op het nut van deze overeenkomsten. De spreekster verwijst naar de situatie van de kinesitherapeuten. In Vlaanderen volgen ze een vijfjarige opleiding, in Wallonië ligt dat anders. Hoe kunnen deze verschillen beheerd worden zonder streekovereenkomsten? Streekovereenkomsten zijn geschikt om de vinger aan de pols te houden.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) gaat in op de opheffing van de streekovereenkomsten. Wat is de ratio legis voor deze afschaffing? Wordt de patiënten de kans ontzegd om verzorgd te worden door een geconventioneerde zorgverlener? De afschaffing van de

Art. 13

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 18 (DOC 56 1334/002) tendant à insérer, dans l'article 42 proposé, dans l'alinéa 3, les mots “, par arrêté délibéré en Conseil des ministres,” entre les mots “le Roi régit” et les mots “les rapports financiers”.

Il importe que l'accord conclu bénéficie d'un soutien aussi large que possible. Dans la version actuelle du texte, seul le ministre peut agir par le biais d'un arrêté royal.

Le ministre ne comprend pas pourquoi le Conseil des ministres devrait intervenir en l'espèce. Il s'agit d'un article très technique concernant des secteurs spécifiques.

L'amendement n° 18 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'article 13 est ensuite adopté sans modification par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 14

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 14 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 15

Mme Katleen Bury (VB) est opposée à la suppression de la possibilité de conclure des conventions régionales. Il est évident que le travail doit s'effectuer au niveau le plus bas et que l'on doit pouvoir tenir compte des différentes régions. Le ministre affirme que les accords régionaux n'ont jamais fonctionné en pratique et qu'il faut donc y mettre un terme.

L'intervenante souligne quant à elle l'utilité de ces accords. Elle évoque la situation des kinésithérapeutes. En Flandre, ceux-ci suivent une formation de cinq ans, ce qui n'est pas le cas en Wallonie. Comment gérer ces différences en l'absence de conventions régionales? Il s'agit d'un instrument qui permet de rester en contact avec le terrain.

Mme Irina De Knop (Anders.) revient également sur la suppression des conventions régionales. Quelle est la ratio legis de cette mesure? Les patients se verront-ils privés de la possibilité d'être pris en charge par un dispensateur de soins conventionné? La suppression

streekovereenkomsten laat toe dat het Verzekeringscomité of de minister bij gebrek aan een nationale overeenkomst zelf een document vaststellen. De macht van de minister wordt opnieuw vergroot.

De minister geeft mee dat de streekovereenkomsten in de praktijk nooit gewerkt hebben. Uit de discussies over regionalisering blijkt dat alles vaag en dubbelzinnig geformuleerd is. Gaat het over de werkplaats van de zorgverlener of de woonplaats van de patiënt? Wat met zorgverleners die actief zijn in verschillende arrondissementen? Kunnen verschillende tarieven per arrondissement gehanteerd worden? Wat is een streek? De bepalingen over streekovereenkomsten zijn bijzonder gedateerd. De minister stelt dat teksten over decentralisering beter moeten overdacht worden dan zoals het er nu staat. De streekovereenkomsten waren niet toepasbaar en zijn ook niet toegepast geweest.

Artikel 15 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 16

Mevrouw Katleen Bury (VB) is van oordeel dat de gedeeltelijke conventie veel te vaag wordt omschreven. De spreekster vreest een risico op misbruik. Heeft er overleg plaatsgevonden met de beroepsgroepen?

De minister wijst erop dat dit artikel er gekomen is op vraag van de beroepsgroepen, dus hier is overleg over geweest. Het is ook binnen het overleg dat verdere modaliteiten bepaald zullen worden, zoals vandaag het geval is, rekening houdend uiteraard met leesbaarheid voor patiënt en handhaving.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) wijst erop dat richttarieven een tijdelijk karakter moeten hebben. Ze mogen in geen geval veralgemeend worden tot alle verstrekkingen, enkel in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve normen, vormen van zorg, of wanneer voor bepaalde verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is. Wie controleert dit tijdelijk karakter? Wie controleert het innovatieve karakter van de verstrekking? Wie controleert of de vergoeding aangepast is? Kan de minister voorbeelden geven van richttarieven? Hoeveel richttarieven zal de minister per akkoord aanvaarden, gezien de budgettaire impact?

Die richttarieven zijn eigenlijk honorariumsupplementen, die worden opgenomen in de maximumfactuur voor zover de verstrekker geconventioneerd is. Voor andere

des conventions régionales permet au Comité de l'assurance ou au ministre d'établir lui-même un document en l'absence d'accord national. Le pouvoir du ministre s'en trouvera à nouveau renforcé.

Le ministre indique que les conventions régionales n'ont jamais fonctionné en pratique. Les discussions sur la régionalisation montrent que tout est formulé de manière vague et ambiguë. Le critère applicable est-il le lieu de travail du dispensateur de soins ou le domicile du patient? Qu'en est-il des dispensateurs de soins actifs dans plusieurs arrondissements? Peut-on appliquer des tarifs différents selon les arrondissements? Qu'est-ce qu'une région? Les dispositions relatives aux conventions régionales sont tout à fait désuètes. Le ministre estime que les textes sur la décentralisation doivent être repensés par rapport à leur version actuelle. Les conventions régionales n'étaient pas applicables et n'ont d'ailleurs jamais été mises en œuvre.

L'article 15 est adopté par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 16

Mme Katleen Bury (VB) estime que la définition du conventionnement partiel est bien trop vague. L'intervenante craint un risque d'abus. Une concertation a-t-elle été menée avec les catégories professionnelles?

Le ministre souligne que cet article a été introduit à la demande des catégories professionnelles, et qu'il a donc fait l'objet de concertations. C'est également dans le cadre de ces concertations que d'autres modalités seront déterminées, comme c'est le cas aujourd'hui, en tenant compte bien entendu de la lisibilité pour le patient et du contrôle du respect de la loi.

Mme Irina De Knop (Anders.) souligne que les tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire. Ils ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations, mais doivent s'appliquer dans des situations particulières, notamment à des normes innovantes, à des formes de soins, ou à certaines prestations dont le montant du remboursement est dépassé. Qui contrôle ce caractère temporaire? Qui contrôle le caractère innovant de la prestation? Qui vérifie si le remboursement est adapté? Le ministre peut-il donner des exemples de tarifs indicatifs? Combien de tarifs indicatifs le ministre acceptera-t-il pour chaque accord, compte tenu de l'incidence budgétaire?

Ces tarifs indicatifs sont en réalité des suppléments d'honoraires, qui sont inclus dans le maximum à facturer pour autant que le dispensateur de soins soit

patiënten die toevallig bij niet-geconventioneerde zorgverstrekkers op consultatie gaan, blijft alleen het echte honorariumsupplement over. Deze maatregel kadert in de strategie van de minister om niet-geconventioneerde zorgverleners te gaan sanctioneren of hun patiënten te treffen in de hoop ze op die manier te dwingen tot conventionering.

De minister is duidelijk. Richttarieven zijn geen supplementen. Richttarieven zijn tijdelijke en flexibele kaders die in de maximumfactuur opgenomen worden qua impact op de patiënt. Wanneer een zorgverlener in een conventie stapt, dan kan aan die zorgverlener flexibiliteit gegeven worden. Er is geen enkele reden waarom die flexibiliteit zou gegeven worden aan een zorgverlener die zich niet conventioneert en zijn totale vrijheid kiest.

Sommige leden stellen nogal makkelijk dat een zorgverlener gediscrimineerd wordt omdat hij/zij niet toetreedt tot de conventie. Maar dat is een welbewuste keuze, wetende wat de gevolgen zijn. Het inkomen van iemand die niet toetreedt tot de conventie, en die dus niet meedoet aan tariefzekerheid, wordt voor het grootste deel gefinancierd door de sociale zekerheid. Het is niet discriminerend dat sommige instrumenten van ondersteuning dan ook niet aan hen gegeven worden.

Wie controleert het tijdelijk karakter van richttarieven? Deze richttarieven zijn het voorwerp van overleg, ze zijn het resultaat van onderhandelingen in akkoordencommissies. De resultaten ervan worden gepubliceerd, zoals op de website van het RIZIV. Op de website van het RIZIV staat een mooi overzicht van welke richttarieven op dit ogenblik in de nomenclatuur van de tand- en mondzorg zijn opgenomen.

De minister geeft een voorbeeld. Op 1 april 2024 werden de maximumtarieven voor uitneembare prothesen en de digitale panoramische radiografie in de honoraria van deze verstrekkingen geïntegreerd. Hierdoor verdwijnen de bestaande maximumtarieven voor deze verstrekkingen en worden pseudocodes geschrapt.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) heeft een andere visie op richttarieven en artsen die niet conventioneren. Het zijn inderdaad de artsen die beslissen of ze al dan niet conventioneren. Maar patiënten kiezen vaak niet bewust voor een geconventioneerde of niet-geconventioneerde arts gegeven de zorgvraag en de wachttijden in de zorg. De minister voert met zijn richttarieven discriminatie in tussen patiëntengroepen.

De spreekster verwijst naar de dermatologen. Dermatologen werken tegen lage honoraria, dat is

conventionné. Les autres patients qui consultent par hasard des dispensateurs de soins non conventionnés demeureront uniquement confrontés au véritable supplément d'honoraires. Cette mesure s'inscrit dans la stratégie du ministre visant à sanctionner les dispensateurs de soins non conventionnés ou à pénaliser leurs patients dans l'espoir de les contraindre ainsi à se conventionner.

Le ministre tient à être clair. Les tarifs indicatifs ne sont pas des suppléments. Il s'agit de cadres temporaires et flexibles qui, en ce qui concerne l'incidence sur le patient, sont intégrés au maximum à facturer. Lorsqu'un dispensateur de soins se conventionne, il peut bénéficier d'une certaine flexibilité. Il n'existe aucune raison pour que cette flexibilité soit accordée à un dispensateur de soins non conventionné qui opte pour une totale liberté.

Certains membres n'hésitent pas à affirmer que les dispensateurs de soins qui ne se conventionnent pas sont victimes de discrimination. Or, il s'agit d'un choix délibéré, posé en connaissance de cause. Les revenus d'un dispensateur de soins non conventionné, qui ne contribue donc pas à la sécurité tarifaire, sont largement financés par la sécurité sociale. Il n'est donc pas discriminatoire que certains instruments de soutien ne lui soient pas accordés.

Qui contrôle le caractère temporaire des tarifs indicatifs? Ces tarifs indicatifs font l'objet de concertations, ils sont le fruit de négociations menées au sein de commissions d'accords. Leurs résultats sont publiés, notamment sur le site web de l'INAMI. Ce site web présente un aperçu clair des tarifs indicatifs qui figurent actuellement dans la nomenclature des soins dentaires et bucco-dentaires.

Le ministre donne un exemple. Le 1^{er} avril 2024, les tarifs maximaux pour les prothèses amovibles et la radiographie panoramique numérique ont été intégrés dans les honoraires de ces prestations. Cette démarche a entraîné la disparition des tarifs maximaux existants pour ces prestations et la suppression de pseudocodes.

Mme Irina De Knop (Anders.) a une autre vision des tarifs indicatifs et des médecins non conventionnés. La décision de se conventionner ou non relève effectivement du médecin. Toutefois, il est fréquent que le choix des patients de se tourner vers un médecin conventionné ou non conventionné ne soit pas conscient, mais dicté par la demande de soins et les délais d'attente dans le secteur de la santé. En introduisant des tarifs indicatifs, le ministre crée une discrimination entre les groupes de patients.

L'intervenante évoque le cas des dermatologues. Ceux-ci perçoivent des honoraires modestes en raison

historisch gegroeid. Daarom is de overgrote meerderheid van deze beroepsgroep niet geconventioneerd. Maar de minister stelt koudweg dat artsen die niet geconventioneerd zijn, zich niet inschrijven in de doelstellingen voor toegankelijke gezondheidszorg. Dit is niet correct. Door de richttarieven niet toe te laten voor de niet-geconventioneerde artsen, beperkt de minister zelf de toegang tot gezondheidszorg. De minister straft de patiënten en staat tariefzekerheid in de weg.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 3* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het ontworpen artikel 44, paragraaf 2 te vervangen.

Mevrouw Caroline Désir (PS) beoogt met de wijziging van dit artikel de patiënt te beschermen die, wegens een medische onmogelijkheid om zich te verplaatsen, ten onrechte de reiskosten in verband met een huisbezoek zou krijgen aangerekend. Het is niet gerechtvaardigd de patiënt een financiële last op te leggen die voortvloeit uit zijn onvermogen om zich te verplaatsen wegens ziekte. In dit amendement wordt voorgesteld dat de forfaitaire vergoeding wordt gedragen door de verplichte ziekteverzekering, volgens de in de akkoorden vastgelegde nadere regels.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 4* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het ontworpen artikel 44, paragraaf 4 weg te laten.

Mevrouw Caroline Désir (PS) denkt dat de veralgemening van de regeling inzake "bijzondere eisen" een groter aantal zorgverleners in de mogelijkheid stelt de patiënten toeslagen aan te rekenen, terwijl de huidige regeling voor de zorgverleners die onder de akkoordencommissie artsen-ziekenfondsen en tandheelkundigen-ziekenfondsen vallen, ernstige leemten vertoont, meer bepaald een slecht afgebakend toepassingsgebied, moeizame controle door het RIZIV en risico's op misbruik.

Daarnaast dreigt de veralgemening ervan de bevatelijkheid en de tariefzekerheid te ondermijnen, doordat de kosten voor de patiënten stijgen als gevolg van het toenemend aantal geconventioneerde zorgverleners dat toeslagen mag aanrekenen.

Anderzijds leidt de veralgemening van de richttarieven tot een liberalisering van het conventioneeringsmodel, waarbij de hogere medische honoraria worden bekostigd door hogere kosten ten laste van de patiënt. In sommige gevallen kan zulks ertoe leiden dat een geconventioneerde zorgverlener duurder is dan een niet-geconventioneerde zorgverlener.

d'une évolution historique. C'est pourquoi la grande majorité de cette catégorie professionnelle n'est pas conventionnée. Or, le ministre déclare froidement que les médecins non conventionnés ne contribuent pas à la réalisation des objectifs d'accessibilité des soins de santé. C'est faux. En excluant les médecins non conventionnés des tarifs indicatifs, le ministre limite lui-même l'accès aux soins de santé. Il pénalise les patients et nuit à la sécurité tarifaire.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 3* (DOC 56 1334/002) tendant à remplacer le § 2 de l'article 44 en projet.

Mme Caroline Désir (PS) vise, en modifiant cet article, à protéger le patient qui, en raison d'une incapacité médicale à se déplacer, serait indûment facturé pour les frais de déplacement liés à une consultation à domicile. Il n'est pas justifié de faire supporter au patient une charge financière résultant de son incapacité à se déplacer pour cause de maladie. Cet amendement propose que l'intervention forfaitaire soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire selon les modalités définies par les accords.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 4* (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le § 4 de l'article 44 en projet.

Mme Caroline Désir (PS) estime que la généralisation du dispositif des "exigences particulières" va permettre à un nombre élargi de prestataires de facturer des suppléments aux patients, alors même que le mécanisme actuel en vigueur pour les prestataires visés par la commission d'accord médico-mutualiste et dento-mutualiste présente de sérieuses lacunes: périmètre mal défini, contrôle difficile par l'INAMI, risques d'abus.

Sa généralisation risque, en outre, de nuire à la lisibilité et à la sécurité tarifaire, en augmentant le coût à charge des patients via la multiplication du nombre de prestataires conventionnés pouvant facturer des suppléments.

D'autre part, la généralisation des tarifs indicatifs libéralise le modèle de conventionnement en faisant financer des augmentations d'honoraires médicaux via l'augmentation du prix à charge du patient. Cela peut conduire, dans certains cas, à ce qu'un prestataire conventionné soit plus onéreux qu'un prestataire non conventionné.

De weglating van de bepalingen in kwestie strekt er aldus toe de transparantie, de bevattelijkheid en de tariefzekerheid van het stelsel te vrijwaren.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 5 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het ontworpen artikel 44, paragraaf 5 weg te laten.

Mevrouw Caroline Désir (PS) stelt dat de mogelijkheid om gedeeltelijk toe te treden tot de akkoorden afbreuk doet aan de bevattelijkheid van het gezondheidszorgstelsel als geheel. Zo kunnen de patiënten geen goed geïnformeerde keuzes maken. Bovendien wordt een gedeeltelijk geconventioneerde zorgverlener meegeteld in het totale aantal geconventioneerde zorgverleners, waardoor een vertekend beeld van de werkelijkheid ontstaat. De weglating van deze paragraaf beoogt meer tariefzekerheid en voorkomt een mechanisme waarvan is aangetoond dat het op termijn leidt tot volledige deconventionering.

Amendement nr. 3 wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Het ongewijzigde artikel 16 wordt vervolgens aangenomen met 9 tegen 4 stemmen.

Art. 17 tot 24

Over deze artikelen worden geen opmerkingen geformuleerd.

De artikelen 17 tot 24 worden achtereenvolgend aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 25

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) gaat in op artikel 25. Als de normale besparingsmaatregelen niet in werking treden, dan moet elk akkoord twee types besparingen bevatten: een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven en correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht.

La suppression des dispositions en question vise donc à préserver la transparence, la lisibilité et la sécurité tarifaire du système.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 5 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le § 5 de l'article 44 en projet.

Mme Caroline Désir (PS) indique que la possibilité d'adhésion partielle aux accords nuit à la lisibilité de l'ensemble du système de santé. Elle empêche les patients d'opérer des choix éclairés. De plus, un prestataire partiellement conventionné est comptabilisé dans le taux global de conventionnement, créant une vision faussée de la réalité. La suppression de ce paragraphe renforce la sécurité tarifaire et évite un mécanisme dont il est démontré qu'il favorise, à terme, le déconventionnement total.

L'amendement n° 3 est rejeté par 10 voix contre 2 et une abstention.

L'amendement n° 4 est rejeté par 9 voix contre 4.

L'amendement n° 5 est rejeté par 9 voix contre 3 et une abstention.

L'article 16 est ensuite adopté sans modification par 9 voix contre 4.

Art. 17 à 24

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 17 à 24 sont successivement adoptés par 12 voix contre une.

Art. 25

Mme Irina De Knop (Anders.) évoque l'article 25. Si les mesures d'économie habituelles n'entrent pas en vigueur, chaque accord doit prévoir deux types d'économies: une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement, ainsi que des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action.

Er wordt uitgelegd wanneer de Algemene raad de vermindering van honoraria en prijzen kan toepassen. Over de tweede maatregel wordt niets gezegd.

Hoe verhouden deze maatregel zich ten opzichte van artikel 40 van de ZIV-wet? Onder dat artikel kan de Algemene raad immers besparingsmaatregelen opleggen.

Wat wordt er bedoeld met de tweede soort maatregelen? Uit het artikel blijkt dat bij het bepalen van de partiële begrotingsdoelstellingen er niet noodzakelijke middelen worden voorzien voor de indexering van prestaties. Vindt de minister dit normaal? De partij van de minister strijdt er immers voor om de indexering te behouden. Is dat behoud niet belangrijk wanneer het gaat over een indexering van honoraria? De spreekster wijst erop dat die index vaak wordt aangewend voor prestaties die tot dan toe niet of onvoldoende werden terugbetaald. Via die extra indexering konden er nog extra noden worden opgevangen. Maar dat is nu niet het geval.

De minister stelt dat er geen enkele link is tussen besparingsmaatregelen en indexmassa. De indexmassa wordt effectief uitgekeerd als er een ontwerpakkoord is. Maar uiteraard, een akkoordencommissie kan beslissen om een deel van de indexmassa niet toe te kennen, maar die indexmassa blijft beschikbaar.

Artikel 25 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Art. 26

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 26 wordt aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 27

Mevrouw Katleen Bury (VB) ziet ook in dit artikel dat het overleg wordt omzeild. Wanneer er geen akkoord bereikt wordt, kan de minister immers optreden. Dit is niet de manier waarop er volgens de spreekster gewerkt hoort te worden.

Artikel 27 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

L'article indique à quel moment le Conseil général pourra appliquer la réduction des honoraires et des prix, mais les modalités relatives à la deuxième mesure ne sont pas précisées.

Comment ces mesures s'articulent-elles avec l'article 40 de la loi AML, qui dispose que le Conseil général peut imposer des mesures d'économie?

Que recouvre ce deuxième type de mesures? Il ressort de l'article que, lors de la fixation des objectifs budgétaires partiels, des moyens ne seront pas nécessairement prévus pour l'indexation des prestations. Le ministre trouve-t-il cela normal? Son parti se bat pourtant pour le maintien de l'indexation. Le maintien de l'indexation des honoraires n'est-il pas important? L'intervenante souligne que cette indexation était souvent utilisée pour des prestations qui, jusqu'alors, n'étaient pas ou insuffisamment remboursées. Cette indexation supplémentaire permettait de répondre à des besoins supplémentaires, mais ce ne sera désormais plus possible.

Le ministre indique qu'il n'existe aucun lien entre les mesures d'économie et la masse d'index. Celle-ci est effectivement affectée s'il y a un projet d'accord. Il va toutefois sans dire qu'une commission d'accords peut décider de ne pas affecter une partie de la masse d'index, mais celle-ci demeure disponible.

L'article 25 est adopté par 10 voix contre 2 et une abstention.

Art. 26

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 26 est adopté par 12 voix contre une.

Art. 27

Mme Katleen Bury (VB) estime que cet article contourne également la concertation. En effet, il prévoit que le ministre pourra intervenir en l'absence d'un accord. Pour l'intervenante, ce n'est pas une façon adéquate de procéder.

L'article 27 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 28

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) gaat in op de bepaling die stelt dat wegeringen tot toetreding ter kennis gebracht moet worden. Gebeurt dat niet, dan wordt men als toegetreten beschouwd.

Waarom wordt er enkel nationaal geteld? Hoopt de minister dat op die manier de toetredingsdrempel van 60 % gehaald wordt?

Het instituut voor de berekening van het percentage van toegetreten zorgverleners of artsen houdt rekening met boodschappen van zorgverleners of artsen die hun weigering tot toetreding terugtrekken. Wat met boodschappen die alsnog een weigering meedelen? Worden die ook meegenomen bij het bepalen van het percentage?

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 6* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt te garanderen dat elke burger in de buurt van zijn woonplaats een minimale toegang heeft tot een geconventioneerde zorgverlener, met name in de landelijke gebieden, waar almaar minder geconventioneerde zorgverleners te vinden zijn.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 7* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het ontworpen artikel 51/1, paragraaf 3, het tweede lid aan te vullen.

Mevrouw Caroline Désir (PS) licht toe. Het is de bedoeling dat het minimumniveau van toetreding tot de overeenkomsten per specialisme geldt, teneinde overall in België een daadwerkelijke toegankelijkheid tot elk specialisme binnen het geconventioneerde stelsel te waarborgen. Thans wordt het conventioneringspercentage dat vereist is voor de inwerkingtreding van de akkoorden berekend op basis van het totale conventioneringspercentage van alle medische specialismen die in de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn.

Hoewel de specialismen onder dezelfde akkoorden vallen, komen hun specifieke medische praktijken tegemoet aan onderscheiden essentiële behoeften op het gebied van de volksgezondheid. Daarom is het gerechtvaardigd in de wet te vermelden dat een minimumpercentage geldt per medisch specialisme, teneinde de patiënten tariefzekerheid te bieden voor elke gezondheidsbehoefte waarmee zij worden geconfronteerd.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient *amendement nr. 19* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt meer

Art. 28

Mme Irina De Knop (Anders.) rappelle que l'article prévoit que les refus d'adhésion doivent être communiqués et qu'à défaut, les dispensateurs de soins sont réputés avoir adhéré à l'accord.

Pourquoi le comptage se fait-il seulement au niveau national? Le ministre espère-t-il ainsi atteindre le seuil d'adhésion de 60 %?

Pour calculer le pourcentage de dispensateurs de soins ou de médecins ayant adhéré à l'accord, l'INAMI tient compte des communications des dispensateurs de soins ou des médecins qui retirent leur refus d'adhésion. Qu'en est-il des communications qui font part d'un refus? Sont-elles également prises en compte dans le calcul du pourcentage?

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 6* (DOC 56 1334/002) tendant à garantir à chaque citoyen un seuil minimum d'accessibilité à un prestataire conventionné à proximité de son lieu de résidence, en particulier dans les zones rurales souffrant d'une pénurie croissante de prestataires conventionnés.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 7* (DOC 56 1334/002) tendant, dans l'article 51/1 proposé, dans le paragraphe 3, à compléter l'alinéa 2.

Mme Caroline Désir (PS) commente son amendement. Le niveau minimal d'adhésion aux accords est fixé par spécialité, afin de garantir partout en Belgique une accessibilité effective à chacune d'elles en régime conventionné. Aujourd'hui, le taux de conventionnement nécessaire à l'entrée en vigueur des accords est calculé sur la base du taux de conventionnement global de toutes les spécialités médicales représentées par les accords médico-mutualistes.

Bien que ces spécialités relèvent des mêmes accords, la spécificité de leurs pratiques médicales répond à différents besoins essentiels en termes de santé publique. C'est pourquoi il est justifié d'insérer dans la loi un taux de conventionnement minimal pour chaque spécialité médicale afin d'assurer une sécurité tarifaire aux patients pour chaque besoin de santé rencontré.

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'*amendement n° 19* (DOC 56 1334/002) tendant à mieux tenir

rekening te houden met de specifieke situatie van de artsen in opleiding.

De thans voorziene periodes voor toe- en uittreding lopen niet samen met de tijdstippen van de beëindiging van de opleiding en de toekenning van de erkenning van de overeenkomstige beroepstitel. Het lijkt logisch dat de betrokken artsen op een belangrijk keerpunt in hun carrière kunnen beschikken over de noodzakelijke vrijheid om een weloverwogen keuze te kunnen maken inzake conventionering. De NCAZ verzoekt de regering ter zake het bestaand wettelijk kader te verfijnen zodat pas erkende artsen-specialisten/huisartsen een mogelijkheid krijgen om kennis te geven van hun weigeren binnen de 30 dagen na de datum van hun erkenning met behoud – *pro rata* – van hun sociaal statuut tot de datum van kennisgeving.

De minister vindt de redenering van mevrouw De Knop overtrokken. Wanneer iemand afstudeert, dan kan die arts op 1 januari zonder enige motivatie zeggen dat hij uit de conventie stapt. Wanneer die arts op 1 september start, dan is die arts dus vier maanden opgenomen in het conventiesysteem. Is dat dan zo erg?

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) vindt dat de situatie van de pas afgestudeerde artsen gebruikt wordt in het opzet van de minister om zoveel mogelijk artsen te laten conventioneren. Artsen die pas afgestudeerd zijn willen zelf een bewuste keuze kunnen maken.

Amendement nr. 6 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Amendement nr. 7 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Amendement nr. 19 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 28 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 29

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 29 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

compte de la situation spécifique des médecins en formation.

Les périodes actuellement prévues pour l'adhésion et le retrait ne correspondent pas aux moments où la formation prend fin ni où le titre professionnel est reconnu. Il semble logique que les médecins concernés puissent disposer, à un moment charnière de leur carrière, de la liberté nécessaire pour opérer un choix bien réfléchi en matière de conventionnement. La CNMM demande au gouvernement d'affiner le cadre légal existant en la matière afin que les médecins spécialistes/généralistes nouvellement reconnus disposent d'une possibilité de notifier leur refus dans un délai de 30 jours après la date de leur reconnaissance tout en conservant – au prorata – leur statut social jusqu'à la date de notification.

Le ministre estime que le raisonnement de Mme De Knop est exagéré. Lorsqu'un médecin obtient son diplôme, il peut décider de se retirer de la convention le 1^{er} janvier suivant sans avoir à se justifier. Si ce médecin commence à exercer le 1^{er} septembre, il aura donc adhéré au système de conventionnement pendant quatre mois. Est-ce vraiment si grave?

Mme Irina De Knop (Anders.) estime que la situation des médecins fraîchement diplômés est exploitée au profit du projet du ministre visant à faire adhérer le plus grand nombre possible de médecins au système de conventionnement. Les médecins fraîchement diplômés souhaitent pouvoir faire eux-mêmes un choix éclairé.

L'amendement n° 6 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'amendement n° 7 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'amendement n° 19 est rejeté par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 28 est ensuite adopté sans modification par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 29

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 29 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 30

Mevrouw Katleen Bury (VB) merkt op dat tarieven bijgestuurd kunnen worden door wijzigingsclausules, zonder volledige heronderhandeling. De spreekster twijfelt aan de rechtszekerheid van deze bepaling.

Artikel 30 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Art. 31

Mevrouw Katleen Bury (VB) stelt dat individuele zorgverleners het akkoord kunnen opzeggen volgens drie modaliteiten. Beroepsorganisaties hebben maar toegang tot twee van de drie modaliteiten. Van waar dit verschil?

De minister wijst erop dat individuele zorgverleners jaarlijks zonder motivering kunnen opzeggen. Beroepsorganisaties kunnen dat niet. Dat is toch maar logisch. De beroepsorganisaties onderhandelden het akkoord samen met de verzekeringsinstellingen. Het zou dan toch compleet absurd zijn dat ze dit akkoord zonder enige motivatie zouden kunnen opzeggen.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) stelt vast dat de minister zich indekt in geval van protest tegen het opsplitsen van een honorarium in een onderdeel intellectuele prestatie en kosten. De minister neemt een voorafname op de hervorming van de nomenclatuur. De spreekster is van oordeel dat het op dit moment nog koffiedik kijken is voor wat de inhoud van deze hervorming betreft, een reden te meer om deze ontwerpen vandaag niet goed te keuren.

De opzegging op basis van aanvullende gronden, voorzien in de akkoorden, geeft veel macht aan ziekenfondsen. Het zijn de ziekenfondsen die beslissen of een akkoord wordt opgezegd. De spreekster verwijst naar de stemmingsprocedure die in het artikel is opgenomen.

Waarom wordt de minister uitgenodigd op een vergadering in geval van opzegging door een representatieve organisatie? Wat hoopt de minister daarmee te bereiken? De minister eigent zich macht toe.

De minister wijst erop dat dit al lang in de wetgeving bepaald is. De minister heeft dit één keer meegemaakt en dit bleek succesvol. Het ging over een vergadering van de Medicomut met een debat over het verbod op ereloonsupplementen bij verhoogde tegemoetkoming. Het bleek een nuttige vergadering waarbij de minister

Art. 30

Mme Katleen Bury (VB) fait observer que les tarifs pourront être ajustés au travers d'avenants, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une renégociation complète. L'intervenante doute que cette disposition offre la sécurité juridique nécessaire.

L'article 30 est adopté par 10 voix contre 2 et une abstention.

Art. 31

Mme Katleen Bury (VB) indique que les dispensateurs de soins individuels peuvent dénoncer l'accord selon trois modalités. Les organisations professionnelles ne disposent que de deux de ces trois possibilités. Pourquoi cette différence?

Le ministre souligne que les dispensateurs de soins individuels peuvent dénoncer l'accord chaque année sans justification. Les organisations professionnelles ne disposent pas de cette possibilité, ce qui est tout à fait logique, car ce sont elles qui ont négocié cet accord avec les organismes assureurs. Il serait donc tout à fait absurde qu'elles puissent le dénoncer sans avancer la moindre justification.

Mme Irina De Knop (Anders.) constate que le ministre se couvre au cas où la scission des honoraires en une partie relative à la prestation intellectuelle et une partie relative aux frais serait contestée. Le ministre anticipe donc la réforme de la nomenclature. L'intervenante estime que pour l'heure, le contenu de cette réforme demeure encore très flou, ce qui justifie d'autant plus de ne pas approuver ces projets aujourd'hui.

La dénonciation en vertu des motifs supplémentaires prévus par les accords confère un pouvoir important aux mutualités. Ce sont les mutualités qui décident de la dénonciation d'un accord. L'intervenante renvoie à la procédure de vote inscrite dans l'article.

Pourquoi est-il prévu que le ministre sera invité à une réunion en cas de dénonciation par une organisation représentative? Qu'espère-t-il obtenir de cette manière? Le ministre s'arroge des pouvoirs.

Le ministre souligne que cette possibilité est prévue depuis longtemps dans la législation. Il a déjà vécu cette situation une fois et la réunion s'est révélée fructueuse. Il s'agissait d'une réunion de la Commission medicomut au cours de laquelle un débat a été organisé sur l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients

een toezegging deed en waaraan de minister zich gehouden heeft. Er werd dan min of meer in onderlinge verstandhouding een akkoord gevonden over het koninklijk besluit op het verbod op ereloon-supplementen bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming bij artsen.

Artikel 31 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 32

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) wijst op een probleem in het artikel. Wanneer er geen akkoord of document is, dan kan de Koning bij een in ministerraad overlegd besluit voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle bepaalde categorieën van rechthebbende maximumtarieven honoraria bepalen.

Op basis waarvan wordt beslist of het gaat over alle of voor bepaalde categorieën? Waarom zou de Koning de maximumtarieven van honoraria bepalen voor bepaalde categorieën en niet voor alle rechthebbenden? En op basis van welke elementen wordt beslist voor welke categorieën van rechthebbende maximumtarieven gelden? Is dat dan nog alleen voor de begunstigden van de verhoogde terugbetaling?

De spreekster dient *amendement nr. 20* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt een aantal wijzigingen aan te brengen in het regime van de niet-geconventioneerde zorgverstrekkers en in de opschorting van de aanwending van de indexmassa.

De spreekster vindt dat de toepassing van de -25 %-regel zeer ingewikkeld is.

Er is een wijziging in artikel 49 waardoor de discriminatie met de -25 %-regel verdwijnt. De spreekster kan zich hierin vinden. Maar dan komt er een wijziging in artikel 32, paragraaf 3. De minister schrijft de bestaande regeling met betrekking tot de -25 %-regel in voor patiënten die een niet-geconventioneerde kinesist, vroedvrouw, verpleegkundige consulteren. In artikel 61 schrapt de minister de bepalingen in de Kwaliteitswet die de -25 %-regel afschaffen, met dien verstande dat de Koning de datum van inwerkingtreding zou bepalen.

Artikel 62 schrapt het uitvoeringsbesluit. Artikel 64 schaft de -25 %-regel af. Artikel 65 regelt de inwerkingtreding, waarin bepaald wordt dat het hele hoofdstuk inwerking treedt op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel 62 met de afschaffing van het

bénéficiaire d'une intervention majorée. Cette réunion s'est révélée utile: le ministre y a pris un engagement qu'il a respecté. Un accord plus ou moins amiable a alors été trouvé concernant l'arrêté royal relatif à l'interdiction des suppléments d'honoraires sur les prestations des médecins pour les patients bénéficiaire d'une intervention majorée.

L'article 31 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 32

Mme Irina De Knop (Anders.) attire l'attention sur une difficulté liée à cet article. En l'absence d'accord ou de document, le Roi pourra, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les tarifs maximums des honoraires pour toutes ou certaines prestations, et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires.

Sur quelle base le Roi décidera-t-il que toutes les catégories ou seulement certaines seront concernées? Pourquoi les tarifs maximums des honoraires seraient-ils fixés pour certaines catégories de bénéficiaires seulement? Et selon quels critères le Roi déterminera-t-il les catégories auxquelles ces tarifs maximums s'appliqueront? S'agira-t-il uniquement des bénéficiaires de l'intervention majorée?

L'intervenante présente l'*amendement n° 20* (DOC 56 1334/002) tendant à apporter plusieurs modifications au régime applicable aux dispensateurs de soins non conventionnés ainsi qu'au mécanisme de suspension de l'affectation de la masse d'index.

Elle estime que l'application de la réduction de 25 % de l'intervention de l'assurance est particulièrement complexe.

Une modification apportée à l'article 49 vise à supprimer la discrimination liée à cette règle des 25 %. L'intervenante peut y souscrire. Mais l'article 32, § 3, sera lui aussi modifié afin d'y inscrire la règle des 25 % pour les patients consultant un kinésithérapeute, une sage-femme ou un infirmier non conventionné. À l'article 61, le ministre prévoit d'abroger les dispositions de la loi qualité relatives à cette règle des 25 %, tout en prévoyant que le Roi fixera la date d'entrée en vigueur.

L'article 62 vise à abroger l'arrêté d'exécution. L'article 64 vise quant à lui à supprimer la règle des 25 %. L'article 65 règle l'entrée en vigueur et fixe celle-ci au 1^{er} janvier 2028 pour l'ensemble du chapitre, à l'exception de l'article 62 (abrogation de l'arrêté d'exécution) et

uitvoeringsbesluit en artikel 64 met de afschaffing van de -25 %-sanctie, waardoor de Koning dus opnieuw de machtiging krijgt om een datum te bepalen wanneer de 25 %-regel effectief wordt afgeschaft.

De minister heeft zes artikelen nodig gehad om eigenlijk te zeggen dat alles blijft zoals het is, de 25 %-sanctie blijft bestaan, zodat de minister kan beslissen wanneer die wordt afgeschaft. Dit komt neer op een totale uitholling van de regelgeving, die bijna niet meer te volgen is voor niet-juristen.

De spreekster verschaft duidelijkheid in deze materie door een amendement in te dienen, dat ertoe strekt paragraaf 3 weg te laten want deze paragraaf voert de 25 %-sanctie terug in. De spreekster vraagt artikel 61 dan goed te keuren want door de wijziging van artikel 49 door artikel 23 is deze regeling overbodig geworden. De spreekster zal dan artikel 62 goedkeuren, want dat houdt de afschaffing van het koninklijk besluit tot uitvoering van die 25 %-sanctie in.

De spreekster stel dus voor een aantal paragrafen te schrappen zodat er uitvoering wordt gegeven aan wat voorzien is in het regeerakkoord, zijnde de schrapping van de -25 %-regel bij kinesisten en andere beroepen, zodat de patiënt niet twee keer gestraft wordt.

Het kan toch niet zijn dat de indexering van lonen afhankelijk gemaakt wordt van het gedrag van werknemers of ambtenaren.

De minister stelt dat deze vergelijking niet opgaat. De indexmassa van zorgverleners hoort bij een conventie waartoe men kan toetreden en die men ook kan verlaten en die als organisatie kan opgezegd worden. Dit is toch verschillend van cao's voor werknemers. Kent mevrouw De Knop één ander vrij beroep waarvoor de overheid een indexmassa garandeert? Artsen, tandartsen en kinesitherapeuten zijn mensen die het beste van zichzelf geven maar volledig gesubsidieerd zijn door de sociale zekerheid en door wat patiënten betalen. Dat valt toch niet te vergelijken met advocaten? De minister stelt dat het bestaande systeem uniek is.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) stelt dat de indexmassa historisch steeds voorzien werd. En die indexmassa werd vaak in overleg met de sectoren aangewend voor andere prestaties die slecht terugbetaald werden of voor prestaties die niet voorzien waren.

De minister trekt van leer tegen artsen die supplementen vragen. Maar wanneer die indexmassa telkens niet wordt toegekend, dan zal de minister precies veroorzaken

de l'article 64 (suppression de la sanction de la réduction de 25 %), de sorte que le Roi sera de nouveau habilité à fixer la date de suppression effective de la règle des 25 %.

Le ministre a donc eu recours à six articles pour préciser en définitive que rien ne change: la sanction de la réduction de 25 % subsistera et le ministre pourra décider du moment de sa suppression. Ce procédé tend à dénaturer complètement la réglementation, qui devient presque impossible à décrypter par les non-juristes.

Dans un souci de clarté, l'intervenante présente un amendement tendant à supprimer le paragraphe 3, qui vise à réintroduire la sanction de la réduction de 25 %. Elle demande que l'article 61 soit approuvé, car la modification de l'article 49 par l'article 23 rend la règle concernée superflue. L'intervenante approuvera ensuite l'article 62, puisque celui-ci vise à abroger l'arrêté royal d'exécution de la sanction de la réduction de 25 %.

L'intervenante propose donc de supprimer plusieurs paragraphes afin de mettre en œuvre l'accord de gouvernement, qui prévoit la suppression de la règle des 25 % pour les kinésithérapeutes et les autres professions, de manière à éviter de pénaliser le patient à deux reprises.

Il ne peut être question de subordonner l'indexation des salaires à l'attitude de certains travailleurs ou fonctionnaires.

Le ministre estime que la comparaison établie n'est pas pertinente. La masse d'indexation des prestataires de soins est liée à une convention à laquelle ils peuvent adhérer, dont ils peuvent se retirer et qui peut être dénoncée par une organisation. Ce système diffère des conventions collectives de travail applicables aux salariés. Mme De Knop connaît-elle une autre profession libérale à laquelle l'autorité publique garantit une masse d'indexation? Les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes donnent le meilleur d'eux-mêmes, mais ils sont entièrement financés par la sécurité sociale et par les paiements des patients. Leur situation n'est pas comparable à celle des avocats. Le ministre affirme que le système existant est unique.

Mme Irina De Knop (Anders.) rappelle que la masse d'indexation existe depuis toujours. Elle a souvent été utilisée, en concertation avec les secteurs, pour financer d'autres prestations insuffisamment remboursées ou qui n'étaient pas encore prévues.

Le ministre critique les médecins qui facturent des suppléments, mais si la masse d'indexation n'est pas octroyée systématiquement, c'est précisément le ministre

dat er meer supplementen worden gevraagd. Artsen, net zoals andere vrije beroepen, werken immers niet gratis.

De minister gebruikt de indexmassa als chantage-middel.

Amendement nr. 20 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 32 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 33 tot 35

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 33 tot 35 worden achtereenvolgend aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 36

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 8 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het mechanisme van de gedeeltelijke toetreding te schrappen.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 9 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het mechanisme van de gedeeltelijke toetreding te schrappen.

Amendementen nrs. 8 en 9 worden achtereenvolgend verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Het ongewijzigde artikel 36 wordt vervolgens aangenomen met 10 stemmen tegen één en 2 onthoudingen.

Art. 37

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 10 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het mechanisme van de gedeeltelijke toetreding te schrappen.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 21 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt dit artikel te schrappen.

De financiële tegemoetkomingen die de minister wil afschaffen voor wie niet geconventioneerd is, hebben betrekking op telematica, de organisatie van de praktijken,

qui provoquera une augmentation des suppléments. En effet, comme les autres professions libérales, les médecins ne travaillent pas gratuitement.

Le ministre utilise la masse d'indexation comme instrument de chantage.

L'amendement n° 20 est rejeté par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 32 non modifié est ensuite adopté par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 33 à 35

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 33 à 35 sont successivement adoptés par 12 voix contre une.

Art. 36

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 8 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le mécanisme d'adhésion partielle.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 9 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le mécanisme d'adhésion partielle.

Les amendements n°s 8 et 9 sont successivement adoptés par 10 voix contre 2 et une abstention.

L'article 36 non modifié est ensuite adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 37

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 10 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le mécanisme d'adhésion partielle.

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 21 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer cet article.

Les interventions financières que le ministre souhaite supprimer pour les prestataires non conventionnés concernent la télématicque, l'organisation des cabinets,

de informicapremie voor apothekers, een vergoeding voor de administratieve lasten voor zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen in de thuisverpleging en de opleidingspremie voor verpleegkundigen. Het zijn allemaal zaken die ondertussen essentieel geworden voor een kwalitatieve gezondheidszorg. Het is dan ook niet verstandig deze voordelen af te schaffen voor wie niet geconventioneerd is.

Het afschaffen van die premies heeft als gevolg dat artsen opnieuw meer kosten zelf maken. De spreekster vreest dat daardoor wordt bewerkstelligd wat de minister eigenlijk niet wil, met name meer deconventionering bij artsen en een toename in het vragen naar supplementen.

Het is bijzonder pervers dat de toelichting de niet-geconventioneerde artsen suggereert het verlies van deze premies te compenseren via honorariumsupplementen, honorariumsupplementen die de minister bovendien wil beperken.

Er bestaat al een instrument dat conventioneren beloont en dus het niet conventioneren afstraft. De spreekster verwijst naar het sociaal statuut dat wordt toegekend aan wie geconventioneerd is. Die koppeling is evident want het raakt onmiddellijk aan de zorgverlener die zich niet conventioneert en raakt de patiënt niet, ook niet onrechtstreeks.

Wat de minister doet, wordt als een vorm van pesterij gezien. De minister jaagt de zorgverleners tegen zich in het harnas. De minister haalt zelf het draagvlak voor de herijking van de nomenclatuur en voor conventionering weg.

Er is een akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen omdat de artsen hun goede wil hebben getoond. De vraag is echter of er nog een akkoord zal komen na de goedkeuring van de voorliggende ontwerpen.

Amendement nr. 10 wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Amendement nr. 21 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 37 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Art. 38

Mevrouw Katleen Bury (VB) is van oordeel dat het niet duidelijk is dat de toepassing van de maximumfactuur gegarandeerd is.

une indemnité pour les charges administratives des infirmiers et des aides-soignants indépendants, ainsi que la prime de formation pour les infirmiers. Il s'agit d'éléments qui sont, entre-temps, devenus essentiels à la qualité des soins de santé. Il n'est dès lors pas judicieux de supprimer ces avantages pour les prestataires non conventionnés.

La suppression de ces primes entraînera une nouvelle augmentation des coûts personnels pour les médecins. L'intervenante craint que le résultat soit précisément à l'opposé du résultat visé par le ministre, à savoir une augmentation du nombre de déconventionnements de médecins et une hausse des suppléments d'honoraires.

Il est particulièrement pervers que le dispositif suggère aux médecins non conventionnés de compenser la perte de ces primes par des suppléments d'honoraires, suppléments que le ministre entend d'ailleurs limiter.

Il existe déjà un instrument qui récompense le conventionnement et pénalise donc le non-conventionnement, à savoir le statut social que l'INAMI accorde aux prestataires conventionnés. Cette corrélation est évidente, en ce qu'elle touche directement le prestataire qui ne se conventionne pas et n'affecte pas le patient, même de manière indirecte.

Les mesures du ministre sont perçues comme une forme de harcèlement. Le ministre s'aliène les dispensateurs de soins et affaiblit lui-même l'adhésion nécessaire à la réforme de la nomenclature et au conventionnement.

Les médecins et les mutualités ont conclu l'accord existant car les médecins ont fait preuve de bonne volonté. Il faut toutefois se demander si un autre accord pourra être conclu après l'adoption des projets à l'examen.

L'amendement n° 10 est rejeté par 10 voix contre 2 et une abstention.

L'amendement n° 21 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'article 37 non modifié est ensuite adopté par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

Art. 38

Mme Katleen Bury (VB) estime que l'application du maximum à facturer n'est pas clairement garantie.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 11* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Mevrouw Caroline Désir (PS) verwijst naar de verantwoording bij amendement nr. 4.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) gaat in op de maximumfactuur. Voor de maximumfactuur wordt het bedrag van de richttarieven beschouwd als remgeld. De richttarieven of de honorariumsupplementen die door de akkoorden of door documenten worden toegelaten voor patiënten van geconventioneerde artsen worden in de maximumfactuur opgenomen. Voor alle patiënten zal het gewoon een door de overheid goedgekeurd supplement zijn. Patiënten worden gestraft omwille van het statuut van hun arts. Patiënten die het financieel moeilijk hebben, maar die een niet-geconventioneerde arts hebben, zullen de supplementen moeten betalen.

De spreekster dient *amendement nr. 22* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt de patiënt niet te sanctioneren voor het al dan niet geconventioneerde zijn van de zorgverlener, ook niet voor wat betreft de uitgaven die worden opgenomen in de berekening van het plafond van remgelden in het kader van de maximumfactuur.

Amendementen nrs. 11 en 22 worden achtereenvolgens verworpen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 38 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Art. 39

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 39 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen één en 3 onthoudingen.

Art. 40

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 12* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het bepaalde onder 2° de ontworpen bepaling onder z) weg te laten.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient *amendement nr. 23* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in het artikel, onder 2°, z), de woorden "voor de zorgverleners die tot die akkoorden of die documenten zijn toegetreden" te schrappen.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 11* (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer cet article.

Mme Caroline Désir (PS) renvoie à la justification de l'*amendement n° 4*.

Mme Irina De Knop (Anders.) aborde la question du maximum à facturer. Le montant des tarifs indicatifs sera assimilé dans ce cadre au ticket modérateur. Les tarifs indicatifs ou les suppléments d'honoraires autorisés, par les accords ou par des documents, pour les patients des médecins conventionnés seront repris dans le maximum à facturer. Pour tous les patients, il s'agira simplement de suppléments approuvés par les autorités. Les patients seront pénalisés en raison du statut de leur médecin. Ainsi, tout patient qui consulte un médecin non conventionné devra payer ces suppléments, même s'il est confronté à des difficultés financières.

L'intervenante présente l'*amendement n° 22* (DOC 56 1334/002) tendant à ne pas pénaliser le patient selon que le prestataire de soins est conventionné ou non, y compris en ce qui concerne les dépenses prises en compte dans le calcul du plafond des tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

Les amendements n°s 11 et 22 sont successivement rejetés par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 38 est ensuite adopté sans modification par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

Art. 39

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 39 est adopté par 9 voix contre une et 3 abstentions.

Art. 40

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 12* (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer le z) en projet dans le 2°.

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'*amendement n° 23* (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer, dans le 2°, z), de cet article, les mots "pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents".

Richttarieven worden toegekend omdat een prestatie vandaag onvoldoende wordt vergoed of voor innovaties die niet worden vergoed. Eigenlijk zijn richttarieven honorariumsupplementen die worden aangerekend met akkoord van het RIZIV, met dat verschil dat ze worden opgenomen in de maximumfactuur.

Eigenlijk zou het mogelijk moeten zijn om te werken met richttarieven ongeacht de conventiestatus van de zorgverlener. Het is een goed instrument om bij niet-geconventioneerde zorgverleners de honorariumsupplementen te beperken. Dit zou het doel van de minister moeten zijn.

Honorariumsupplementen vallen niet onder de maximumfactuur, de richttarieven wel. De patiënt wordt dus de dupe van deze maatregel. Er zijn specialismen waar het aantal geconventioneerde zorgverleners laag is, vaak omdat prestaties niet of onvoldoende worden vergoed. Richttarieven moeten volgens de toelichting beperkt worden toegekend. Dat wil zeggen dat deze zorgverleners voor één enkel richttarief zich niet gaan conventioneren als ze vandaag gedeconventioneerd zijn. En dat betekent dat de patiënt die weinig keuze heeft tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverleners hiervoor de rekening betaalt.

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Amendement nr. 23 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 40 wordt vervolgens aangenomen met 9 tegen 4 stemmen.

Art. 41

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 41 wordt aangenomen met 9 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 42

Mevrouw Katleen Bury (VB) merkt op dat de afwijking geldt voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming. Het artikel voorziet geen enkel controlemechanisme. Het onderscheid in terugbetaling tussen begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming ten opzichte van de andere patiënten is onduidelijk. Waarom is er überhaupt een verschil tussen beide groepen?

Les tarifs indicatifs seront accordés lorsque certaines prestations sont insuffisamment remboursées ou pour des innovations non encore prises en charge. En pratique, il s'agira de suppléments d'honoraires facturés avec l'accord de l'INAMI, à la différence près qu'ils seront intégrés dans le maximum à facturer.

Il devrait en réalité être possible de recourir à ces tarifs indicatifs quel que soit le statut de conventionnement du dispensateur de soins. Ils constituent en effet un instrument utile pour limiter les suppléments d'honoraires chez les prestataires non conventionnés, ce qui devrait être l'objectif du ministre.

Les suppléments d'honoraires ne seront pas pris en compte dans le maximum à facturer, contrairement aux tarifs indicatifs. C'est donc le patient qui pâtira de cette mesure. Il existe aujourd'hui des spécialités dans lesquelles le nombre de prestataires de soins conventionnés est faible, souvent parce que les prestations ne sont pas remboursées ou ne le sont pas suffisamment. Selon l'exposé des motifs, les tarifs indicatifs devront être accordés de manière limitée. Cela signifie que ces prestataires n'auront aucun intérêt à se conventionner pour un seul tarif indicatif. Les patients ayant peu de choix entre prestataires conventionnés et non conventionnés en supporteront donc les conséquences.

L'amendement n° 12 est rejeté par 9 voix contre 3 et une abstention.

L'amendement n° 23 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'article 40 est ensuite adopté sans modification par 9 voix contre 4.

Art. 41

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 41 est adopté par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

Art. 42

Mme Katleen Bury (VB) fait observer que la dérogation visée concerne le droit à l'intervention majorée. Cet article ne prévoit aucun mécanisme de contrôle. La distinction opérée en matière de remboursement entre les bénéficiaires de l'intervention majorée et les autres patients n'est pas claire. Pourquoi faut-il absolument établir une différence entre ces deux groupes?

Artikel 42 wordt aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 43

Mevrouw Katleen Bury (VB) vindt de retroactiviteit juridisch problematisch.

Artikel 43 wordt aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 44 en 45

Mevrouw Katleen Bury (VB) verwijst naar de opmerkingen van de Raad van State die stelde dat de vertegenwoordiging van de deelstaten in de beheersorganen door een koninklijk besluit gewijzigd moet worden. De spreekster stelt vast dat een minderheid van deze vertegenwoordigers uit Vlaanderen komt. Wat zijn de intenties van de minister?

De minister verwijst naar de opmerking van de Raad van State. De Raad van State stelt dat bij het nemen van het koninklijk besluit om de vertegenwoordiging van de deelstaten te concretiseren, er met de deelstaten overlegd moet worden. Er moet dus niet nu in een wet aangegeven worden wat het globale aantal is, op basis waarvan de verdeling tussen de deelstaten zal gebeuren. Daarom wordt het cijfer 7 geschrapt.

De artikelen 44 en 45 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 46

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) wijst erop dat de procedure tot wijziging van de nomenclatuur vereenvoudigd wordt in functie van hoogdringendheid en het belang van de vooropgestelde wijziging. De termijn waarbinnen de technische raad een voorstel moet formuleren op verzoek van de minister of de overeenkomstencommissie wordt gebracht op minstens één maand. Gebeurt dit niet binnen de gevraagde termijn of is het voorstel niet conform de opdracht, dan kan de minister of de overeenkomstencommissie zelf een voorstel formuleren. De spreekster heeft er begrip voor dat men de zaken vooruit wil laten gaan. Maar is de schrapping van de technische raad de beste werkwijze? In die raad bevindt zich immers veel expertise.

Is het vanuit het oogpunt van efficiëntie en tijdswinst niet beter de hele procedure in het RIZIV te bekijken?

L'article 42 est adopté par 12 voix contre une.

Art. 43

Mme Katleen Bury (VB) estime que la rétroactivité pose un problème sur le plan juridique.

L'article 43 est adopté par 12 voix contre une.

Art. 44 et 45

Mme Katleen Bury (VB) renvoie aux observations du Conseil d'État, qui a souligné que la représentation des entités fédérées dans les organes de gestion nécessite un arrêté royal. L'intervenante constate que la Flandre y sera représentée de manière minoritaire. Quelles sont les intentions du ministre à cet égard?

Le ministre revient sur l'observation formulée par le Conseil d'État, qui estime que l'arrêté royal visant à préciser la représentation des entités fédérées devra être pris en concertation avec celles-ci. Il n'y a dès lors pas lieu de fixer dès à présent dans la loi le nombre total de représentants sur la base duquel sera effectuée la répartition entre les entités fédérées. C'est la raison pour laquelle le chiffre 7 est supprimé.

Les articles 44 et 45 sont successivement adoptés par 11 voix contre 2.

Art. 46

Mme Irina De Knop (Anders.) souligne que la procédure de modification de la nomenclature sera simplifiée en fonction de l'urgence et de l'importance de la modification proposée. Le délai imparti au conseil technique pour formuler une proposition à la demande du ministre ou de la commission de conventions sera d'au moins un mois. En cas de proposition tardive ou non conforme du conseil technique, le ministre ou la commission de conventions pourra formuler une proposition. L'intervenante comprend la nécessité de faire avancer les choses. Mais est-il vraiment opportun d'écarter le conseil technique? Ce conseil dispose en effet d'une grande expertise.

Dans un souci d'efficacité et de gain de temps, ne serait-il pas préférable d'examiner l'ensemble de la procédure au sein de l'INAMI?

De voorgestelde procedure zal gebruikt worden in geval van dringendheid en gelet op het belang van de vooropgestelde wijziging. Deze begrippen zijn wel rekbaar. De spreekster vreest misbruik door de minister.

In het artikel wordt niet bepaald dat de procedure enkel zal worden gebruikt in geval van dringendheid of gelet op het belang van een vooropgestelde wijziging.

De minister antwoordt dat de technische raad niet geschrapt wordt. De technische raad speelt zijn rol, de minister wil vermijden dat, als snelle vooruitgang geboekt moet worden bij noodzakelijke aanpassingen, hervormingen en innovatie, dossiers blijven liggen doordat men niet tot besluitvorming komt.

Artikel 46 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 47

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 47 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 48

Mevrouw Katleen Bury (VB) merkt op dat er een aantal voorbeelden worden gegeven voor de toepassing van artikel 48. Het betreft echter geen limitatieve opsomming. Waarom bakent de minister de verbodsbepalingen niet duidelijker af?

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 13* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt de ereloonsupplementen te plafonneren, zodat de zorg betaalbaar blijft voor de patiënten, zeker nu de beschikbaarheid van geconventioneerde artsen niet langer overal volkomen gewaarborgd is.

Het feit dat de bezoldiging van zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde artsen grotendeels afhangt van overheidsfinanciering, maakt zulke begrenzing extra verdedigbaar. Zo blijft de billijkheid van het systeem immers overeind en worden patiënten niet gedwongen zorg uit te stellen. De plafonnering van de erelonen moet in werking treden op hetzelfde tijdstip als de inwerkingtreding van twee voor het financiële overleven van de structuren en de zorgverleners essentiële

La procédure visée sera appliquée en fonction de l'urgence et de l'importance de la modification proposée. Ces notions sont toutefois sujettes à interprétation. L'intervenante craint que le ministre n'en abuse.

Cet article ne circonscrit pas le recours à cette procédure aux propositions de modification urgentes ou importantes.

Le ministre répond que le conseil technique n'est pas amené à disparaître. Celui-ci continuera à jouer son rôle, mais le ministre entend éviter que lorsqu'il faut procéder rapidement à des modifications, à des réformes et à des innovations indispensables, les dossiers restent en suspens faute de parvenir à une décision.

L'article 46 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 47

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 47 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

Art. 48

Mme Katleen Bury (VB) fait observer que plusieurs exemples sont fournis concernant l'application de l'article 48. Il ne s'agit toutefois pas d'une énumération exhaustive. Pourquoi le ministre ne délimite-t-il pas plus clairement ces interdictions?

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 13* (DOC 56 1334/002) tendant à plafonner les suppléments d'honoraires, pour que les soins continuent d'être financièrement accessibles pour les patients, dans un contexte où la disponibilité de médecins conventionnés n'est pas pleinement assurée sur l'ensemble du territoire.

Cette régulation est d'autant plus légitime que la rémunération des médecins, qu'ils soient conventionnés ou non, dépend majoritairement du financement public. Elle vise ainsi à préserver l'équité du système et à éviter que les patients ne soient contraints de reporter leurs soins. L'entrée en vigueur du plafonnement des honoraires doit être concomitante avec l'entrée en vigueur de deux réformes fondamentales pour la viabilité financière des structures et des prestataires de soins: la réforme de la

hervormingen, namelijk de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuishervorming, beide gepland tegen het einde van zittingsperiode 56.

Met de nomenclatuurbhervorming zou de ziekenhuisfinanciering worden losgekoppeld van de bezoldiging van artsen, waardoor de ereloonsupplementen kunnen worden geplafonneerd zonder weerslag op de financiering van ziekenhuisstructuren.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 14 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in de ontworpen paragraaf 5, zesde lid, de woorden “, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordcommissie” weg te laten.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 15 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt in de ontworpen paragraaf 5, zevende lid, initio, de zin “De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd.” weg te laten.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 24 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt een aantal wijzigingen in het artikel aan te brengen.

De datum van 1 januari 2028 wordt geschrapt. Er kan pas over de ereloonsupplementen gesproken worden indien de herijking van de nomenclatuur en de herziening van de ziekenhuisfinanciering beslist zijn. Het is niet verdedigbaar de honorariumsupplementen te herzien zonder dat de impact van deze twee hervormingen kan worden ingeschat door de zorgverleners en de ziekenhuizen.

Een dergelijke beslissing moet genomen worden in overleg met de zorgverleners en de ziekenhuizen, niet door de minister op eigen houtje op basis van onduidelijke criteria.

De spreekster vraagt dat de zorgverleners één jaar de tijd krijgen om een dergelijk voorstel te formuleren. Verwachten dat men kan komen tot een gedegen en gedifferentieerd voorstel in zes maanden is onzinnig.

Wanneer wordt overgegaan tot de beperking van supplementen op een gedeelte van het bedrag of honorarium, dan moet dit gebeuren bij besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad. In dat geval mogen er geen afdrachten meer mogelijk zijn op het bedrag of het honorarium noch op de aangerekende supplementen op dit gedeelte.

nomenclature et la réforme hospitalière; toutes les deux prévues pour la fin de cette législature 56.

L'entrée en vigueur de la réforme de la nomenclature déliant le financement de l'hôpital de la rémunération du médecin permettra de plafonner les suppléments d'honoraires sans que cela ait un impact sur le financement des structures hospitalières.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 14 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer, dans le paragraphe 5 proposé, dans l'alinéa 6, les mots “, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission d'accords concernée”.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 15 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer, dans le paragraphe 5 proposé, dans l'alinéa 7, initio, la phrase: “Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments.”

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 24 (DOC 56 1334/002) tendant à apporter plusieurs modifications à cet article.

Cet amendement tend à supprimer la date prévue du 1^{er} janvier 2028. L'intervenante estime que l'on ne pourra discuter des suppléments d'honoraires que lorsque la réforme de la nomenclature et la révision du financement des hôpitaux auront été décidées. Il est injustifiable de revoir les suppléments d'honoraires sans que les prestataires de soins et les hôpitaux aient pu évaluer les conséquences de ces deux réformes.

La membre ajoute que cette décision devra être prise en concertation avec les prestataires de soins et les hôpitaux, et non par le seul ministre sur la base de critères vagues.

Elle demande aussi que les prestataires de soins disposent d'un délai d'un an pour formuler une proposition en la matière. On ne peut raisonnablement attendre qu'une proposition solide et différenciée soit formulée en six mois.

L'intervenante considère que toute limitation des suppléments sur une partie du montant ou de l'honoraire doit être décidée par arrêté délibéré en Conseil des ministres et que, le cas échéant, les rétrocessions ne seront plus possibles sur le montant ou sur l'honoraire, ni sur les suppléments facturés sur cette partie.

De spreekster verwijst naar de verantwoording bij het amendement.

De minister is het niet eens met deze redenering. Stellen dat een kader voor supplementen maar in werking kan treden als de nomenclatuur herijkt is, maakt de tekst juridisch bijzonder onduidelijk. De bedoeling van de regering is dat deze debatten parallel lopen. De minister verschafft zichzelf een zekere bewegingsruimte in de tijd voor het vastleggen van plafonds op ereeloonsupplementen.

Amendement nr. 13 wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 14 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Amendementen nrs. 15 en 24 worden achtereenvolgend verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Vervolgens wordt het ongewijzigde artikel 48 aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 49

Mevrouw Katleen Bury (VB) dringt aan op een betere definitie van de "bijzondere eisen".

De minister wijst erop dat het de bevoegdheid is van de akkoordcommissies om in het akkoord te bepalen wat voor de toepassing van het akkoord als bijzondere eis wordt beschouwd. Meestal gaat het om verstrekkingen die op vraag van de patiënt worden verricht na een bepaald uur, tijdens het weekend of op een wettelijke feestdag. Het wordt aan het overleg overgelaten om te preciseren hoe dat dit precies ingevuld wordt.

Artikel 49 wordt aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 50

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 50 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 51

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 25 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt

L'intervenante renvoie à la justification de son amendement.

Le ministre rejette ce raisonnement. Disposer qu'un cadre applicable aux suppléments ne pourra entrer en vigueur qu'après la révision de la nomenclature rendrait le texte particulièrement flou sur le plan juridique. L'objectif du gouvernement est que les débats sur ces réformes puissent se mener parallèlement. Le ministre s'accorde un certain délai pour plafonner les suppléments d'honoraires.

L'amendement n° 13 est rejeté par 10 voix contre 3.

L'amendement n° 14 est rejeté par 11 voix contre 2.

Les amendements n°s 15 et 24 sont successivement rejetés par 10 voix contre 2 et une abstention.

Ensuite, l'article 48 est adopté, sans modification, par 11 voix contre 2.

Art. 49

Mme Katleen Bury (VB) demande de mieux définir la notion d'"exigences particulières".

Le ministre indique que ce sont les commissions d'accords qui sont compétentes pour définir dans les accords ce qu'il convient d'entendre par exigence particulière pour l'application desdits accords. Il s'agira généralement de prestations qui sont effectuées à la demande du patient après une certaine heure, le week-end ou un jour férié légal. Il appartiendra aux parties prenantes à la concertation de préciser ce qu'il convient précisément d'entendre par cette notion.

L'article 49 est adopté par 12 voix contre une.

Art. 50

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 50 est adopté par 11 voix contre 2.

Art. 51

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 25 (DOC 56 1334/002) tendant à faire entrer

afdeling 7 in werking te laten treden, 1 jaar nadat de herijking van de nomenclatuur en de herziening van de financiering van de ziekenhuizen in werking is getreden.

Het uitstel tot 1 januari 2029 wordt gemotiveerd door de eventualiteit dat de herijking van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet zijn afgerond. Er is geen garantie dat dit een feit zal zijn tegen 1 januari 2029.

Amendement nr. 25 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Het ongewijzigde artikel 51 wordt vervolgens aangenomen met 9 stemmen tegen 2 en 2 onthoudingen.

Art. 52 en 53

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient amendement nr. 26 (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt afdeling 8 "Financiering representatieve beroepsorganisaties" te schrappen.

De spreekster vindt het niet kunnen dat beroepsorganisaties worden gestraft als hun leden zich niet conventioneren. Als zorgverleners zich niet conventioneren is het aan de bevoegde overheid om na te gaan waarom dat zo is. Wie niet akkoord is met de minister en niet conventioneert wordt gepenaliseerd. Wat indien een vakbond zou gestraft worden voor de keuzes van hun leden? Dat zou door de Vooruit-fractie toch ook niet aanvaard worden?

Amendement nr. 26 wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

De ongewijzigde artikelen 52 en 53 worden vervolgens achtereenvolgend aangenomen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Art. 54 tot 57

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 54 tot 57 worden achtereenvolgend aangenomen met 12 tegen één stemmen.

en vigueur la section 7 un an après l'entrée en vigueur de la révision de la nomenclature et de la réforme du financement des hôpitaux.

Cet amendement tend à reporter la date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2029, car la révision de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux risquent de ne pas être finalisées en temps voulu. Rien ne garantit en outre que ce sera fait le 1^{er} janvier 2029.

L'amendement n° 25 est rejeté par 9 voix contre 3 et une abstention.

L'article 51 est ensuite adopté, sans modification, par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

Art. 52 et 53

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'amendement n° 26 (DOC 56 1334/002) tendant à supprimer la section 8 "Financement des organisations professionnelles représentatives".

L'intervenante considère que les organisations professionnelles ne devraient pas être sanctionnées si leurs membres décident de ne pas se conventionner. Si certains dispensateurs de soins n'adhèrent pas aux conventions, il appartient à l'autorité compétente d'en déterminer les raisons. Les dispensateurs de soins qui ne sont pas d'accord avec le ministre et qui ne se conventionnent pas seront pénalisés. *Quid* si un syndicat était pénalisé en raison des choix de ses membres? L'intervenante présume que le groupe Vooruit ne l'accepterait pas non plus.

L'amendement n° 26 est rejeté par 10 voix contre 2 et une abstention.

Les articles 52 et 53 sont ensuite successivement adoptés, sans modification, par 10 voix contre 2 et une abstention.

Art. 54 à 57

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 54 à 57 sont successivement adoptés par 12 voix contre une.

Art. 58

Mevrouw Katleen Bury (VB) wijst erop dat de opschorting van het RIZIV-nummer de terugbetaling blokkeert, maar niet noodzakelijk de uitoefening van de geneeskunde. De minister verwees naar een kinesitherapeut bij een sportclub. De spreekster dringt aan op transparante communicatie naar de patiënt.

De uitbreiding van de taken van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) zijn niet in de Kaderwet opgenomen. Hoe gaan de gegevens om fraude op te sporen verzameld worden? Op basis van welke gegevens wordt de intrekking van het RIZIV-nummer uitgesproken?

De minister wijst erop dat de bevoegdheden van de DGEC niet afhankelijk zijn van een aanpassing van het takenpakket van de IMA. Het herwerken van de wetgeving rond het IMA noodzaakt grondig advies van de Raad van State en de GBA. Er wordt dus later op de werking en de bevoegdheden van het IMA teruggekomen.

Alle zaken die mevrouw Bury opsomt over transparantie voor patiënten over het al dan niet schorsen van een RIZIV-nummer staan in het ontwerp. Er komt informatie voor de patiënten over het schorsen van een RIZIV-nummer in een zoekmodule bij het RIZIV.

Wanneer een patiënt onterecht maar te goeder trouw zich laat verzorgen en betalingen verricht, dan kan die patiënt daartegen beschermd worden.

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 16* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt het mechanisme van de gedeeltelijke toetreding te schrappen.

Amendement nr. 16 wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 en één onthouding.

Het ongewijzigde artikel 58 wordt vervolgens aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 59

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 59 wordt aangenomen met 12 tegen één stemmen.

Art. 58

Mme Katleen Bury (VB) souligne que la suspension du numéro INAMI bloque le remboursement, mais pas nécessairement l'exercice de la médecine. Le ministre a évoqué le cas d'un kinésithérapeute exerçant dans un club de sport. La membre insiste sur la nécessité d'une communication transparente envers le patient.

La loi-cadre ne prévoit pas d'étendre les missions de l'Agence InterMutualiste (AIM). Comment les données permettant de détecter la fraude seront-elles collectées? Sur la base de quelles données le retrait du numéro INAMI sera-t-il prononcé?

Le ministre souligne que les compétences du SECM ne dépendent pas d'une modification des attributions de l'AIM. La refonte de la législation relative à l'AIM nécessite effectivement un avis approfondi du Conseil d'État et de l'APD. Par conséquent, le fonctionnement ainsi que les compétences de l'AIM feront l'objet d'un examen ultérieur.

Tous les points soulevés par Mme Bury concernant la transparence à l'égard des patients quant à la suspension ou non d'un numéro INAMI figurent dans le projet. Les patients pourront bientôt consulter ces informations dans un module de recherche de l'INAMI.

Lorsqu'un patient se fait soigner à tort, mais de bonne foi, et effectue des paiements, il peut bénéficier d'une protection.

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 16* (DOC 56 1334/002), tendant à supprimer le mécanisme d'adhésion partielle.

L'amendement n° 16 est rejeté par 10 voix contre 2 et une abstention.

L'article 58 est ensuite adopté, sans modification, par 12 voix contre une.

Art. 59

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 59 est adopté par 12 voix contre une.

Art. 60

Mevrouw Katleen Bury (VB) wijst erop dat de adviserende artsen rechtstreeks gaan rapporteren aan de DGEC. Volgens de spreekster beperkt dit de onafhankelijkheid van de adviserende artsen. De spreekster pleit voor het behouden van duale controle.

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) vraagt zich af of de adviserend geneesheer meer bevoegdheden krijgt dan in artikel 34 bepaald is. De minister bepaalt het soort opdrachten dat het Nationaal College en de lokale colleges krijgen. Over welke opdrachten gaat het dan voor beide soorten organen? Hoe groot is de regio die door een lokaal college bestreken wordt?

De spreekster vindt het beter dat de samenstelling van het Nationaal College al in het wetsontwerp bepaald wordt.

De minister wil dat de vaststellingen door verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere zorgverstrekkers kunnen worden gebruikt door de inspecteurs en controleurs omdat er te weinig adviserende artsen zijn. Maar er zijn ook al te weinig verpleegkundigen, het is bijgevolg geen goed idee deze uit het werkveld weg te trekken om ze hier in te zetten.

Waarom wordt de controlebevoegdheid uitgebreid terwijl er al zoveel werk is? Is het niet beter risicogestuurd te werk te gaan?

De minister wijst erop dat de voorgestelde wijziging de bevoegdheid van de adviserend artsen niet aantast. De mogelijkheid om taken te delegeren bestaat al. De wijziging heeft tot doel om aan de vaststellingen van de personen die gedelegeerde opdrachten uitoefenen ook een bijzondere bewijswaarde te hechten zodat de sociaal inspecteurs van de DGEC erop kunnen bouwen net zoals ze dat kunnen doen wanneer het gaat over vaststellingen van de adviserend artsen zelf.

De wijziging komt er niet om verpleegkundigen weg te halen uit het werkveld, het gaat over werk dat verpleegkundigen reeds verrichten. Er komt meer waardering voor dat werk om dubbel werk te vermijden. Het feit dat de sociaal inspecteur van de DGEC op die vaststellingen kan verder bouwen, zorgt voor een efficiëntere controle in zijn geheel.

Artikel 60 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 60

Mme Katleen Bury (VB) souligne que les médecins-conseils vont désormais rendre directement compte au SECM. Selon l'intervenante, cela porte atteinte à leur indépendance. Elle plaide dès lors pour le maintien d'un double contrôle.

Mme Irina De Knop (Anders.) se demande si le médecin-conseil se verra attribuer davantage de compétences que celles prévues à l'article 34. Le ministre détermine le type de missions confiées au Collège national et aux collèges locaux. De quelles missions s'agit-il pour ces deux types d'organes? Quelle est l'étendue territoriale couverte par un collège local?

La membre estime qu'il serait préférable que la composition du Collège national soit déjà fixée dans le projet de loi.

Le ministre souhaite que les constatations effectuées par des infirmiers, des kinésithérapeutes et d'autres prestataires de soins puissent être utilisées par les inspecteurs et les contrôleurs, eu égard au manque de médecins-conseils. Le nombre d'infirmiers étant toutefois déjà insuffisant, ce n'est pas une bonne idée de les retirer du terrain pour les affecter à cette tâche.

Pourquoi étendre le pouvoir de contrôle alors qu'il y a déjà tant de travail? Ne vaudrait-il pas mieux procéder en fonction des risques?

Le ministre fait observer que la modification proposée ne porte pas atteinte aux compétences des médecins-conseils. La possibilité de déléguer des tâches existe déjà. La modification vise à attribuer une force probante particulière aux constatations effectuées par les personnes exerçant des missions déléguées, de sorte que les inspecteurs sociaux du SECM puissent s'y fier, de la même manière qu'ils le font lorsqu'il s'agit des constatations des médecins-conseils eux-mêmes.

Cette modification ne vise pas à retirer les infirmiers du terrain, elle concerne des tâches qu'ils accomplissent déjà. L'objectif est de mieux valoriser ce travail afin d'éviter les doubles emplois. Le fait que les inspecteurs sociaux du SECM puissent s'appuyer sur ces constatations permet en outre d'améliorer l'efficacité du contrôle dans sa globalité.

L'article 60 est adopté par 11 voix contre 2.

Art. 61 tot 64

Over deze artikelen worden geen opmerkingen geformuleerd.

Artikel 61 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 62 wordt aangenomen met 12 stemmen en één onthouding.

De artikelen 63 en 64 worden achtereenvolgend eenparig aangenomen.

Art. 65

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) dient *amendement nr. 27* (DOC 56 1334/002) in, dat ertoe strekt artikel 63 in werking te laten treden op 1 januari 2028.

De spreekster verwijst naar de verantwoording bij amendement nr. 20.

Amendement nr. 27 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Het ongewijzigde artikel 65 wordt vervolgens aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

*
* *

Op verzoek van *mevrouw Katleen Bury (VB)* zal de commissie, met toepassing van artikel 83.1 van het Reglement, overgaan tot een tweede lezing van de door de commissie aangenomen artikelen.

De rapportrice,

Irina De Knop

De voorzitter,

Jan Bertels (a.i.)

Art. 61 à 64

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

L'article 61 est adopté à l'unanimité.

L'article 62 est adopté par 12 voix et une abstention.

Les articles 63 et 64 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 65

Mme Irina De Knop (Anders.) présente l'*amendement n° 27* (DOC 56 1334/002) tendant à faire entrer en vigueur l'article 63 au 1^{er} janvier 2028.

L'intervenante renvoie à la justification de l'amendement n° 20.

L'amendement n° 27 est rejeté par 9 voix contre 3 et une abstention.

L'article 65 est ensuite adopté, sans modification, par 11 voix contre 2.

*
* *

À la demande de *Mme Katleen Bury (VB)*, la commission procédera, en application de l'article 83.1 du Règlement, à une deuxième lecture des articles adoptés par la commission.

La rapporteure,

Irina De Knop

Le président,

Jan Bertels (a.i.)