

KRONIEK VAN EEN ARTSENSTAKING

07.07.2025

Het voorontwerp van Kaderwet van
Minister Vandenbroucke

YOU DON'T KNOW WHAT YOU'VE GOT
TILL IT'S GONE



INDELING

Voorwoord	4
Artsenstakingen	5
Het regeerakkoord van de Arizona coalitie	7
Regeerakkoord vs '10 Franke vragen aan Frank'(2024)	18
Chronologie	45
Ministeriële dia's van 03 juni 2025	47
Versie 1-2-3-4 Voorontwerp van Kaderwet	64
Samenvattend overzicht tussen versie 1-2-3-4 voor belangrijke thema's	125
Was syndicaal activisme de moeite waard?	127
Het voorontwerp van Kaderwet vs het Regeerakkoord	130
Het voorontwerp van Kaderwet in breder perspectief	132
Wordt de patiënt beter van het voorontwerp van Kaderwet?	174
Thema's	180
Budget van de ziekteverzekering	180
Ereloonsupplementen	182
Nomenclatuurhervorming	200
Hervorming ziekenhuisfinanciering + Art. 155§3	209
Co-governance	226
Verhoogde tegemoetkoming	229
Unmet needs	235
Out-of-pocket uitgaven	236
Transparantiecodes	240
Artikel 35§4	248
Disruptieve elementen	258
Werkpunten na de Kern	264
Besluit	265
Synthesenota 07.02.2026	266
Auteur	269

VOORWOORD

Artsenstakingen zijn een zeldzaamheid en moeten dat blijven. Als bevoorrechte getuige heb ik de gebeurtenissen van 2025 van zeer nabij kunnen meemaken, vaak van op de eerste rij. De kroniek dient om toekomstige generaties artsen terug te laten blikken op de staking van 7 juli 2025. Hierbij geldt een oude spreuk die toegeschreven wordt aan Marcus Aurelius, maar misschien niet van hem stamt: "Alles wat we horen is een mening, geen feit. Alles wat we zien is een perspectief, niet de waarheid." Dit relaas is dan ook geschreven vanuit een artsenperspectief.

Professor Uwe E Reinhardt was Professor Politieke Economie aan de Princeton University in de USA en gaf in 1997 de "Annual Lecture 1997" die kan ingelezen worden onder de titel: 'Accountable Health Care: is it compatible with social solidarity?' (ISBN 1899 040 307). Op p. 69 lezen we volgend fragment en we moeten al herhaald kijken naar de datum: 1997 en niet 2025 of 2026, om zeker te zijn dat er niets nieuws is onder de zon:

"VIII CONCLUDING REMARKS: WHITHER HEALTH CARE?"

At the beginning of this essay, it was remarked that the current world wide malaise over health care is nothing new, and that it will never abate. At the heart of that malaise lies **the perennial suspicion that the health sector does not use the resources entrusted to it as well as it might**, because the transactions in the health sector typically lack the economic legitimacy that makes normal transactions in the market place so civilized and mutually agreeable. **Unfortunately, there does not exist an arrangement that could ever raise the typical health care transaction to that level of economic legitimacy. Therefore, permanent unhappiness with the health system is part and parcel of the human condition, as are the periodic calls for bold reforms that are followed periodically by feeble attempts at reform, only to be followed by further calls for reform.** The current, worldwide epidemic of health-care reform, as Rudolf Klein (1995) has called it, is driven by one common objective: to hold physicians and the managers of health care facilities more fully accountable for the resources they are allocated (as under the British system) or that they conscript (as in many other systems)."

Het is duidelijk: geneeskunde wijzigt razendsnel, maar het klagen over de artsen, dat was er en dat zal blijven. Dat geklaag over artsen leidt tot een permanente vraag naar hervormingen. En als die goed onderweg zijn zal de vraag voor nieuwe hervormingen eraan komen. Eén rode draad: een hervorming is maar gelukt als de arts steeds meer 'geresponsabiliseerd' werd. Het woord 'patiënt', waar geneeskunde intrinsiek mee bezig is, zal je niet terugvinden in de beoordeling van de hervorming.

ARTSENSTAKINGEN

Tijdens de eerste **artsenstaking van 1 tot 18 april 1964** staakte een groot deel van de Belgische artsen en tandartsen als reactie op de geplande hervormingen in de sociale zekerheid. Dit hard conflict was gericht tegen de geplande besparingen in de sociale zekerheid door de toenmalige minister Edmond Leburton, de zogenaamde wet Leburton. Deze wilde de geneeskunde, die tot dan praktisch vrij was, aan banden leggen. Als reactie op geplande hervormingen in de gezondheidszorg staakten 95% van de Belgische artsen en tandartsen. Het artsensyndicaat van André Wynen wilde de absolute therapeutische vrijheid handhaven. Stakende artsen werden door het leger opgevorderd in hun functie van reserveofficier. Om hieraan te ontsnappen, vertrokken veel artsen op vakantie naar het buitenland. De staking duurde bijna 3 weken en eindigde pas wanneer de overheid aan de meeste eisen toegaf. De wet Leburton moest herschreven worden.

Van **december 1979 tot januari 1980** was er een tweede, minder algemene artsenstaking in België. Duizenden Belgische artsen legden het werk neer om te protesteren tegen de hervormingsplannen van minister van Sociale Voorzorg Alfred Califice (PSC). De staking duurde in totaal 28 dagen. De situatie werd zo ernstig dat zelfs het militair hospitaal moest worden gevorderd. Premier Wilfried Martens (CVP) hervatte de gesprekken met de klassieke artsensyndicaten, maar finaal werd weinig beslist, omdat op 9 april 1980 de regering viel over de tweede staatshervorming.

In **september en oktober 2001** legden klinisch biologen, radiologen en nefrologen het werk neer voor een totaal van 12 dagen: 17-19 september, 1-4 oktober en 15-19 oktober 2001. Tijdens die dagen draaiden deze diensten op zondagdienst. De directe aanleiding waren budgettaire ingrepen van toenmalige socialistische minister van sociale zaken, Frank Vandenbroucke. De minister gaf aan bereid te zijn tot budgetverhogingen mits het wegwerken van misbruiken en verspilling.

Op **7 juli 2025** werd door BVAS een staking van huisartsen en artsen-specialisten georganiseerd, mede gevolgd door het ASGB-KARTEL met acties op dezelfde dag en tegengewerkt door Domus Medica. Ook de tandartsen volgden massaal deze actie. Ruim meer als 80% van alle artsen-specialisten draaiden die dag op zondagdienst tussen 08.00u en 18.00 u evenals ruim een kwart van de huisartsen. In hele regio's legden alle huisartsen de sthetoscoop aan de haak. In het zuiden van het land was de staking het hardst te voelen. In Wallonië werd op 7 juli de niet-dringende zorg uitgesteld. In het Universitair Ziekenhuis van Namen legden bijvoorbeeld 350 van de 400 artsen het werk neer. In Vlaanderen was de hinder kleiner. De artsen en tandartsen legden het werk neer uit onvrede met de hervormingsplannen van de Frank Vandenbroucke, minister van Volksgezondheid. Volgens de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) bracht het voorontwerp van de kaderwet van de minister een aantal perverse effecten met zich mee door plafonering van ereloonsupplementen zonder rekening te houden met de op til zijnde nomenclatuurnieuwvorming en hervorming van de ziekenhuisfinanciering, maar ook door een sterk overheidsingrijpen in de besluitvorming en in de akkoorden, die niet anders kon geïnterpreteerd worden als een directe implementatie van staatsgeneeskunde, met lange wachtrijen en zonder gepersonaliseerde zorg of keuzevrijheid voor arts en patiënt. Bovendien vormde het voorontwerp van Kaderwet een doodsteek voor de ambulante zorg. Daarnaast werd een nietsontziend handhavingsbeleid geïntroduceerd waarbij het RIZIV de bevoegdheid zou krijgen om als alternatief voor een administratieve geldboete een opschorting van het RIZIV-nummer op te leggen gedurende een periode van 1 maand tot 2 jaar. De Arizona-regering begreep het signaal en haalde de belangrijkste pijnpunten uit het voorontwerp van Kaderwet die een eerste lezing op 21 juli 2025 doorstond en opgenomen werd in het toenmalige zomerakkoord van premier Bart De Wever. De volgende federale verkiezingen worden normaliter gehouden in juni 2029.



Archiefbeeld © AZ Alma

07072025

+ Zo goed als geen ingrepen in de algemene ziekenhuizen, terwijl tientallen huisartsenkringen anders actievoeren: zo verloopt de artsenstaking

Nina Bernaerts

HET REGEERAKKOORD VAN DE ARIZONACOALITIE

Op zondag **9 juni 2024** werden er Europese, federale en regionale verkiezingen georganiseerd in België, waarbij MR,NVA,Les Engagés als grote winnaars uit de bus kwamen. Ook Vlaams Belang behaalde een sterk resultaat, maar werd geen deel van de regeringsformatie. Op vrijdag 31 januari 2025 omstreeks 21:10 's avonds ontstond er een federaal regeerakkoord en een nieuwe regering, die op 3 februari van start ging met Bart De Wever als premier. Er werd een Arizona-coalitie gevormd. Deze coalitie bestaat uit franstalige liberalen (MR), vlaamse socialisten (Vooruit), christendemocraten (CDV-Les Engagés) en de Vlaams-nationalistische N-VA. De coalitie is vernoemd naar de vlag van de Amerikaanse staat Arizona en is een toespeling op de kleuren van de politieke families in deze coalitie: blauw voor de liberalen, rood voor de socialisten, oranje voor de christendemocraten en geel voor de Vlaams-nationalisten. Het federaal regeerakkoord voor de periode 2025-2029 gesloten is vooral gericht op het aanpakken van verschillende sociaaleconomische uitdagingen en het verbeteren van de openbare financiën en bevat een belangrijk luik over de gezondheidszorg. Minister Vandenbroucke van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Armoedebestrijding houdt eraan te melden dat de tekst over het luik gezondheidszorg van zijn hand is. Het luik gezondheidszorg in het regeerakkoord is zeer omvangrijk en gedetailleerd.

Een overzicht van de belangrijkste passages, waarbij deze die belang hebben voor het voorontwerp van Kaderwet mee opgenomen zijn.

- De nieuwe Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen dient aan het begin van de legislatuur een voorstel te doen voor nieuwedoelstellingen die deze legislatuur als leidraad dienen. Deze gezondheidszorgdoelstellingen concretiseren maximaal de quintuple aim methodiek en helpen de Algemene Raad en alle betrokkenen in het toewijzen van nieuwe en bestaande federale middelen.
- Voor de ziekenhuizen voorzien we een pathologie-gestuurde basisfinanciering die transparant is en zorgt voor voldoende financiële ruimte om de zorg kwaliteitsvol te organiseren. Daarnaast krijgen ziekenhuizen een significant budget op basis van 'pay for performance', dat aanzet tot meer zorgvuldigheid en kwaliteit. Er wordt in de financiering ook voldoende rekening gehouden met de sociale kenmerken van de populatie en er wordt ook een innovatiebudget voorzien waaruit middelen toegekend kunnen worden voor innovatieve investeringen.
- In alle sectoren worden supplementen beperkt. Bij de zorgverstrekkers wordt deze hervorming doorgevoerd in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur, waarbij de beperking gebeurt op basis van het professionele (zuivere) honorarium van de arts en de netto werkingskosten gebaseerd op objectieve criteria. In een tussenperiode worden evenwel reeds excessen aangepakt, waarbij ook de maximale percentages van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen geharmoniseerd worden. In afwachting van de volledige implementatie van deze nieuwe financiering worden er overgangsmaatregelen voorzien waarbij de ziekenhuizen adequaat gefinancierd blijven om de continuïteit van de dienstverlening en de financiële gezondheid van de sector te kunnen blijven garanderen.
- Voor de zorgverleners wordt de oefening rond de hervorming van de nomenclatuur deze legislatuur volledig afgewerkt. Deze hervorming van de nomenclatuur moet ervoor zorgen dat iedereen adequaat wordt vergoed, dat bepaalde beroepen waar momenteel tekorten zijn aantrekkelijker

worden en dat de tijd die wordt besteed aan luisteren, communiceren en coördineren meer waarde krijgt. Een regelmatige en stelselmatige actualisatie van de nomenclatuur dient een standaardpraktijk te worden in onze gezondheidszorg.

- We behouden het principe dat een (tand)arts per prestatie vergoed wordt, maar laten daarbij ruimte voor nieuwe financieringsmodellen die interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, beschikbaarheid en preventie stimuleren. We werken in het nieuwe systeem met het principe van een zuiver honorarium. De kosten die het ziekenhuis draagt voor gehospitaliseerde patiënten worden dan rechtstreeks aan de ziekenhuizen betaald op basis van de behandelde pathologie, waardoor de afdrachten zullen verdwijnen. Voor extra- en intramurale ambulante praktijken wordt er een praktijktoelage voorzien.
- Het RIZIV zal in overleg met de FOD VVVL in 2025 een geïntegreerd voorstel over de ziekenhuis- en nomenclatuurnieuwvorming overmaken. Intussen werkt de regering in overleg met alle betrokken actoren (zorgverleners, ziekenhuizen en ziekenfondsen) een voorstel van procedure en timing uit voor de wijze waarop het overleg met alle betrokken actoren hierover gevoerd zal worden, met respect voor de bestaande bevoegdheden van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Bij gebrek aan consensus onder de actoren, neemt de regering zelf beslissingen tegen einde 2026 over de hervorming en over de eventueel stapsgewijze invoering ervan.
- Nabijheid van zorg wordt gegarandeerd waar het kan en hooggespecialiseerde zorg wordt geconcentreerd in expertisecentra als dat noodzakelijk is voor de zorgkwaliteit. De aanduiding van deze centra gebeurt op basis van objectieve kwaliteits- en kwantiteitscriteria die zowel universitaire als algemene ziekenhuizen de kans bieden om een expertisecentrum te worden. Tegelijkertijd dient bij de financiering specifieke aandacht besteed te worden aan het unieke takenpakket van de universitaire ziekenhuizen.
- Een onafhankelijke taskforce van experts, ingericht in overleg met de deelstaten, zal tegen 01/07/2025 een globaal plan voorstellen, rekening houdend met de bestaande studies van het KCE.
- Als ziekenhuizen willen fuseren om hun werking te optimaliseren, moet dat mogelijk zijn. De Regering zal daartoe de drempels wegwerken zodat een fusie geen negatieve effecten met zich meebrengt.
- De toegankelijkheid van zorg wordt bepaald door meerdere factoren, waaronder de betaalbaarheid en de nabijheid. Een andere factor betreft de snelheid en vlotheid waarmee de patiënt bij een zorgverlener geraakt. Vandaag zien we dat deze laatste factor niet altijd gegarandeerd kan worden. Of het nu gaat om patiëntenstops omwille van plaatsgebrek bij huisartsen en tandartsen, wachttermijnen van een jaar of meer bij sommige specialisten, er is duidelijk nood aan oplossingen.
- Een stevige administratieve vereenvoudiging maakt terug tijd vrij voor de patiënt. We starten van een wit blad en nemen enkel de hoogstnoodzakelijke administratie op in een "basislijst". Deze noodzakelijke administratie wordt daarnaast maximaal gedigitaliseerd via het 'only-once' principe. Daarnaast werken we aan een eengemaakt attest voor arbeidsongeschiktheid dat voor alle verschillende instanties en partijen gebruikt kan worden. We zetten het overleg met de deelstaten verder over het terugschroeven en vereenvoudigen van nutteloze medische attesten.
- Hiervoor wordt de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen verder gemoderniseerd en minder rigide gemaakt. We bouwen meer flexibiliteit in waardoor zorgverstrekkers gemakkelijker met elkaar kunnen samenwerken en delegeren. Hierbij wordt maximaal ingezet op een samenwerkingsmodel waarbij elke verstrekker zoveel mogelijk in functie van zijn bekwaamheden kan en mag werken, er ruimte is voor het verwerven van nieuwe competenties en er na overleg met de zorgverleners een soepelere afbakening is tussen de beroepen. We versterken daarbij gericht de

bevoegdheden van verschillende gezondheidszorgbeoefenaars, waaronder kinesitherapeuten, vroedvrouwen en apothekers, en maken ook plaats voor nieuwe profielen in onze gezondheidszorg.

- Op bepaalde plaatsen in het land heerst er een tekort aan (tand)artsen, waardoor sommige burgers geen nieuwe huisarts kunnen vinden of heel lang moeten wachten op een afspraak met bepaalde specialisten. We werken verder aan een dynamisch medisch kadaster voor de zorgberoepen. In overleg met de gemeenschappen en om te beantwoorden aan objectieveerbare behoeften worden den (tand)artsenquota verhoogd. Nieuwe maatregelen ter ondersteuning van een geografische spreiding van zorgverleners is een exclusieve bevoegdheid van de gemeenschappen, maar indien er nog juridische drempels op het federale niveau zouden zitten, zullen wij onderzoeken deze weg te werken in samenspraak met de desbetreffende deelstaat.
- We analyseren de impact van de instroom van zorgverleners met een buitenlands diploma op de binnenlandse quota en sturen bij waar nodig in het voordeel van de afgestudeerden van universiteiten in België. Voor de zorgverleners met een buitenlands diploma kijken we even strikt toe op de naleving van de criteria omtrent de zorgkwaliteit.
- Er dient een afsprakenkader tot stand te komen in overleg met de zorgverleners, waardoor zij op de gepaste schaal solidair en in onderling overleg oplossingen moeten zoeken voor zogenaamde 'patiëntenstops'.
- De organisatie van de dringende medische hulpverlening dient herzien en verbeterd te worden. Iedere burger in dit land moet kunnen rekenen op een huisarts wanneer dat nodig is. In overleg met de betrokken zorgverstrekkers wordt de professionele triage via het nummer 1733 verbeterd en veralgemeend uitgerold over het hele land, rekening houdend met het Belgisch handboek voor Medische Regulatie. De organisatie van de huisartsenwachtposten wordt verbeterd. We stimuleren daarom de samenwerking, zorgen voor een goede geografische spreiding, inclusief huisvesting nabij spoeddiensten, en installeren duidelijke criteria met betrekking tot beschikbaarheid en zorgkwaliteit. Om dit mogelijk te maken dienen er geen nieuwe juridische constructies opgericht te worden. De samenwerking met mobiele crisisteams wordt onderzocht. Een goede triage via 1733 en de huisartsenwachtposten zal ervoor zorgen dat het gebruik van de spoedgevallendienst geoptimaliseerd wordt. We moeten een goed evenwicht vinden tussen de bereikbaarheid voor de patiënt en de werkbaarheid voor de huisarts in het kader van een versterkte eerstelijns in samenspraak met de deelstaten. De PIT zal in nauwe samenwerking met de ziekenhuizen zijn specifieke functie kunnen uitoefenen.
- Om de patiënt voldoende tariefzekerheid te geven wordt het conventiemodel aangemoedigd door de Regering en hervormd op basis van een sterkere individuele en eventuele collectieve responsabilisering. De hervorming van de nomenclatuur zal daar een belangrijke rol in moeten spelen. We maken het voor de zorgverleners voldoende interessant om zich te conventioneren. Het verschil tussen geconventioneerden en niet-geconventioneerden maken we groter. We bekijken daarbij eveneens of we aan geconventioneerde zorgverleners in bepaalde situaties en onder strenge voorwaarden een soepeler tariefsysteem kunnen aanbieden, in de vorm van selectieve maximumtarieven die tijdelijk mogelijk zijn in het kader van akkoorden en conventies. Deze maximumtarieven worden geïntegreerd in de berekening van de maximumfactuur.
- De representatieve organisaties van de zorgverleners worden geresponsabiliseerd om hun leden aan te zetten tot conventionering.
- Aan het RIZIV wordt gevraagd om een operationeel voorstel voor dit nieuwe conventiemodel uit te werken met het oog op de nieuwe generatie van akkoorden en overeenkomsten die vanaf 2026 in werking moeten treden.

- We breiden het toepassingsgebied van de MAF uit onder andere voor langdurige psychiatrische patiënten. We herbekijken de schijven en de dekkingsgraad, terwijl de remgeldplafonds aangepast blijven aan de levensduurte. Dit gebeurt met het oog op een betere bescherming van patiënten en mag gemiddeld geen lastenverhoging van patiënten en hun gezin meebrengen.
- We breiden de derdebetalersregeling uit zodat we de toegankelijkheid van de zorg verbeteren, waarbij de patiënt voeling blijft houden met de reële kostprijs van de zorg en waarbij de relatieve voordelen voor de mensen met een verhoogde tegemoetkoming bestendig blijven en zorgen ervoor dat de administratieve processen een snelle betaling aan de zorgverleners garanderen.
- We kijken in de toekomst beter toe op misbruiken, onder andere door meer en beter gebruik te maken van beschikbare data en nieuwe technologieën, zodat we verzekeren dat de middelen terecht komen bij de mensen die ze effectief nodig hebben.
- Zorgverleners moeten hun tijd maximaal kunnen benutten voor het leveren van zorg. Dit veronderstelt administratieve vereenvoudiging waar mogelijk, inzetten op digitalisering en het delen van data overeenkomstig het BIHR-concept.
- We moeten het statuut en de verloning van artsen in opleiding verbeteren en toewerken naar een volwaardig statuut.
- Samen met gynaecologen en vroedvrouwen maken we werk van een geïntegreerde en interdisciplinaire benadering van de perinatale zorg. We versterken daarbij de rol van de vroedvrouwen in de opvolging van de laag-risico zwangerschap en zorgen voor een leefbaar kader voor vroedvrouwen in de eerste lijn.
- Bestaande deontologische Ordes voor zorgverleners worden gemoderniseerd. De problemen (gebrek aan transparantie, zwakke positie van de patiënt) worden daarbij grondig aangepakt. Voor tandartsen onderzoeken we of er een integratie mogelijk en opportuun is in de hervormde Orde der Artsen.
- De Federale Toezichtscommissie wordt geëvalueerd en waar nodig versterkt. Bijkomende afspraken met de deelstaten zijn vereist om bevoegdheids- en rolconflicten te vermijden.
- De apotheker krijgt een duidelijke rol in de tijdige detectie van aandoeningen zoals diabetes, huidkanker of cardiovasculaire aandoeningen, en in het verbeteren van therapietrouw. De tijdelijke bevoegdheid van apothekers voor vaccinatie tegen griep wordt bestendig. Er wordt ook onderzocht of de inzet van apothekers voor andere vaccins kan bijdragen aan de volksgezondheid.
- Patiënten krijgen voor lichte en matige stoornissen directe toegang tot de kinesitherapeut, zonder verplichte doorverwijzing door de huisarts. Wel moet er overleg zijn tussen kinesitherapeut en huisarts. Voor complexe aandoeningen blijft de doorverwijzingsplicht gelden.
- Fysieke en mentale gezondheidszorg, maar ook welzijnszorg kunnen niet losgekoppeld worden van elkaar. Er dient meer samengewerkt te worden tussen verschillende beroepsbeoefenaars en voorzieningen. De integratie van GGZ in huizen van het kind, OCMW's, lokale dienstencentra, huisartsen, ... wordt via de ELP-conventie verder uitgerold.
- In algemene ziekenhuizen zetten we in op een betere screening van psychiatrische stoornissen via samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen en mobiele teams. Samenwerking tussen de sociale, somatische en psychiatrische zorgverleners zowel in als buiten het ziekenhuis is cruciaal.

Via de ontwikkeling van Care sets in en rond GGZ wordt correcte informatiedoorstroming en datadeling voorzien.

- Net zoals alles in de somatische gezondheidszorg dient er ook in de geestelijke gezondheidszorg ingezet te worden op 'evidence based medicine'. We werken samen met het KCE richtlijnen voor voorschrijven uit, zowel voor geneesmiddelen als voor de gepaste therapie of andere acties (social prescribing). Het gebruik en de afbouw van psychofarmaca moet altijd gepaard gaan met begeleiding.
- De ambulante setting moet maximaal gebruikt worden voor iedereen wiens problematiek dat toelaat. Op die manier blijft de residentiële zorg maximaal vrij voor degene die er echt nood aan hebben en niet op een andere manier geholpen kunnen worden.
- De rol van de psychiater wordt versterkt zowel binnen de netwerken als ambulant voor chronische en complexe als acute zorgnoden, waarbij hij/zij een actieve rol speelt in de multidisciplinaire zorgtrajecten.
- Als onderdeel van een interfederale aanpak is het ook belangrijk om de diagnose van depressie bij ouderen te verbeteren, om niet-medicamenteuze behandelingen te overwegen en om in het geval van behandeling met medicatie waakzaam te zijn voor overmedicatie, evenals om de hervorming van geestelijke gezondheidsnetwerken voort te zetten door het aspect "ouderen" te ontwikkelen.
- De AYA-conventie wordt verder uitgerold zodat jonge en jongvolwassen kankerpatiënten ook in andere ziekenhuizen en de eerstelijnszorg de noodzakelijke leeftijdsspecifieke psychosociale en medische ondersteuning krijgen, daar waar zij hun behandeling of opvolging krijgen. De eerste conventieperiode zal een geharmoniseerd AYA-zorgbeleid tot stand brengen.
- We evalueren het zorgtraject voor kinderen en jongeren met eetstoornissen en breiden het uit naar patiënten boven de 23 jaar. Complementair aan dit ambulante aanbod worden de geplande referentiecentra eetstoornissen geoperationaliseerd. Gezien de grote nood aan behandeling van jongeren met een eetstoornis worden ook de kinderpsychiaters, die vaak interdisciplinair met andere zelfstandige zorgverstrekkers in samenwerkingsverband samenwerken, ingezet in de strijd tegen eetstoornissen.
- We onderzoeken of de erkenning van de specialisatie tot verslavingsarts een meerwaarde kan betekenen in de behandeling van verslavingen.
- Burgers moeten sneller toegang krijgen tot nieuwe innovatieve medicatie, hulpmiddelen of behandelingen. De Roadmap Geneesmiddelen heeft daartoe al belangrijke stappen gezet. De regering zal blijven inzetten op ambitieus beleid om toegang en snelheid tot toegang tot innovatieve geneesmiddelen te verbeteren, onder meer door de Roadmap vorm te geven in dialoog met alle betrokken stakeholders. De nieuwe procedure voor vroege en snelle toegang zal gemonitord en geëvalueerd worden tegen eind 2027 en zo nodig bijgestuurd om een snelle toegang voor de patiënt tot veelbelovende geneesmiddelen te versnellen, zonder risico op een ontsporend budget.
- We zetten maximaal in op rationeel geneesmiddelengebruik. Deze regering zal bijvoorbeeld producenten aanmoedigen om ook niet-terugbetaalde medicijnen in kleine verpakkingen aan te bieden. Ze zal ook streven naar een aflevering per behandelingstermijn voor antibiotica, benzo-diazepines en opioïden.
- Om therapietrouw te bevorderen en onnodige verplaatsingen naar het ziekenhuis te vermijden

wordt, in het kader van een globaal plan van aanpak tussen het RIZIV, het FAGG en de officina- en ziekenhuisapotheker, onderzocht of en hoe de officina-apotheker, in afstemming met de ziekenhuisapotheken en de voorschrijvers, een rol kan spelen in het afleveren van geneesmiddelen die vandaag voorbehouden zijn voor de ziekenhuisapotheek. We gaan daarbij uit van het principe: door de officina-apotheek wanneer het kan en door de ziekenhuisapotheek waar het moet.

- Europa en dus ook België als koploper verliezen terrein in klinisch onderzoek, met name rond ATMPs. Om de attractiviteit voor klinisch onderzoek te behouden, heeft België nood aan een vooruitstrevende, flexibele en faciliterende regelgeving, een sterke en efficiënte samenwerking tussen de betrokken organen, met name de CT-college, ethische commissies en onderzoekers, alsook een ambitieus taskforce binnen het FAGG dat over voldoende middelen en vaardig personeel beschikt. De ontwikkeling van een nationaal Clinical Trial Netwerk wordt aangemoedigd.
- Het landschap van de ethische comités wordt geëvalueerd om de efficiëntie te verhogen, zonder daarbij de onafhankelijkheid van deze comités in vraag te stellen.
- De patiënt krijgt meer regie over zijn eigen zorg, waarbij (verre) verplaatsingen naar een arts of ziekenhuis kunnen worden beperkt. Via technologische ontwikkelingen kunnen bijvoorbeeld chronisch zieken beter worden opgevolgd, zodat ze minder vaak naar het ziekenhuis moeten, maar zodat er tegelijk ook tijdig ingegrepen kan worden als het fout dreigt te gaan. Deze programma's kunnen opgezet worden als de zorgverlener en de patiënt vinden dat ze een toegevoegde waarde hebben voor de zorg.
- Samen met de deelstaten stellen we nieuwe actieplannen op om ziektes tijdig op te sporen en te behandelen, waarbij we een comprehensieve aanpak hanteren waarbij ieder zijn bevoegdheid ten volle opneemt om gezamenlijke gezondheidsdoelstellingen te behalen. Er moet o.a een nieuw kankerplan komen, alsook een plan voor cardiovasculaire aandoeningen en een plan voor neurodegeneratieve ziekten. Daarbij wordt het principe van population management maximaal toegepast.
- Het KCE evalueert het zorgtraject rond long COVID en andere postinfectieuze syndromen. Op basis van deze evaluatie wordt het zorgtraject desgevallend bijgestuurd.
- Geïntegreerde zorg draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Het hokjesdenken in de zorg gaat daarmee op de schop en de zorgvrager wordt radicaal centraal gezet.
- Ziekenhuizen moeten de ruimte blijven krijgen om te ondernemen en zich te onderscheiden. We passen voor eenheidsworst. Ziekenhuizen die samenwerken mogen hiervan geen nadeel ondervinden op het vlak van hun financiering. Rapportering over de kwaliteit van zorg moedigen we sterk aan, net als benchmarking.
- Extramurale praktijken kunnen een plaats hebben in het zorglandschap als aanvulling op de ziekenhuizen. Samenwerking met ziekenhuizen ten minste voor wachtdiensten is noodzakelijk. We moedigen een samenwerking aan met ziekenhuizen in dit opzicht. We hebben aandacht voor de rol die extramurale zorg kan spelen in het verstrekken van betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Dit mag echter in geen enkel geval leiden tot een zorg aan twee snelheden. We onderwerpen deze praktijken tevens aan gelijkaardige kwaliteits- en veiligheidsnormen zoals de ziekenhuizen en voeren een verplichting in voor extramurale praktijken om zich te registreren in het medisch kadaster. We waken er daarbij over dat de werking van en de wachtdiensten in de ziekenhuizen niet onder druk komen te staan.

- Jaarrekeningen van alle ziekenhuizen, moeten openbaar gepubliceerd worden op de website van de Nationale Bank.
- Burgers, professionals, organisaties en belanghebbenden moeten effectief en efficiënt kunnen samenwerken. Daarom bouwen we gegevensdeling verder uit in overeenstemming met de GDPR en compatibel met de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS) zodat naadloze en veilige uitwisseling van gegevens de basis vormt van gecoördineerde en geïntegreerde zorg. Door de patiënt toegang te geven tot zijn eigen data, kan hij nog meer aan het roer zitten van zijn eigen gezondheid.
- Het Belgisch Gezondheids(zorg) Gegevens Agentschap (HDA) wordt een interfederaal agentschap en faciliteert op een uniforme, betrouwbare en veilige manier het beschikbaar maken van gegevens voor hergebruik in lijn met de in de EHDS (European Health Data Space) geformuleerde doelstellingen zoals publiek belang en volksgezondheid, ondersteuning voor beleid en wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, onderzoek naar nieuwe producten en therapieën, met duidelijke toegevoegde waarde voor de burger en met respect voor de belangen en de privacy van de patiënt. De HDA levert zelf geen data aan, maar faciliteert de toegang en draagt er zo toe bij dat dit gebeurt met respect voor alle regelgeving hieromtrent.
- We evalueren en verbeteren deze legislatuur samen met de deelstaten en binnen het kader van de EHDS een uitgebreid gedeeld elektronische patiëntendossier uit. Alle zorgverleners met een therapeutische relatie met de patiënt dienen, met toestemming van de patiënt en de mogelijkheid tot opt-out, toegang te krijgen tot de gegevens die ze nodig hebben om hun taak naar behoren uit te voeren. Er dient dus evenzeer een integratie te gebeuren van medicatiegegevens en relevante informatie over mentale problematieken bij de patiënten. Financiële stimuli voor digitalisering worden gekoppeld aan een resultatenverbintenis op het vlak van volledigheid en kwaliteit van registratie.
- Daarnaast en daarbovenop moeten burgers hun gezondheidsdata kunnen 'doneren' aan de wetenschap met respect voor de GDPR, EHDS en de Data Governance Act net zoals bij orgaan-donatie. Het gaat daarbij om informatie uit medische dossiers, genetische informatie, informatie over levensstijl en biologische stalen. Deze geanonimiseerde of gepseudonimiseerde data kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en geven inzichten in gezondheidsvraagstukken. We onderzoeken of de burger extra bescherming nodig heeft in verband met de condities van de data donaties.
- We behouden het principe van de groeinorm binnen de federale gezondheidszorg om in te kunnen spelen op toekomstige noden binnen de sector. In afwachting van de effecten van de hervormingen, die verder beschreven worden, op de uitgaven van de gezondheidszorg maken we ruimte voor nieuwe investeringen binnen de hierboven omschreven groeinorm door: ambitieuze ingrepen gericht op meer doelmatige zorg uit te voeren. Doelmatige zorg wordt meteen op de agenda gezet door het activeren van responsabiliseringsmechanismen die in de wet principieel voorzien zijn voor sectoren die hun partiële begrotingsdoelstellingen overschrijden: sectoren die een niet gerechtvaardigde overschrijding kenden moeten maatregelen nemen waardoor het overeenkomstige bedrag in de toekomst structureel bespaard wordt.
- Meer doelmatigheid veronderstelt ook dat het opstellen van de begroting gezondheidszorg sterker gedreven wordt door prioritaire gezondheidsdoelen. Het begrotingsproces moet daarbij ook duidelijker worden. Wij wijzigen daarom het proces van de begrotingsopstelling in de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, in het kader van de begrotingsopmaak, zoals de Technische Ramingen van juni en september, worden eerst besproken in de ministerraad. Op basis van deze bespreking, en van de werkzaamheden van de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, formuleert de Regering een opdrachtenbrief, waarin duidelijk

de beleidsprioriteiten vermeld zijn evenals het budgettaire kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité haar wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp dient uit te voeren. Deze opdrachtenbrief wordt door de Minister van Sociale Zaken overgemaakt aan de AR en het VC. Het Verzekeringscomité legt daarop een voorstel voor aan de minister van Sociale Zaken en voor advies van het CBC en de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen. De Minister van Sociale Zaken legt op deze basis een begrotingsontwerp ter goedkeuring voor aan de regering. Het goedgekeurde voorstel wordt ter bekrachtiging voorgelegd aan de Algemene Raad. Een draagvlak bij de sociale partners is belangrijk, maar zonder unaniem akkoord van de regeringsleden in de Algemene Raad is hoe dan ook geen goedkeuring mogelijk. Indien er geen meerderheid is in de Algemene Raad, beslist de ministerraad.

- De begrotingsopmaak is gebaseerd op een groeinorm, maar vermeden moet worden dat de voorziene groeinorm louter dient om volumestijgingen op te vangen en/of volledig verdeeld wordt over de sectoren zonder rekening te houden met prioritaire gezondheidsdoelstellingen. De regering kan daarom voorstellen dat een bepaald percentage van het begrotingsobjectief gereserveerd wordt voor gezondheidszorgdoelstellingen, waarbij aan een of meerdere sectoren (in onderling overleg indien het om meerdere sectoren gaat) een opdracht wordt gegeven om budgettaire middelen daartoe aan te wenden. Deze doelstellingen focussen zich voornamelijk op de quintuple aim en op:
 - Het verhogen van de toegankelijkheid en de dekkingsgraad van de gezondheidszorg.
 - Het verbeteren van de efficiëntie en doeltreffendheid van de gezondheidszorgsystemen
 - Maatregelen om preventie en vroegtijdige opsporing te versterken binnen de bevoegdheid van de federale overheid.
 - ondersteuning van innovatieve praktijken en technieken
 - de digitale transitie in de gezondheidszorg, inclusief cyberveiligheid
 - Het bevorderen van de arbeidsomstandigheden van het zorgpersoneel.
- De opvolging van de begroting wordt ook versterkt op basis van een duidelijke responsabilisering. Bij elke vaststelling van niet verantwoorde overschrijding van de partiële doelstellingen (cf. permanente audit, technische ramingen, maandelijkse evolutie uitgaven...) zullen besparings- en correctiemaatregelen worden genomen om de naleving van het begrotingspad te waarborgen. Dit zal gebeuren door een strikte toepassing van de reeds bestaande wettelijke responsabiliseringsmechanismes. Deze worden waar nodig versterkt. Dit past ook binnen een meer globale strategie om het doelmatige gebruik van de middelen te bevorderen.
- Teneinde aanpassingen en hervormingen (nomenclatuur, conventies, etc.) sneller te kunnen doorvoeren en het overleg efficiënter te maken, worden de huidige in de RIZIV-wet vastgelegde procedure rond de werking van de technische raden en akkoorden- en overeenkomstencommissies doorgelicht en zo nodig aangepast en gestroomlijnd.
- Ook worden de nodige aanpassingen in de RIZIV-wet aangebracht om een haalbare procedure te kunnen volgen, die tariefonzekerheid vermijdt wanneer er geen akkoorden bereikt kunnen worden in de akkoorden- en conventiecommissies. Indien men niet tijdig tot overeenkomsten komt, zal de regering zelf initiatief nemen.
- We zetten de weg verder, gericht op een samenwerkingsmodel met een minder stringente afbakening tussen de beroepen, en we raken niet aan de evenwichten die nu gevonden zijn.

- Hoewel onze gezondheidszorg erkend wordt voor haar kwaliteit en toegankelijkheid, is ze onvoldoende doelmatig. Het IMF identificeert op basis van Belgische (KCE, RIZIV, Sciensano) en internationale studies (EC, OESO, WHO) en academische literatuur voornamelijk vier soorten maatregelen met een grote impact op de efficiëntie: (1) meer preventie, (2) een adequater gebruik van de beschikbare middelen, (3) het verlagen van de kosten van geneesmiddelen, en (4) een zorgsysteem dat minder afhankelijk is van klassieke opnames in ziekenhuizen.
- Wat meer in het bijzonder het doelmatige gebruik van de beschikbare middelen betreft, zal de regering in overleg met de betrokken actoren een omvattende strategie definiëren en beginnen implementeren tegen uiterlijk 1 januari 2026. Dit plan moet ook inzetten op een sterkere bestrijding van fraude. Een en ander impliceert dat controles versterkt moeten worden, in samenspraak met de zorgverstrekkers, de mutualiteiten, het RIZIV en de patiënten (denk aan het mee opvolgen van elektronische facturatie), o.a. op de prestaties en het voorschrijfgedrag van artsen, de facturatiegegevens, de aflevering van geneesmiddelen onder hoofdstuk 4, de overconsumptie van geneesmiddelen, het controleren op zorgberoepen, etc.
- A priori kunnen enkel de behandelingen waarvoor voldoende wetenschappelijk bewijs is, kunnen vergoed worden. De wetenschap is in voortdurende evolutie en ons terugbetalingskader moet die evolutie volgen. Behandelingen die vroeger relevant waren, zijn dat nu misschien niet meer. Het schrappen van overbodige en achterhaalde technieken van de terugbetalingslijst hoort daar ook bij. Die voortdurende evaluatie en bijsturing moeten worden verankerd in ons zorgsysteem.
- De Wet betreffende de niet-conventionele praktijken wordt opgeheven en er wordt voorzien in een maatregel voor het deel van de wet dat al uitgevoerd is. We zoeken daarbij wel een manier om wetenschappelijk onderbouwde therapieën onder de noemer osteopathie een plek te geven in ons zorgsysteem.
- Er is nog te veel medische overconsumptie in dit land. Denk daarbij aan medicatie die te veel wordt voorgeschreven, dubbele onderzoeken of een te snelle doorverwijzing naar beeldvorming. We zetten daarom in op gepaste zorg. Digitalisering en gegevensdeling voorkomt dubbel onderzoek, artsen worden geresponsabiliseerd op hun voorschrijfgedrag, de quota voor goedkope medicatie worden daar waar mogelijk opgetrokken, afbouwschema's en medicatienazicht bij de apotheek wordt verder verrijkt, ...
- In vergelijking met andere landen is het gebruik van (zware) medische beeldvorming via ioniserende straling in België te hoog. Naast de kostprijs, worden sommige patiënten onnodig blootgesteld aan straling. Samen met de beroepsverenigingen wordt een duidelijk tijdspad afgesproken om het gebruik van medische beeldvorming drastisch te doen dalen. Hierbij wordt het principe gehanteerd dat enkel die beelden gerechtvaardigd zijn die noodzakelijk zijn voor de diagnostiek. Zowel de voorschrijvers als de radiologen worden daarbij geresponsabiliseerd. Teneinde het rationeel gebruik van CT en NMR onderzoeken te stimuleren, wordt een verplicht elektronisch voorschrift ingevoerd, met een daaraan gekoppeld CDS (clinical decision support). Mede op internationale vergelijkingen, wordt een norm vastgelegd van het aantal aanvaardbare CT en NMR onderzoeken. Als deze norm overschreden wordt, wordt er een financiële correctie toegepast.
- We bevestigen de rol van de federale wetenschappelijke instellingen zoals Sciensano en het KCE om het beleid te informeren rond gezondheids(zorg)dossiers en sturen aan op een goede samenwerking met respect voor ieders opdrachten. Er wordt ook afgestemd en samengewerkt met de Hoge Gezondheidsraad (HGR). We nemen maatregelen zodat de HGR haar beleidsvoorbereidende rol kan versterken. We onderzoeken de integratie van deze drie kennisinstellingen in één geheel binnen het huidige budgettaire kader. Dit proces kan gefaseerd uitgerold worden.

- Fraude in de zorg moet absoluut vermeden worden. We evalueren de werking van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV en zetten in op de samenwerking met de parketten en andere (inspectie)diensten zoals bv. de Federale Toezichtscommissie. We streven naar een transparante en kwalitatieve controle door de DGEC. Een multidisciplinaire aanpak in samenwerking met patiënten, zorgverstrekkers, de mutualiteiten en het RIZIV kan zorgen voor objectieve controles. We streven, na grondige evaluatie van de procedures naar een objectief, transparant en kwalitatief controlesysteem dat alle betrokken partijen betreft om de verstrekkers te identificeren die een afwijkend patroon vertonen in vergelijking met hun collega's of niet-conform de aanbevelingen rond goede praktijkvoering werken.
- We zien strikt toe dat ziekenfondsen activiteiten uitvoeren die direct verband houden met de gezondheid en die bewezen effectief zijn volgens evidence-based medicine, inclusief op het vlak van aanvullende verzekeringen.
- Er zal een nieuw pact met de ziekenfondsen worden opgesteld. Dit zal onder meer een actieplan omvatten om belangenconflicten tegen te gaan en een gelijk speelveld te creëren tussen de ziekenfondsen en verzekeraars op het gebied van aanvullende verzekeringen.
- De ziekenfondsen moeten zich in hun communicatiedragers onthouden van partijpolitieke propaganda.
- De uitbetaling van ziektekosten wordt maximaal gedigitaliseerd. We maken daarbij gebruik van een eengemaakte tarificatiemotor.
- We hertekenen eveneens bepaalde beheersorganen en Commissies binnen het RIZIV zodat er geen enkele betrokken partij nog in een blokkeringsminderheid in vertegenwoordigd is. Op een grondige wetenschappelijke basis streven we naar een uitbreiding van de voorafgaande wilsverklaring naar personen met wilsonbekwaamheid omwille van dementie en onderzoeken we onder welke voorwaarden dit haalbaar is. Het kader dat op basis daarvan zal gecreëerd worden, dient voldoende aandacht te besteden aan de bescherming van het de wilsonbekwame persoon en de zorgverleners die deze persoon hun vraag tot euthanasie inwilligt op basis van de voorafgaande verklaring.
- We blijven inzetten op betere palliatieve zorg voor patiënten met dementie.
- We zetten het maatschappelijk debat rond de vrijwillige zwangerschapsafbreking verder op basis van het rapport van het expertencomité. Na consensus tussen de meerderheidspartijen, passen wij de huidige abortuswetgeving aan.
- Gezien de belangrijke impact die de Raad van State heeft op de kwaliteit van de wetgeving enerzijds, en de wettigheid van bestuursbeslissingen anderzijds, bekijken we op welke wijze de werking van de Raad van State waar nodig hervormd kan worden en het personeel indien nodig dient te worden versterkt.
- Daarbij onderzoeken we op welke vlakken de werking van de Raad van State verder kan worden geoptimaliseerd. Bijvoorbeeld door een bemiddelingsprocedure te voorzien of nog, de beslissing tot herstel verder uit te breiden. Ook zal worden onderzocht of het principe van een administratieve ruling kan worden ingesteld waarbij bepaalde regelgevende teksten voorafgaand aan het besluitvormingsproces voor advies kunnen worden voorgelegd aan de afdeling Wetgeving.
- De deelstaten beschouwen we als een gelijkwaardige partner binnen het gevangenisbeleid. We investeren in de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg voor wat de federale

bevoegdheden betreft. Het is bijvoorbeeld in het belang van de federale overheid dat de deelstaten een doeltreffend preventiebeleid voeren, of in het belang van de deelstaten dat het federale gezondheidszorgbeleid in lijn ligt met de deelstatelijke realiteiten en behoeften. Daarom wordt voorzien in de opname van deelstaatvertegenwoordigers als waarnemers in het verzekeringscomité. En daarom ook voorziet de wet van 6 november 2023 in coördinatiemechanismen tussen de verschillende entiteiten, met name door de deelstaten op te nemen in de Algemene Raad van het RIZIV.

REGEERAKKOORD VS 10 FRANKE VRAGEN AAN FRANK

In een van de vergadermomenten met minister Vandenbroucke gaf hij aan dat als men uitleg wou over het luik gezondheidszorg in het regeerakkoord (“tekst-exegese”) dat men dat best aan hem moest vragen. Hij had dit luik geschreven. We twijfelen daar geenszins aan. Het lijkt dan ook zinvol het regeerakkoord te bekijken in het licht van de politieke ideologie van minister Vandenbroucke. Die komt meer dan duidelijk tot uiting in het boek van Frank Vandenbroucke en Marc Coenen uit 2024 (0/2024/0055/268; ISBN 978 94 6310 738 9).

De oplijsting van diverse punten in het regeerakkoord overweldigt vooral door de veelheid en de toegelaten politieke ideologie binnen een ‘rechtse’ regering. Misschien is dergelijke oplijsting van vele punten vanuit politiek inzicht de beste manier om alle partijen ‘mee’ te krijgen: gooi vooral veel puzzelstukken voor, waarvan alleen jij de volledige puzzel in je hoofd hebt. Iedere strategie om macht om te zetten in beleid is er een. Omgekeerd ook: iedere strategie om beleid om te zetten in macht is er ook een. Sommigen gebruiken de twee. Minister Vandenbroucke stelt in zijn boek: “Hervormen is echt puzzelen en blijven puzzelen.”

In onderstaande tabellen wordt getracht de veelheid van onderwerpen te groeperen, waarbij uitgegaan wordt van de elementen uit het regeerakkoord en nagegaan wordt wat ervan werd opgenomen werd in het voorontwerp van kaderwet en welke elementen ervan niet zijn opgenomen in het voorontwerp van kaderwet, maar wél besproken worden in zijn boek. Die zullen op een andere manier het daglicht zien, maar zullen zeker niet worden vergeten in deze legislatuur. Op een of andere manier zullen ze ter sprake komen.

Deze aanpak heeft als nadeel dat men die passages mist die wél zijn opgenomen in de Kaderwet maar géén grondslag vinden in het Regeerakkoord. Daartoe dienen de volgende hoofdstukken.

- Zwart:** géén vermelding in voorontwerp van kaderwet of in boek FvdB
- Lichtgroen:** vermelding in voorontwerp van kaderwet of in boek FvdB
- Oranje:** veel verder in de Kaderwet dan afgesproken in het regeerakkoord.

BESLUITVORMINGSPROCES _ BEGROTINGSPROCES

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
We hertekenen eveneens bepaalde beheersorganen en Commissies binnen het RIZIV zodat er geen enkele betrokken partij nog in een blokkeringsminderheid in vertegenwoordigd is.			Een beproefde techniek van dilutie

De nieuwe Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen dient aan het begin van de legislatuur een voorstel te doen voor nieuwedoelstellingen die deze legislatuur als leidraad dienen. Deze gezondheidszorgdoelstellingen concretiseren maximaal de quintuple aim methodiek en helpen de Algemene Raad en alle betrokkenen in het toewijzen van nieuwe en bestaande federale middelen.			"helpen de algemene raad" is eerder 'dwingen' de algemene raad
Gezien de belangrijke impact die de Raad van State heeft op de kwaliteit van de wetgeving enerzijds, en de wettigheid van bestuursbeslissingen anderzijds, bekijken we op welke wijze de werking van de Raad van State waar nodig hervormd kan worden en het personeel indien nodig dient te worden versterkt.			
Daarbij onderzoeken we op welke vlakken de werking van de Raad van State verder kan worden geoptimaliseerd. Bijvoorbeeld door een bemiddelingsprocedure te voorzien of nog, de beslissing tot herstel verder uit te breiden. Ook zal worden onderzocht of het principe van een administratieve ruling kan worden ingesteld waarbij bepaalde regelgevende teksten voorafgaand aan het besluitvormingsproces voor advies kunnen worden voorgelegd aan de afdeling Wetgeving.			de Raad van State bypassen inzake gezondheidszorg?
Teneinde aanpassingen en hervormingen (nomenclatuur, conventies, etc.) sneller te kunnen doorvoeren en het overleg efficiënter te maken, worden de huidige in de RIZIV-wet vastgelegde procedure rond de werking van de technische raden en akkoorden- en overeenkomstencommissies doorgelicht en zo nodig aangepast en gestroomlijnd.			

Zwart: géén vermelding in voorontwerp van kaderwet of in boek FvdB

Lichtgroen: vermelding in voorontwerp van kaderwet of in boek FvdB

Zeer benieuwd welke wijziging de minister wil aangebracht zien aan de Raad van State. Indien ook zij beschouwd worden als een hinderpaal in het beleid, zoals het Verzekeringscomité en de Algemene Raad, dan zal ook daar een mouw aan gepast worden. Eens het voorontwerp van Kaderwet in uitvoering zullen het Verzekeringscomité en de Algemene Raad evolueren (in snel tempo) tot uitvoeringsagenten van de maatregelen die opgesomd zullen worden in opdrachtbrieven. Dat de minister niet zal wachten tot de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen 'evidence based' indicatoren zal uitgewerkt hebben zal snel blijken.

Blokkerings**minderheden** in RIZIV-organen: benieuwd welke de minister hieronder verstaat.

DEELSTATEN

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
De deelstaten beschouwen we als een gelijkwaardige partner binnen het gevangenisbeleid. We investeren in de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg voor wat de federale bevoegdheden betreft. Het is bijvoorbeeld in het belang van de federale overheid dat de deelstaten een doeltreffend preventiebeleid voeren, of in het belang van de deelstaten dat het federale gezondheidszorgbeleid in lijn ligt met de deelstatelijke realiteiten en behoeften. Daarom wordt voorzien in de opname van deelstaatvertegenwoordigers als waarnemers in het verzekeringscomité . En daarom ook voorziet de wet van 6 november 2023 in coördinatiemechanismen tussen de verschillende entiteiten, met name door de deelstaten op te nemen in de Algemene Raad van het RIZIV .			
Samen met de deelstaten stellen we nieuwe actieplannen op om ziektes tijdig op te sporen en te behandelen, waarbij we een comprehensieve aanpak hanteren waarbij ieder zijn bevoegdheid ten volle opneemt om gezamenlijke gezondheidsdoelstellingen te behalen. Er moet o.a een nieuw kankerplan komen, alsook een plan voor cardiovasculaire aandoeningen en een plan voor neurodegeneratieve ziekten. Daarbij wordt het principe van population management maximaal toegepast .			

AKKOORDENCOMMISSIES

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Aan het RIZIV wordt gevraagd om een operationeel voorstel voor dit nieuwe conventiemodel uit te werken met het oog op de nieuwe generatie van akkoorden en overeenkomsten die vanaf 2026 in werking moeten treden.			

Voor de zorgverleners wordt de oefening rond de hervorming van de nomenclatuur deze legislatuur volledig afgewerkt. Deze hervorming van de nomenclatuur moet ervoor zorgen dat iedereen adequaat wordt vergoed, dat bepaalde beroepen waar momenteel tekorten zijn aantrekkelijker worden en dat de tijd die wordt besteed aan luisteren, communiceren en coördineren meer waarde krijgt. Een regelmatige en stelselmatige actualisatie van de nomenclatuur dient een standaardpraktijk te worden in onze gezondheidszorg.			hoe de 'adequate' vergoeding er moet uitzien vermeldt minister VDB nergens
De representatieve organisaties van de zorgverleners worden geresponsabiliseerd om hun leden aan te zetten tot conventionering.			
Om de patiënt voldoende tariefzekerheid te geven wordt het conventiemodel aangemoedigd door de Regering en hervormd op basis van een sterkere individuele en eventuele collectieve responsabilisering. De hervorming van de nomenclatuur zal daar een belangrijke rol in moeten spelen. We maken het voor de zorgverleners voldoende interessant om zich te conventioneren.			
Het verschil tussen geconventioneerden en niet-geconventioneerden maken we groter.			
We bekijken daarbij eveneens of we aan geconventioneerde zorgverleners in bepaalde situaties en onder strenge voorwaarden een soepeler tariefsysteem kunnen aanbieden, in de vorm van selectieve maximumtarieven die tijdelijk mogelijk zijn in het kader van akkoorden en conventies. Deze maximumtarieven worden geïntegreerd in de berekening van de maximumfactuur.			
In alle sectoren worden supplementen beperkt. Bij de zorgverstrekkers wordt deze hervorming doorgevoerd in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur, waarbij de beperking gebeurt op basis van het professionele (zuivere) honorarium van de arts en de netto werkingskosten gebaseerd op objectieve criteria.			wat die objectieve criteria zijn is niet met artsen overlegd; dat beslist de minister zelf de beperking komt NADAT artsen weten wat het zuivere honorarium inhoudt

In een tussenperiode worden evenwel reeds excessen aangepakt, waarbij ook de maximale percentages van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen geharmoniseerd worden. In afwachting van de volledige implementatie van deze nieuwe financiering worden er overgangsmaatregelen voorzien waarbij de ziekenhuizen adequaat gefinancierd blijven om de continuïteit van de dienstverlening en de financiële gezondheid van de sector te kunnen blijven garanderen.			de plafonds van 125% en 25% staan niet in het regeerakkoord
We behouden het principe dat een (tand)arts per prestatie vergoed wordt, maar laten daarbij ruimte voor nieuwe financieringsmodellen die interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, beschikbaarheid en preventie stimuleren. We werken in het nieuwe systeem met het principe van een zuiver honorarium. De kosten die het ziekenhuis draagt voor gehospitaliseerde patiënten worden dan rechtstreeks aan de ziekenhuizen betaald op basis van de behandelde pathologie, waardoor de afdrachten zullen verdwijnen. Voor extra- en intramurale ambulante praktijken wordt er een praktijktoelage voorzien.			
Het RIZIV zal in overleg met de FOD VVVL in 2025 een geïntegreerd voorstel over de ziekenhuis- en nomenclatuur hervorming overmaken. Intussen werkt de regering in overleg met alle betrokken actoren (zorgverleners, ziekenhuizen en ziekenfondsen) een voorstel van procedure en timing uit voor de wijze waarop het overleg met alle betrokken actoren hierover gevoerd zal worden, met respect voor de bestaande bevoegdheden van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Bij gebrek aan consensus onder de actoren, neemt de regering zelf beslissingen tegen einde 2026 over de hervorming en over de eventueel stapsgewijze invoering ervan.			de minister werkt een voorstel uit,legt het voor 'ter consensus' en bij geen consensus voert hij gewoon uit wat hij wil

We behouden het principe van de groeinnorm binnen de federale gezondheidszorg om in te kunnen spelen op toekomstige noden binnen de sector. In afwachting van de effecten van de hervormingen, die verder beschreven worden, op de uitgaven van de gezondheidszorg maken we ruimte voor nieuwe investeringen binnen de hierboven omschreven groeinnorm door: ambitieuze ingrepen gericht op meer doelmatige zorg uit te voeren. Doelmatige zorg wordt meteen op de agenda gezet door het activeren van responsabiliseringsmechanismen die in de wet principieel voorzien zijn voor sectoren die hun partiële begrotingsdoelstellingen overschrijden: sectoren die een niet gerechtvaardigde overschrijding kenden moeten maatregelen nemen waardoor het overeenkomstige bedrag in de toekomst structureel bespaard wordt.			wie bepaalt welke zorg doelmatig is of niet? De minister?
De opvolging van de begroting wordt ook versterkt op basis van een duidelijke responsabilisering. Bij elke vaststelling van niet verantwoorde overschrijding van de partiële doelstellingen (cf. permanente audit, technische ramingen, maandelijkse evolutie uitgaven...) zullen besparings- en correctiemaatregelen worden genomen om de naleving van het begrotingspad te waarborgen. Dit zal gebeuren door een strikte toepassing van de reeds bestaande wettelijke responsabiliseringsmechanismen. Deze worden waar nodig versterkt. Dit past ook binnen een meer globale strategie om het doelmatige gebruik van de middelen te bevorderen.			wie bepaalt welke overschrijding niet-verantwoord is?

Meer doelmatigheid veronderstelt ook dat het opstellen van de begroting gezondheidszorg sterker gedreven wordt door prioritaire gezondheidsdoelen. Het begrotingsproces moet daarbij ook duidelijker worden. Wij wijzigen daarom het proces van de begrotingsopstelling in de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, in het kader van de begrotingsopmaak, zoals de Technische Ramingen van juni en september, worden eerst besproken in de ministerraad. Op basis van deze bespreking, en van de werkzaamheden van de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, formuleert de Regering een opdrachtenbrief, waarin duidelijk de beleidsprioriteiten vermeld zijn evenals het budgettair kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité haar wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp dient uit te voeren. Deze opdrachtenbrief wordt door de Minister van Sociale Zaken overgemaakt aan de AR en het VC. Het Verzekeringscomité legt daarop een voorstel voor aan de minister van Sociale Zaken en voor advies van het CBC en de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen. De Minister van Sociale Zaken legt op deze basis een begrotingsontwerp ter goedkeuring voor aan de regering. Het goedgekeurde voorstel wordt ter bekrachtiging voorgelegd aan de Algemene Raad. Een draagvlak bij de sociale partners is belangrijk, maar zonder unaniem akkoord van de regeringsleden in de Algemene Raad is hoe dan ook geen goedkeuring mogelijk. Indien er geen meerderheid is in de Algemene Raad, beslist de ministerraad.			het heeft moeite gekost om de ministerraad te laten beslissen ipv de minister
---	--	--	--

De begrotingsopmaak is gebaseerd op een groeï-norm, maar vermeden moet worden dat de voorziene groeïnorm louter dient om volumestijgingen op te vangen en/of volledig verdeeld wordt over de sectoren zonder rekening te houden met prioritaire gezondheidsdoelstellingen. De regering kan daarom voorstellen dat een bepaald percentage van het begrotingsobjectief gereserveerd wordt voor gezondheidszorgdoelstellingen, waarbij aan een of meerdere sectoren (in onderling overleg indien het om meerdere sectoren gaat) een opdracht wordt gegeven om budgettaire middelen daartoe aan te wenden. Deze doelstellingen focussen zich voornamelijk op de quintuple aim en op: Het verhogen van de toegankelijkheid en de dekkingsgraad van de gezondheidszorg. Het verbeteren van de efficiëntie en doeltreffendheid van de gezondheidszorgsystemen Maatregelen om preventie en vroegtijdige opsporing te versterken binnen de bevoegdheid van de federale overheid. Ondersteuning van innovatieve praktijken en technieken De digitale transitie in de gezondheidszorg, inclusief cyberveiligheid Het bevorderen van de arbeidsomstandigheden van het zorgpersoneel.			
afschaffen van partiële deconventie (STAAT NIET IN HET REGEERAKKOORD)			de minister voegt ook elementen toe die niet in het regeerakkoord staan
Ook worden de nodige aanpassingen in de RIZIV-wet aangebracht om een haalbare procedure te kunnen volgen, die tariefonzekerheid vermijdt wanneer er geen akkoorden bereikt kunnen worden in de akkoorden- en conventiecommissies. Indien men niet tijdig tot overeenkomsten komt, zal de regering zelf initiatief nemen.			de Regering, niet 'de minister'
De toegankelijkheid van zorg wordt bepaald door meerdere factoren, waaronder de betaalbaarheid en de nabijheid. Een andere factor betreft de snelheid en vlothheid waarmee de patiënt bij een zorgverlener geraakt. Vandaag zien we dat deze laatste factor niet altijd gegarandeerd kan worden. Of het nu gaat om patiëntenstops omwille van plaatsgebrek bij huisartsen en tandartsen, wachttermijnen van een jaar of meer bij sommige specialisten, er is duidelijk nood aan oplossingen.			er wordt zedig gezwezen over files, weginfrastructuur

We breiden het toepassingsgebied van de MAF uit onder andere voor langdurige psychiatrische patiënten. We herbekijken de schijven en de dekingsgraad, terwijl de remgeldplafonds aangepast blijven aan de levensduurte. Dit gebeurt met het oog op een betere bescherming van patiënten en mag gemiddeld geen lastenverhoging van patiënten en hun gezin meebrengen.			
We breiden de derdebetalersregeling uit zodat we de toegankelijkheid van de zorg verbeteren, waarbij de patiënt voeling blijft houden met de reële kostprijs van de zorg en waarbij de relatieve voordelen voor de mensen met een verhoogde tegemoetkoming bestendig blijven en zorgen ervoor dat de administratieve processen een snelle betaling aan de zorgverleners garanderen.			

ARTSEN

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Zorgverleners moeten hun tijd maximaal kunnen benutten voor het leveren van zorg. Dit veronderstelt administratieve vereenvoudiging waar mogelijk, inzetten op digitalisering en het delen van data overeenkomstig het BIHR-concept.		data dienen voor populatie-geneeskunde doeleinden	delen van data overeenkomstig het BIHR-concept is helemaal niet wat artsen verstaan onder administratieve vereenvoudiging; dit is een vals voorwendsel om BIHR erdoor te krijgen voor heel andere doeleinden
Een stevige administratieve vereenvoudiging maakt terug tijd vrij voor de patiënt. We starten van een wit blad en nemen enkel de hoogst-noodzakelijke administratie op in een "basislijst" . Deze noodzakelijke administratie wordt daarnaast maximaal gedigitaliseerd via het 'only-once' principe.			

Daarnaast werken we aan een eengemaakt attest voor arbeidsongeschiktheid dat voor alle verschillende instanties en partijen gebruikt kan worden. We zetten het overleg met de deelstaten verder over het terugschroeven en vereenvoudigen van nutteloze medische attesten.		huis- artsvrije artsen	
Financiële stimuli voor digitalisering worden gekoppeld aan een resultatenverbintenis op het vlak van volledigheid en kwaliteit van registratie.			
Op bepaalde plaatsen in het land heerst er een tekort aan (tand)artsen, waardoor sommige burgers geen nieuwe huisarts kunnen vinden of heel lang moeten wachten op een afspraak met bepaalde specialisten. We werken verder aan een dynamisch medisch kadaster voor de zorgberoepen. In overleg met de gemeenschappen en om te beantwoorden aan objectiveerbare behoeften worden den (tand)artsenquota verhoogd. Nieuwe maatregelen ter ondersteuning van een geografische spreiding van zorgverleners is een exclusieve bevoegdheid van de gemeenschappen, maar indien er nog juridische drempels op het federale niveau zouden zitten, zullen wij onderzoeken deze weg te werken in samenspraak met de desbetreffende deelstaat.			
Er dient een afsprakenkader tot stand te komen in overleg met de zorgverleners, waardoor zij op de gepaste schaal solidair en in onderling overleg oplossingen moeten zoeken voor zogenaamde ' patiëntenstops '.			
We analyseren de impact van de instroom van zorgverleners met een buitenlands diploma op de binnenlandse quota en sturen bij waar nodig in het voordeel van de afgestudeerden van universiteiten in België. Voor de zorgverleners met een buitenlands diploma kijken we even strikt toe op de naleving van de criteria omtrent de zorgkwaliteit.			

Er is nog te veel medische overconsumptie in dit land. Denk daarbij aan medicatie die te veel wordt voorgeschreven, dubbele onderzoeken of een te snelle doorverwijzing naar beeldvorming . We zetten daarom in op gepaste zorg. Digitalisering en gegevensdeling voorkomt dubbel onderzoek, artsen worden geresponsabiliseerd op hun voorschrijfgedrag , de quota voor goedkope medicatie worden daar waar mogelijk opgetrokken , afbouwschema's en medicatienazicht bij de apotheek wordt verder verfijnd, ...	x+ 59,2°		
We moeten het statuut en de verloning van artsen in opleiding verbeteren en toewerken naar een volwaardig statuut.			

PATIENT

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Op een grondige wetenschappelijke basis streven we naar een uitbreiding van de voorafgaande wilsverklaring naar personen met wilsonbekwaamheid omwille van dementie en onderzoeken we onder welke voorwaarden dit haalbaar is. Het kader dat op basis daarvan zal gecreëerd worden, dient voldoende aandacht te besteden aan de bescherming van het de wilsonbekwame persoon en de zorgverleners die deze persoon hun vraag tot euthanasie inwilligt op basis van de voorafgaande verklaring.			
We blijven inzetten op betere palliatieve zorg voor patiënten met dementie .			
We zetten het maatschappelijk debat rond de vrijwillige zwangerschapsafbreking verder op basis van het rapport van het expertencomité. Na consensus tussen de meerderheidspartijen, passen wij de huidige abortuswetgeving aan.			

Burgers, professionals, organisaties en belanghebbenden moeten effectief en efficiënt kunnen samenwerken. Daarom bouwen we gegevensdeling verder uit in overeenstemming met de GDPR en compatibel met de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS) zodat naadloze en veilige uitwisseling van gegevens de basis vormt van gecoördineerde en geïntegreerde zorg . Door de patiënt toegang te geven tot zijn eigen data , kan hij nog meer aan het roer zitten van zijn eigen gezondheid.			
Het Belgisch Gezondheids(zorg) Gegevens Agentschap (HDA) wordt een interfederaal agentschap en faciliteert op een uniforme, betrouwbare en veilige manier het beschikbaar maken van gegevens voor hergebruik in lijn met de in de EHDS (European Health Data Space) geformuleerde doelstellingen zoals publiek belang en volksgezondheid , ondersteuning voor beleid en wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, onderzoek naar nieuwe producten en therapieën, met duidelijke toegevoegde waarde voor de burger en met respect voor de belangen en de privacy van de patiënt. De HDA levert zelf geen data aan , maar faciliteert de toegang en draagt er zo toe bij dat dit gebeurt met respect voor alle regelgeving hieromtrent.	X+59		“faciliteert” moet verstaan worden als “controleert” de toegang: volgens welke regels?
We evalueren en verbeteren deze legislatuur samen met de deelstaten en binnen het kader van de EHDS een uitgebreid gedeeld elektronische patiëntendossier uit. Alle zorgverleners met een therapeutische relatie met de patiënt dienen, met toestemming van de patiënt en de mogelijkheid tot opt-out, toegang te krijgen tot de gegevens die ze nodig hebben om hun taak naar behoren uit te voeren. Er dient dus evenzeer een integratie te gebeuren van medicatiegegevens en relevante informatie over mentale problematieken bij de patiënten .	X+59; X+60; X+61; X+62		patiënt zal moeten ondergaan dat AL zijn gegevens, inclusief medicatie en deze over de mentale problematieken vrij gegeven worden aan ALLE zorgverleners met een “therapeutische” relatie: dat kan zéér ver gaan

Daarnaast en daarbovenop moeten burgers hun gezondheidsdata kunnen 'doneren' aan de wetenschap met respect voor de GDPR, EHDS en de Data Governance Act net zoals bij orgaan-donatie. Het gaat daarbij om informatie uit medische dossiers, genetische informatie, informatie over levensstijl en biologische stalen . Deze geanonimiseerde of gepseudonimiseerde data kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en geven inzichten in gezondheidsvraagstukken. We onderzoeken of de burger extra bescherming nodig heeft in verband met de condities van de data donaties .			
De patiënt krijgt meer regie over zijn eigen zorg, waarbij (verre) verplaatsingen naar een arts of ziekenhuis kunnen worden beperkt. Via technologische ontwikkelingen kunnen bijvoorbeeld chronisch zieken beter worden opgevolgd, zodat ze minder vaak naar het ziekenhuis moeten, maar zodat er tegelijk ook tijdig ingegrepen kan worden als het fout dreigt te gaan. Deze programma's kunnen opgezet worden als de zorgverlener en de patiënt vinden dat ze een toegevoegde waarde hebben voor de zorg.		telemonit- oring	
Het landschap van de ethische comités wordt geëvalueerd om de efficiëntie te verhogen, zonder daarbij de onafhankelijkheid van deze comités in vraag te stellen.			

BEVOEGDHEDEN- ERKENNINGEN

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
De apotheker krijgt een duidelijke rol in de tijdige detectie van aandoeningen zoals diabetes, huidkanker of cardiovasculaire aandoeningen , en in het verbeteren van therapietrouw. De tijdelijke bevoegdheid van apothekers voor vaccinatie tegen griep wordt bestendigd. Er wordt ook onderzocht of de inzet van apothekers voor andere vaccins kan bijdragen aan de volksgezondheid.			

We onderzoeken of de erkenning van de specialisatie tot verslavingsarts een meerwaarde kan betekenen in de behandeling van verslavingen.		
Hiervoor wordt de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen verder gemoderniseerd en minder rigide gemaakt. We bouwen meer flexibiliteit in waardoor zorgverstrekkers gemakkelijker met elkaar kunnen samenwerken en delegeren. Hierbij wordt maximaal ingezet op een samenwerkingsmodel waarbij elke verstrekker zoveel mogelijk in functie van zijn bekwaamheden kan en mag werken, er ruimte is voor het verwerven van nieuwe competenties en er na overleg met de zorgverleners een soepelere afbakening is tussen de beroepen . We versterken daarbij gericht de bevoegdheden van verschillende gezondheidszorgbeoefenaars, waaronder kinesitherapeuten, vroedvrouwen en apothekers , en maken ook plaats voor nieuwe profielen in onze gezondheidszorg.		
De Wet betreffende de niet-conventionele praktijken wordt opgeheven en er wordt voorzien in een maatregel voor het deel van de wet dat al uitgevoerd is. We zoeken daarbij wel een manier om wetenschappelijk onderbouwde therapieën onder de noemer osteopathie een plek te geven in ons zorgsysteem .		
We zetten de weg verder, gericht op een samenwerkingsmodel met een minder stringente afbakening tussen de beroepen , en we raken niet aan de evenwichten die nu gevonden zijn.		
Patiënten krijgen voor lichte en matige stoornissen directe toegang tot de kinesitherapeut , zonder verplichte doorverwijzing door de huisarts. Wel moet er overleg zijn tussen kinesitherapeut en huisarts. Voor complexe aandoeningen blijft de doorverwijzingsplicht gelden.		

MEDICATIE

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Burgers moeten sneller toegang krijgen tot nieuwe innovatieve medicatie, hulpmiddelen of behandelingen. De Roadmap Geneesmiddelen heeft daartoe al belangrijke stappen gezet. De regering zal blijven inzetten op ambitieus beleid om toegang en snelheid tot toegang tot innovatieve geneesmiddelen te verbeteren, onder meer door de Roadmap vorm te geven in dialoog met alle betrokken stakeholders. De nieuwe procedure voor vroege en snelle toegang zal gemonitord en geëvalueerd worden tegen eind 2027 en zo nodig bijgestuurd om een snelle toegang voor de patiënt tot veelbelovende geneesmiddelen te versnellen, zonder risico op een ontsporend budget.		"snel-spoor"	
Er is nog te veel medische overconsumptie in dit land. Denk daarbij aan medicatie die te veel wordt voorgeschreven , dubbele onderzoeken of een te snelle doorverwijzing naar beeldvorming. We zetten daarom in op gepaste zorg. Digitalisering en gegevensdeling voorkomt dubbel onderzoek, artsen worden geresponsabiliseerd op hun voorschrijfgedrag , de quota voor goedkope medicatie worden daar waar mogelijk opgetrokken , afbouwschema's en medicatienazicht bij de apotheek wordt verder verfijnd, ...			
We zetten maximaal in op rationeel geneesmiddelengebruik. Deze regering zal bijvoorbeeld producenten aanmoedigen om ook niet-terugbetaalde medicijnen in kleine verpakkingen aan te bieden. Ze zal ook streven naar een aflevering per behandelingstermijn voor antibiotica, benzodiazepines en opioïden.			

Europa en dus ook België als koploper verliezen terrein in klinisch onderzoek, met name rond ATMPs. Om de attractiviteit voor klinisch onderzoek te behouden, heeft België nood aan een vooruitstrevende, flexibele en faciliterende regelgeving, een sterke en efficiënte samenwerking tussen de betrokken organen, met name de CT-college, ethische commissies en onderzoekers, alsook een ambitieus taskforce binnen het FAGG dat over voldoende middelen en vaardig personeel beschikt. De ontwikkeling van een nationaal Clinical Trial Netwerk wordt aangemoedigd.		
---	--	--

ZIEKENHUIZEN

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Als ziekenhuizen willen fuseren om hun werking te optimaliseren, moet dat mogelijk zijn. De Regering zal daartoe de drempels wegwerken zodat een fusie geen negatieve effecten met zich meebrengt.			apart project FRVZ
Voor de ziekenhuizen voorzien we een pathologie-gestuurde basisfinanciering die transparant is en zorgt voor voldoende financiële ruimte om de zorg kwaliteitsvol te organiseren. Daarnaast krijgen ziekenhuizen een significant budget op basis van 'pay for performance', dat aanzet tot meer zorgvuldigheid en kwaliteit. Er wordt in de financiering ook voldoende rekening gehouden met de sociale kenmerken van de populatie en er wordt ook een innovatiebudget voorzien waaruit middelen toegekend kunnen worden voor innovatieve investeringen.		in zeer algemene bewoordingen	apart project FRVZ

De locoregionale ziekenhuisnetwerken hebben als doel meer samenwerking aan te moedigen, activiteiten efficiënter te verdelen, zorg te coördineren en de waarde voor de samenleving en patiënten te maximaliseren. Zowel wat betreft de financiering als de zorgkwaliteit is het inefficiënt om identieke ziekenhuisactiviteiten te handhaven op locaties die slechts enkele kilometers van elkaar verwijderd zijn. Er wordt daarom geëvalueerd in hoeverre de huidige locoregionale ziekenhuisnetwerken bijdragen tot de gewenste samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgactoren om de nodige nabije zorg voor de populatie in hun zorggebied te garanderen en of in samenspraak met de Gemeenschappen deze netwerken waar nodig maximaal afgestemd kunnen worden op andere zorgzones en -regio's.			apart project FRVZ
Nabijheid van zorg wordt gegarandeerd waar het kan en hooggespecialiseerde zorg wordt geconcentreerd in expertisecentra als dat noodzakelijk is voor de zorgkwaliteit. De aanduiding van deze centra gebeurt op basis van objectieve kwaliteits- en kwantiteitscriteria die zowel universitaire als algemene ziekenhuizen de kans bieden om een expertisecentrum te worden.		in zeer algemene bewoordingen	apart project FRVZ
Tegelijkertijd dient bij de financiering specifieke aandacht besteed te worden aan het unieke takenpakket van de universitaire ziekenhuizen.			
We behouden het principe dat een (tand)arts per prestatie vergoed wordt, maar laten daarbij ruimte voor nieuwe financieringsmodellen die interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, beschikbaarheid en preventie stimuleren. We werken in het nieuwe systeem met het principe van een zuiver honorarium. De kosten die het ziekenhuis draagt voor gehospitaliseerde patiënten worden dan rechtstreeks aan de ziekenhuizen betaald op basis van de behandelde pathologie, waardoor de afdrachten zullen verdwijnen . Voor extra- en intramurale ambulante praktijken wordt er een praktijktoelage voorzien.		in zeer algemene bewoordingen	in de Pax Hospitalia zegt de minister de ziekenhuizen toe om vanaf het 2e jaar toch afdrachten te innen op zuivere honoraria

Het RIZIV zal in overleg met de FOD VVVL in 2025 een geïntegreerd voorstel over de ziekenhuis- en nomenclatuurhervorming overmaken. Intussen werkt de regering in overleg met alle betrokken actoren (zorgverleners, ziekenhuizen en ziekenfondsen) een voorstel van procedure en timing uit voor de wijze waarop het overleg met alle betrokken actoren hierover gevoerd zal worden, met respect voor de bestaande bevoegdheden van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Bij gebrek aan consensus onder de actoren, neemt de regering zelf beslissingen tegen einde 2026 over de hervorming en over de eventueel stapsgewijze invoering ervan.			de minister werkt een voorstel uit,legt het voor 'ter consensus' en bij geen consensus voert hij gewoon uit wat hij wil
Jaarrekeningen van alle ziekenhuizen, moeten openbaar gepubliceerd worden op de website van de Nationale Bank.			
Een onafhankelijke taskforce van experts, ingericht in overleg met de deelstaten, zal tegen 01/07/2025 een globaal (ziekenhuis) plan voorstellen, rekening houdend met de bestaande studies van het KCE.			
Ziekenhuizen moeten de ruimte blijven krijgen om te ondernemen en zich te onderscheiden. We passen voor eenheidsworst. Ziekenhuizen die samenwerken mogen hiervan geen nadeel ondervinden op het vlak van hun financiering. Rapportering over de kwaliteit van zorg moedigen we sterk aan, net als benchmarking.			
Een goede triage via 1733 en de huisartsenwachtposten zal ervoor zorgen dat het gebruik van de spoedgevallendienst geoptimaliseerd wordt. We moeten een goed evenwicht vinden tussen de bereikbaarheid voor de patiënt en de werkbaarheid voor de huisarts in het kader van een versterkte eerstelijns in samenspraak met de deelstaten. De PIT zal in nauwe samenwerking met de ziekenhuizen zijn specifieke functie kunnen uitoefenen.			

AMBULANTE SECTOR

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
In alle sectoren worden supplementen beperkt. Bij de zorgverstrekkers wordt deze hervorming doorgevoerd in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur, waarbij de beperking gebeurt op basis van het professionele (zuivere) honorarium van de arts en de netto werkingskosten gebaseerd op objectieve criteria.			wat die objectieve criteria zijn is niet met artsen overlegd; dat beslist de minister zelf
In alle sectoren worden supplementen beperkt. Bij de zorgverstrekkers wordt deze hervorming doorgevoerd in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur, waarbij de beperking gebeurt op basis van het professionele (zuivere) honorarium van de arts en de netto werkingskosten gebaseerd op objectieve criteria.			een plafond van 25% in de ambulante praktijk staat niet in het regeerakkoord
We behouden het principe dat een (tand)arts per prestatie vergoed wordt, maar laten daarbij ruimte voor nieuwe financieringsmodellen die interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, beschikbaarheid en preventie stimuleren. We werken in het nieuwe systeem met het principe van een zuiver honorarium. De kosten die het ziekenhuis draagt voor gehospitaliseerde patiënten worden dan rechtstreeks aan de ziekenhuizen betaald op basis van de behandelde pathologie, waardoor de afdrachten zullen verdwijnen. Voor extra- en intramurale ambulante praktijken wordt er een praktijktoelage voorzien.		in zeer algemene bewoordingen	dit wordt in de Kaderwet volledig vergeten, maar niet de beperking op ereloonsupplementen

De organisatie van de dringende medische hulpverlening dient herzien en verbeterd te worden. Iedere burger in dit land moet kunnen rekenen op een huisarts wanneer dat nodig is. In overleg met de betrokken zorgverstrekkers wordt de professionele triage via het nummer 1733 verbeterd en veralgemeend uitgerold over het hele land, rekening houdend met het Belgisch handboek voor Medische Regulatie. De organisatie van de huisartsenwachtposten wordt verbeterd. We stimuleren daarom de samenwerking, zorgen voor een goede geografische spreiding, inclusief huisvesting nabij spoeddiensten, en installeren duidelijke criteria met betrekking tot beschikbaarheid en zorgkwaliteit. Om dit mogelijk te maken dienen er geen nieuwe juridische constructies opgericht te worden. De samenwerking met mobiele crisisteams wordt onderzocht.			
Extramurale praktijken kunnen een plaats hebben in het zorglandschap als aanvulling op de ziekenhuizen. Samenwerking met ziekenhuizen ten minste voor wachtdiensten is noodzakelijk. We moedigen een samenwerking aan met ziekenhuizen in dit opzicht. We hebben aandacht voor de rol die extramurale zorg kan spelen in het verstrekken van betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Dit mag echter in geen enkel geval leiden tot een zorg aan twee snelheden. We onderwerpen deze praktijken tevens aan gelijkaardige kwaliteits- en veiligheidsnormen zoals de ziekenhuizen en voeren een verplichting in voor extramurale praktijken om zich te registreren in het medisch kadaster. We waken er daarbij over dat de werking van en de wachtdiensten in de ziekenhuizen niet onder druk komen te staan.		villa geneeskunde	

ZIEKENFONDSEN

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
We zien strikt toe dat ziekenfondsen activiteiten uitvoeren die direct verband houden met de gezondheid en die bewezen effectief zijn volgens evidence-based medicine, inclusief op het vlak van aanvullende verzekeringen.			

Er zal een nieuw pact met de ziekenfondsen worden opgesteld. Dit zal onder meer een actieplan omvatten om belangenconflicten tegen te gaan en een gelijk speelveld te creëren tussen de ziekenfondsen en verzekeraars op het gebied van aanvullende verzekeringen.		
De ziekenfondsen moeten zich in hun communicatiedragers onthouden van partijpolitieke propaganda.		
De uitbetaling van ziektekosten wordt maximaal gedigitaliseerd. We maken daarbij gebruik van een eengemaakte tarificatiemotor.		
Ziekenfondsen hebben de expertise en ervaring om mensen die langdurig ziek zijn te begeleiden en hen te helpen terugkeren naar werk. We willen hen inzetten als partner in het activeren van deze groep, door samen met werkgevers, artsen en andere betrokkenen trajecten op te stellen die gericht zijn op re-integratie. We responsabiliseren de ziekenfondsen financieel op het inzetten van acties voor elke arbeidsongeschikt erkende persoon (tenzij de medische situatie dit onmogelijk maakt). We maken de financiering van hun werkingskosten meer afhankelijk van de mate waarin zij er effectief in slagen om langdurig zieken te re-integreren op de arbeidsmarkt.		De volgende tien jaar moet het aan-klampend begeleiden van langdurig zieken topprioriteit zijn voor de ziekenfondsen.

Wat de ziekenfondsen betreft is er een zeer grote discrepantie tussen het Regeerakkoord en het voorontwerp van Kaderwet. In het voorontwerp van Kaderwet worden de ziekenfondsen haast volledig ingekanteld in het RIZIV als controleorgaan, met een veel grotere aansturing van adviserend artsen vanuit de Leidend Ambtenaar van de DGEC. Een aantal elementen die in het Regeerakkoord staan, worden gewoon niet hernomen in het voorontwerp van Kaderwet: mogelijk waren deze punten niet van de hand van de minister.

CONVENTIES

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Geïntegreerde zorg draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Het hokjesdenken in de zorg gaat daarmee op de schop en de zorgvrager wordt radicaal centraal gezet.		p 31/232	de minister beperkt het "hokjes"denken tot artsen, maar ziet dat niet bij de VI's: zijn er zoveel verschillende VI's nodig?
De AYA-conventie wordt verder uitgerold zodat jonge en jongvolwassen kankerpatiënten ook in andere ziekenhuizen en de eerstelijnszorg de noodzakelijke leeftijdsspecifieke psychosociale en medische ondersteuning krijgen, daar waar zij hun behandeling of opvolging krijgen. De eerste conventieperiode zal een geharmoniseerd AYA-zorgbeleid tot stand brengen.			
We evalueren het zorgtraject voor kinderen en jongeren met eetstoornissen en breiden het uit naar patiënten boven de 23 jaar. Complementair aan dit ambulante aanbod worden de geplande referentiecentra eetstoornissen geoperationaaliseerd. Gezien de grote nood aan behandeling van jongeren met een eetstoornis worden ook de kinderpsychiaters, die vaak interdisciplinair met andere zelfstandige zorgverstrekkers in samenwerkingsverband samenwerken, ingezet in de strijd tegen eetstoornissen.			
Het KCE evalueert het zorgtraject rond long COVID en andere postinfectieuze syndromen. Op basis van deze evaluatie wordt het zorgtraject desgevallend bijgestuurd.			
Samen met gynaecologen en vroedvrouwen maken we werk van een geïntegreerde en interdisciplinaire benadering van de perinatale zorg . We versterken daarbij de rol van de vroedvrouwen in de opvolging van de laag-risico zwangerschap en zorgen voor een leefbaar kader voor vroedvrouwen in de eerste lijn.			

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Bestaande deontologische Ordes voor zorgverleners worden gemoderniseerd. De problemen (gebrek aan transparantie, zwakke positie van de patiënt) worden daarbij grondig aangepakt. Voor tandartsen onderzoeken we of er een integratie mogelijk en opportuun is in de hervormde Orde der Artsen.			
De Federale Toezichtscommissie wordt geëvalueerd en waar nodig versterkt. Bijkomende afspraken met de deelstaten zijn vereist om bevoegdheids- en rolconflicten te vermijden.			
Fraude in de zorg moet absoluut vermeden worden. We evalueren de werking van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV en zetten in op de samenwerking met de parketten en andere (inspectie)diensten zoals bv. de Federale Toezichtscommissie. We streven naar een transparante en kwalitatieve controle door de DGEC. Een multidisciplinaire aanpak in samenspraak met patiënten, zorgverstrekkers, de mutualiteiten en het RIZIV kan zorgen voor objectieve controles. We streven, na grondige evaluatie van de procedures naar een objectief, transparant en kwalitatief controlesysteem dat alle betrokken partijen betreft om de verstrekkers te identificeren die een afwijkend patroon vertonen in vergelijking met hun collega's of niet-conform de aanbevelingen rond goede praktijkvoering werken.			
We kijken in de toekomst beter toe op misbruiken , onder andere door meer en beter gebruik te maken van beschikbare data en nieuwe technologieën, zodat we verzekeren dat de middelen terecht komen bij de mensen die ze effectief nodig hebben.			

Hoewel onze gezondheidszorg erkend wordt voor haar kwaliteit en toegankelijkheid, is ze onvoldoende doelmatig. Het IMF identificeert op basis van Belgische (KCE, RIZIV, Sciensano) en internationale studies (EC, OESO, WHO) en academische literatuur voornamelijk vier soorten maatregelen met een grote impact op de efficiëntie: (1) meer preventie, (2) een adequater gebruik van de beschikbare middelen, (3) het verlagen van de kosten van geneesmiddelen, en (4) een zorgsysteem dat minder afhankelijk van is van klassieke opnames in ziekenhuizen.			door de ambulante sector te beschouwen als villageneeskunde zal je er niet geraken
Wat meer in het bijzonder het doelmatige gebruik van de beschikbare middelen betreft, zal de regering in overleg met de betrokken actoren een omvattende strategie definiëren en beginnen implementeren tegen uiterlijk 1 januari 2026. Dit plan moet ook inzetten op een sterkere bestrijding van fraude. Een en ander impliceert dat controles versterkt moeten worden, in samenspraak met de zorgverstrekkers, de mutualiteiten, het RIZIV en de patiënten (denk aan het mee opvolgen van elektronische facturatie), o.a. op de prestaties en het voorschrijfgedrag van artsen, de facturatiegegevens, de aflevering van geneesmiddelen onder hoofdstuk 4, de overconsumptie van geneesmiddelen, het controleren op zorgberoepen, etc.			het voorontwerp van kaderwet gaat véél verder dan het bestrijden van fraude; met art.73bis 4° als mogelijkheid tot het intrekken van het RIZIV-nr, gaat de minister veel te ver
A priori kunnen enkel de behandelingen waarvoor voldoende wetenschappelijk bewijs is, kunnen vergoed worden. De wetenschap is in voortdurende evolutie en ons terugbetalingskader moet die evolutie volgen. Behandelingen die vroeger relevant waren, zijn dat nu misschien niet meer. Het schrappen van overbodige en achterhaalde technieken van de terugbetalingslijst hoort daar ook bij. Die voortdurende evaluatie en bijsturing moeten worden verankerd in ons zorgsysteem.			wie bepaalt welke technieken "overbodig" zijn of "achterhaald"?

In vergelijking met andere landen is het gebruik van (zware) medische beeldvorming via ioniserende straling in België te hoog. Naast de kostprijs, worden sommige patiënten onnodig blootgesteld aan straling. Samen met de beroepsverenigingen wordt een duidelijk tijdsplan afgesproken om het gebruik van medische beeldvorming drastisch te doen dalen. Hierbij wordt het principe gehanteerd dat enkel die beelden gerechtvaardigd zijn die noodzakelijk zijn voor de diagnostiek. Zowel de voorschrijvers als de radiologen worden daarbij geresponsabiliseerd. Teneinde het rationeel gebruik van CT en NMR onderzoeken te stimuleren, wordt een verplicht elektronisch voorschrift ingevoerd, met een daaraan gekoppeld CDS (clinical decision support). Mede op internationale vergelijkingen, wordt een norm vastgelegd van het aantal aanvaardbare CT en NMR onderzoeken. Als deze norm overschreden wordt, wordt er een financiële correctie toegepast.			
We bevestigen de rol van de federale wetenschappelijke instellingen zoals Sciensano en het KCE om het beleid te informeren rond gezondheids(zorg)dossiers en sturen aan op een goede samenwerking met respect voor ieders opdrachten. Er wordt ook afgestemd en samengewerkt met de Hoge Gezondheidsraad (HGR). We nemen maatregelen zodat de HGR haar beleidsvoorbereidende rol kan versterken. We onderzoeken de integratie van deze drie kennisinstellingen in één geheel binnen het huidige budgettaire kader. Dit proces kan gefaseerd uitgerold worden.			het is duidelijk dat de 'eigen' instellingen het beleid, maar ook de normen en richtlijnen bepalen (KCE, Sciensano, HGR) maar niet de rest van de wetenschappelijke instituten in het land; combineer dit met het handhavingsbeleid en er is een mogelijke polariteit

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Regeerakkoord	Kaderwet	Boek FVDB	Commentaar
Fysieke en mentale gezondheidszorg, maar ook welzijnszorg kunnen niet losgekoppeld worden van elkaar. Er dient meer samengewerkt te worden tussen verschillende beroepsbeoefenaars en voorzieningen. De integratie van GGZ in huizen van het kind, OCMW's, lokale dienstencentra, huisartsen, ... wordt via de ELP-conventie verder uitgerold.			
In algemene ziekenhuizen zetten we in op een betere screening van psychiatrische stoornissen via samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen en mobiele teams. Samenwerking tussen de sociale, somatische en psychiatrische zorgverleners zowel in als buiten het ziekenhuis is cruciaal. Via de ontwikkeling van Care sets in en rond GGZ wordt correcte informatiedoorstroming en datadeling voorzien.			
Net zoals alles in de somatische gezondheidszorg dient er ook in de geestelijke gezondheidszorg ingezet te worden op 'evidence based medicine'. <u>We werken samen met het KCE richtlijnen voor voorschrijven uit, zowel voor geneesmiddelen als voor de gepaste therapie of andere acties (social prescribing). Het gebruik en de afbouw van psychofarmaca moet altijd gepaard gaan met begeleiding.</u>			Staatsgeneeskunde ten top: "WE schrijven richtlijnen voor..." dus niet de universiteiten en de wetenschappelijke verenigingen van artsen zelf. Zou men die beslissing niet beter aan de psychiaters zelf overlaten?
De ambulante setting moet maximaal gebruikt worden voor iedereen wiens problematiek dat toelaat. Op die manier blijft de residentiële zorg maximaal vrij voor degene die er echt nood aan hebben en niet op een andere manier geholpen kunnen worden.			
De rol van de psychiater wordt versterkt zowel binnen de netwerken als ambulant voor chronische en complexe als acute zorgnoden, waarbij hij/zij een actieve rol speelt in de multidisciplinaire zorgtrajecten.		psychiater die langsgaat bij 'Huizen van Welzijn en Zorg'?	

Als onderdeel van een interfederale aanpak is het ook belangrijk om de **diagnose van depressie bij ouderen te verbeteren**, om niet-medicateuze behandelingen te overwegen en om in het geval van behandeling met medicatie waakzaam te zijn voor overmedicatie, evenals om de hervorming van geestelijke gezondheidsnetwerken voort te zetten door het aspect "ouderen" te ontwikkelen.

BESLUIT

Het voorontwerp van Kaderwet heeft maar een aantal items uit het Regerakkoord als topic, weliswaar zeer belangrijke topics voor de individuele artsen en tandartsen. De regering heeft minister Vandenbroucke duidelijk 'carte blanche' gegeven richting Staatsgeneeskunde:

- de opdrachtbrief bepaalt niet enkel de budgettaire klijtlijnen maar laat de minister verregaande inhoudelijke keuzes toe
- de kenniscentra van de overheid (KCE, Sciensano, HGR, GDOS) leggen de fundering onder het beleid, maar bepalen méé de 'normen en richtlijnen' waaraan artsen zich te houden hebben in de dagelijkse praktijk, bv. bij het voorschrijven
- een ongewoon hard handhavingsbeleid waarin de ziekenfondsen 'open access' krijgen tot àlle informatie inzake patiënten en zorgverleners, moet ervoor zorgen dat àlle artsen de normen en richtlijnen van de staat volgen op straffe van vervolging, waarbij een administratieve geldboete kan vervangen worden door de intrekking van het RIZIV-nummer gedurende 2 jaar. Dat laatste staat niet in het Regeerakkoord, maar is wel opgenomen in het voorontwerp van Kaderwet en goedgekeurd binnen de Kern en zo op weg naar de Raad van State.
- de patiënt wordt een data-voorwerp van gezondheidszorg waarbij de individuele vrijheid naar de achtergrond schuift ten gunste van populatiekenmerken: ook hier is het een overheidsinstantie die bepaalt wie en onder welke vorm en voorwaarde toegang krijgt tot de gezondheidsdatabank van de overheid
- de artsen worden verplicht om àlle gegevens digitaal in te brengen, maar zullen langs de HDA moeten passeren om nog aan de gezondheidsgegevens te geraken van hun discipline

CHRONOLOGIE

Op **31 januari 2025** verscheen het Regeerakkoord met een uitgebreid hoofdstuk over gezondheidszorg.

Op 24 mei 2025 werd in Gent de algemene vergadering van BVAS gehouden onder auspiciën van Dr. Yves Louis, kinderarts en voorzitter van het VAS Oost- en West-Vlaanderen. Dr. Patrick Emonts uit Luik, verloskundige-gynecoloog, werd verkozen tot nieuwe voorzitter van BVAS-ABSyM in opvolging van Dr. Johan Blanckaert uit leper, oogarts, wiens mandaat ten einde liep.

Op **3 juni 2025** presenteerde Minister Vandenbroucke voor de eerste maal zijn voorontwerp van Kaderwet via een powerpointpresentatie die hij zelf becommentarieerde en bijgewoond werd door de verzamelde leden van de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Op 4 juni 2025 volgde de eerste versie van het voorontwerp van Kaderwet tesamen met de Memorie van Toelichting. Er werd de diverse partijen tijd gegund voor een reactie tot 20 juni 2025. De reacties vanwege BVAS en KARTEL werden in een gemeenschappelijk schrijven op het Kabinet zelf overhandigd door een delegatie bestaande uit Jos Vanhoof, Elodie Brunel, Stan Politis, Thomas Gevaert en Anne Gillet. Dezelfde namiddag kondigde de voorzitter van BVAS, Patrick Emonts, een stakingsactie van BVAS aan die zou bestaan uit een zondagsdienst voor alle artsen (huisarts en arts-specialist) op maandag 07 juli 2025. Op 23 juni 2025 werden alle reacties op het voorontwerp van Kaderwet gebundeld voorgesteld in het Verzekeringscomité. Over de truncus communis van de Kaderwet werd een eenstemmig negatief advies uitgebracht door het Verzekeringscomité: de truncus communis betreft het overlegmodel op het niveau Verzekeringscomité – Algemene Raad – Minister.

Op **3 juli 2025** verscheen de tweede, wat afgezwakte versie van het voorontwerp van Kaderwet. Op 7 juli 2025 volgde de artsenstaking die zeer goed werd opgevolgd in de ziekenhuissector, bij artsen-specialisten en bij ruim een kwart van alle huisartsen. Daarnaast lieten véél huisartsenpraktijken weten dat ze het niet eens waren met de volgzzaamheid van Domus Medica die onverkort het standpunt van Minister Vandenbroucke volgde in alle aspecten. BVAS kende een massale aansluitingsgolf van nieuwe leden. Op 11 juli 2025 volgde een zitting op het Kabinet van de Minister, waarbij artsen-, tandartsen- en ziekenfondsen uitgenodigd waren in aanwezigheid van een ruime delegatie van het Kabinet en het RIZIV. Op 15 juli 2025 werd een inderhaast bijeengeroepen Teams-vergadering van juristen gehouden midden in de vakantieperiode om 'verduidelijkingen' te bieden bij een aantal juridische passages uit het voorontwerp van Kaderwet. Onder politieke druk vanuit een aantal meerderheidspartijen, met name NVA en MR, werden een aantal essentiële punten uit het voorontwerp van Kaderwet herschreven of gefaseerd of uitgesteld.

In de ochtend van **21 juli 2025** kondigde Premier Bart De Wever aan dat een zomerakkoord bereikt was over een groot aantal dossiers (pensioenen, arbeidsmarkt, gezondheidszorg en fiscaliteit), waarmee duidelijk werd dat de 3e versie van voorontwerp van Kaderwet in 1e lezing door de Kern was gepasseerd om voorgelegd te worden aan de Raad van State.

Op **22 juli 2025**, één dag na de aankondiging van het Zomerakkoord, liet Minister Vandenbroucke in een schrijven aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité weten dat, hoewel de Kaderwet nog niet door het parlement is goedgekeurd dit toch al ten uitvoer zal gebracht worden in de besluitvorming, en dat op basis van een goedkeuring van de opdrachtbrief binnen de Regering op 17 juli 2025. In de opdrachtbrief werd aangekondigd dat er nu selectieve besparingen zouden plaats vinden ter waarde van zo'n 907,5 miljoen euro, maar dat er de komende jaren wederom 'selectieve' investeringen zullen toegekend worden door de Minister vanuit de groeinorm ten bedrage van 2 procent in 2026 (groeinorm 2026: 756

miljoen euro), 2 procent in 2027, 2,6 procent in 2028 en 3 procent in 2029. De index wordt toegekend aan het riziv-budget, maar te onthouden uit het voorontwerp van Kaderwet dat deze afhankelijk wordt gemaakt van het bereiken van een medico-mutualistisch akkoord. Voor 2026 zijn de voorziene investeringen: groeinorm (756 miljoen euro), gezondheidsindex 2,7% (625 miljoen euro) en de stijging van de spilindexmassa voor de zorginstellingen (165 miljoen euro). Maar eerst besparen, vooral en nagenoeg exclusief in de curatieve sector. De 907,2 miljoen euro besparingen worden als volgt gerealiseerd in het voorstel van de Minister: 263,7 miljoen reeds afgesproken, 275 miljoen euro farmaceutische verstrekkingen, 25 miljoen borg VI's en de overige 343,5 miljoen euro binnen volgende sectoren: 150 miljoen medische prestaties door artsen (klinische biologie, medische beeldvorming, speciale verstrekkingen en heelkunde); 50 miljoen (forfaits ziekenhuizen), 50 miljoen (andere sectoren); 25 miljoen (fraudebestrijding); 35 miljoen (vermindering structurele onderbenutting); 33,5 miljoen (maatregelen buiten de begrotingsnorm).

Op **31.7.2025** verscheen versie 4 van de Kaderwet met ingebrip van de memorie van toelichting. Het gaat om de tekst die finaal naar de Raad van State werd gestuurd (844-WV – rvs, ondertekend door Minister Rob Beenders). In de tekst zelf en in de Memorie van Toelichting zijn er géén inhoudelijke wijzigingen vast te stellen.

Het vertrouwen van de artsen in Minister Vandenbroucke is onbestaand. Het dal is diep, de weg is nog lang, maar het opleggen van een gezondheidsbeleid aan huisartsen en artsen-specialisten van bovenaf kan en zal niet blijven duren. Intussen is het weerstand bieden, en van onderuit druk uitoefenen, mobiliseren, maar vooral ook dialogeren. Binnen Vlaanderen wordt de publieke opinie gevoed door Minister Vandenbroucke waar hij wederwoord van de artsen bant uit Vlaamse media. Als artsen zullen we moeten laten blijken dat je soms genoeg hebt aan wifi en woede om de publieke opinie duidelijk te maken dat een strafexpeditie tegen artsen geen synoniem is voor gezondheidswinst van de inwoners van het land. Het favoritisme ten gunste van Domus Medica, van forfaitaire geneeskunde zoals medische huizen, maar ook van dure consultancy-contracten (cfr Belrai budgetlijn) is stuitend, maar wel harde realiteit.



Hervormingswet gezondheidszorg

Overleg 03/06/2025

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Inleiding

Uitvoering belangrijke bepalingen regeerakkoord

1. Begrotingsproces en -orthodoxie
2. Conventiemodel
3. Overlegmodel
4. Digitalisering
5. Handhaving
6. Tabak

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Begrotingsproces- en orthodoxie

- Doelstellingen
 - Beter activeren correctiemechanismen
 - Bij overschrijding partiële begrotingsdoelstellingen
 - AOC's worden verwacht voorstellen te doen tegen eind juni jaar X
 - Indien niet: regering/AR neemt maatregelen
 - Voor jaar X + 1
 - Bij overschrijding globale begrotingsdoelstelling
 - AR dient te beslissen tot maatregelen (bij TR en HTR) tijdens lopende jaar
 - Extra opdracht AR: begrotingsconformiteit lopende akkoorden en overeenkomsten
 - Duidelijker proces met timing en verantwoordelijkheden

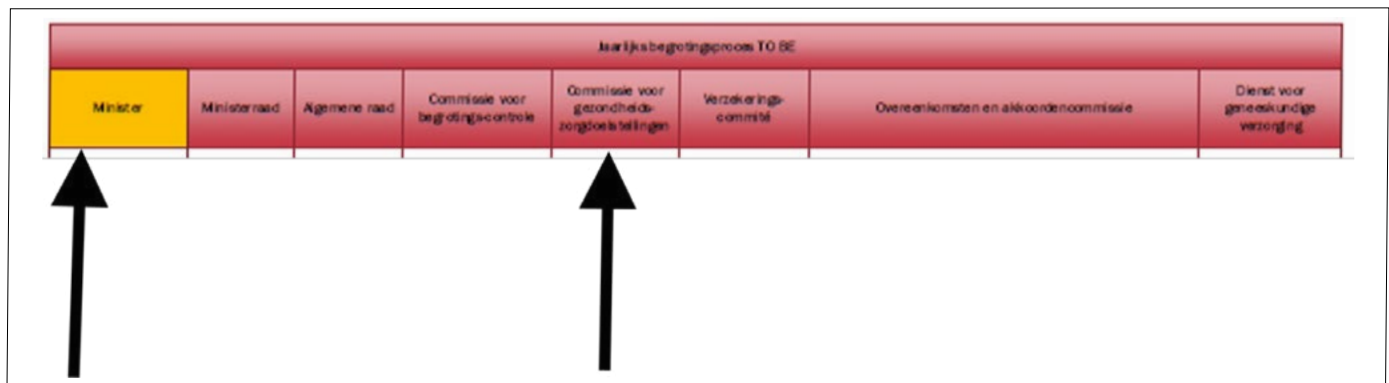
Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Begrotingsproces en -orthodoxie



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Twee grote nieuwigheden zijn het impact van de commissie voor gezondheidsdoelstellingen (in de mate dat die correct haar werking kan uitoefenen) en de nieuwe lijn in de besluitvorming naast de ministerraad: DE MINISTER



Conventiemodel

- Principes
 - Individuele conventionering blijft behouden
 - Conventionering aanmoedigen, deconventionering minder aantrekkelijk
 - Collectieve prikkels voor overeenkomst – akkoord
 - Duidelijker en uniform proces voor akkoorden en overeenkomsten

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



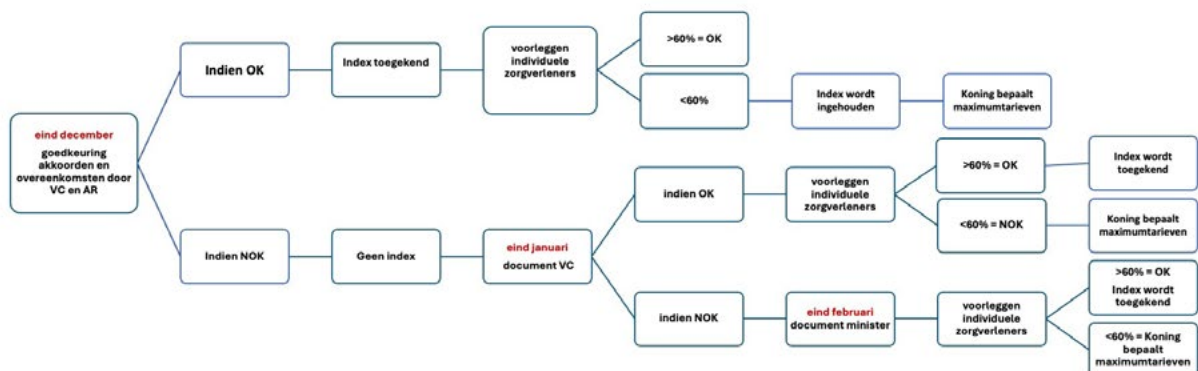
Conventiemodel: proces

- Uniform voor akkoorden en overeenkomsten
- Duidelijker structuur
 - Werking en samenstelling commissies
 - Inhoud akkoorden
 - Procesmatige regels inwerkingtreding, verlenging, wijziging, einde
 - Gevolgen en voordelen conventiestatuut
- Schrapping obsolete passages
- Duidelijker proces met timing en rollen

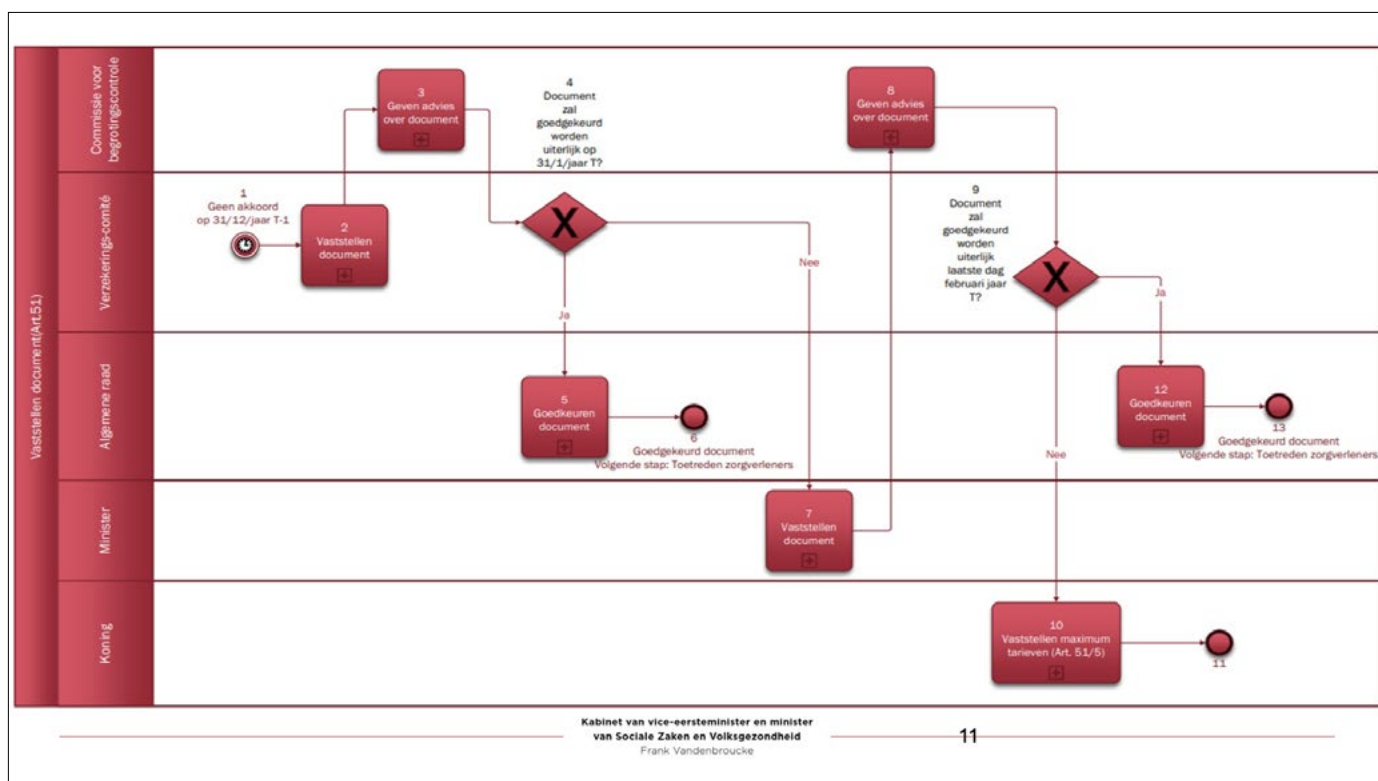
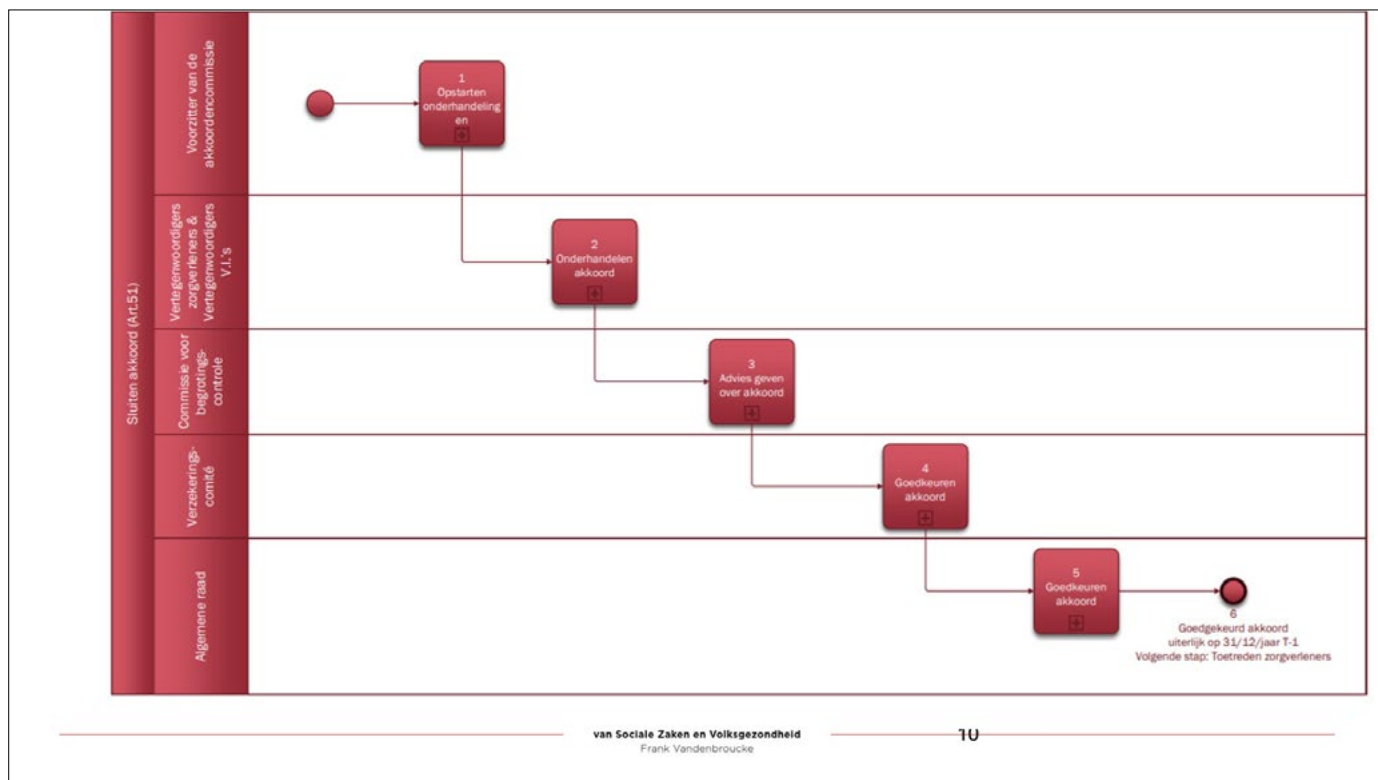
Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

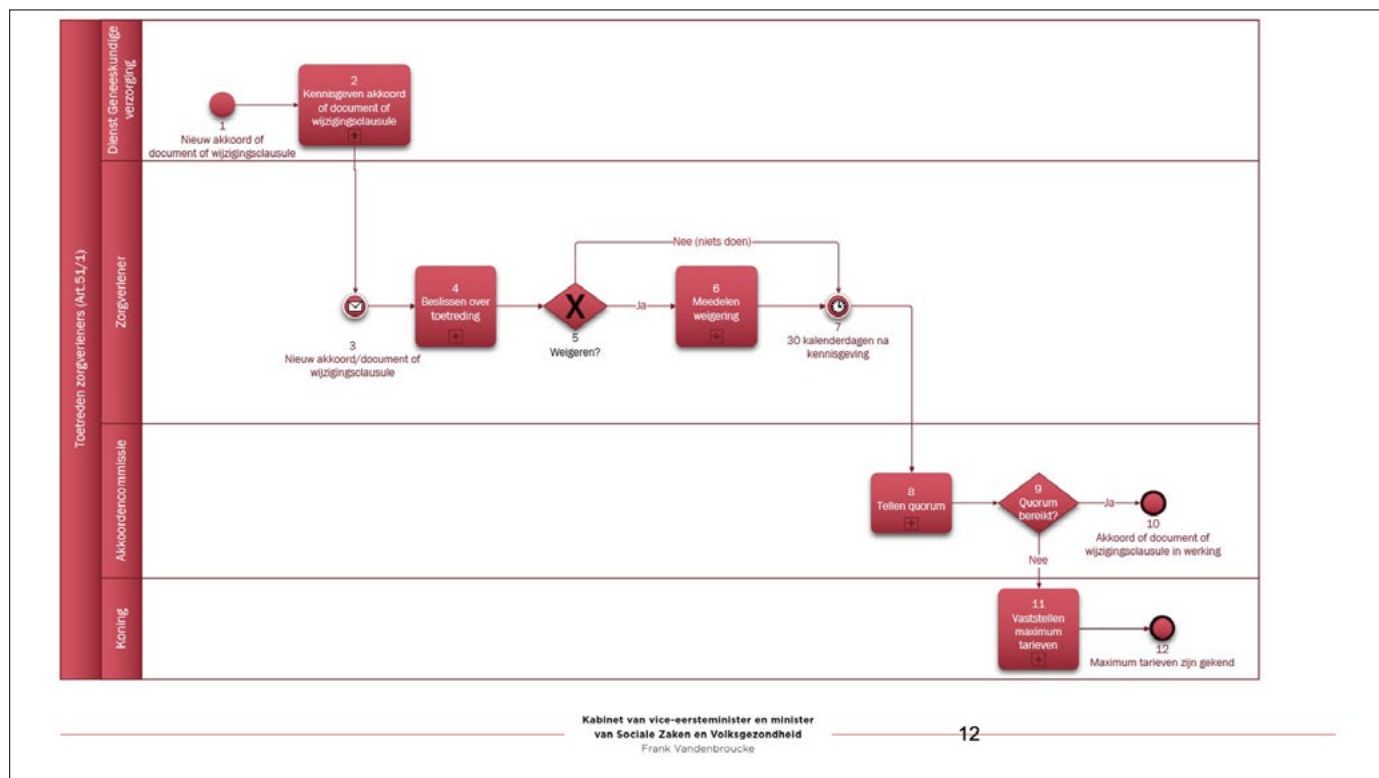


Conventiemodel : proces



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke





Conventiemodel : proces

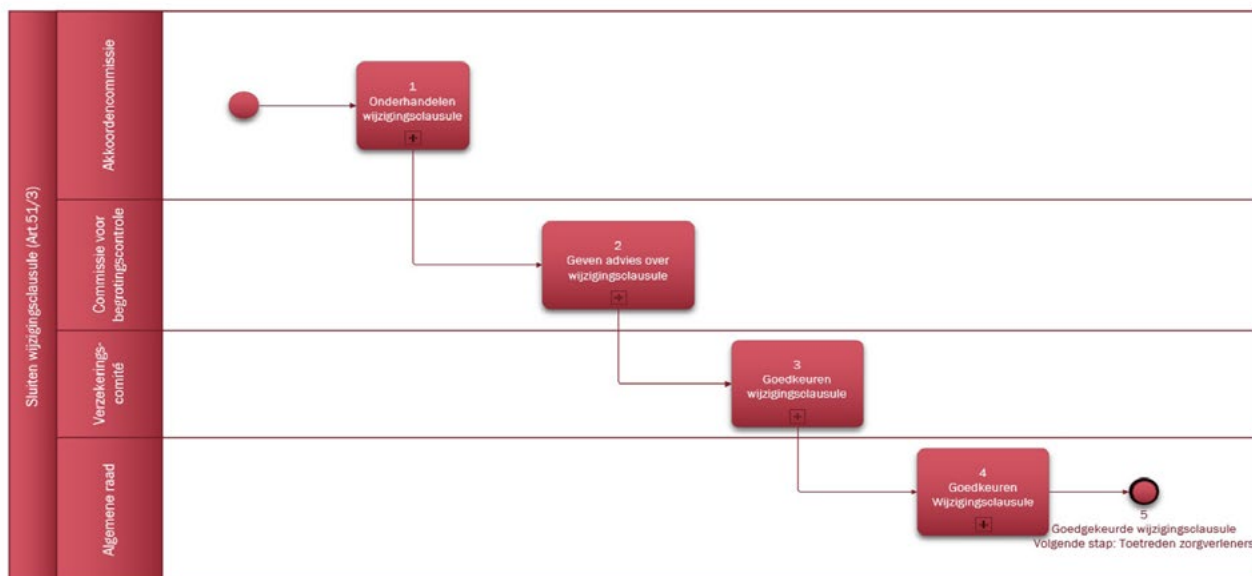
- In principe twee jaar
 - Verlenging mogelijk indien betekening voor 30 september
 - Wijzigingsclausules mogelijk
- Geconventioneerden blijven geconventioneerd tot opt out of tot de laatste dag van februari indien alsdan geen akkoord of document is goedgekeurd

**Duur van de akkoorden en documenten
(Art.51/2)**



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

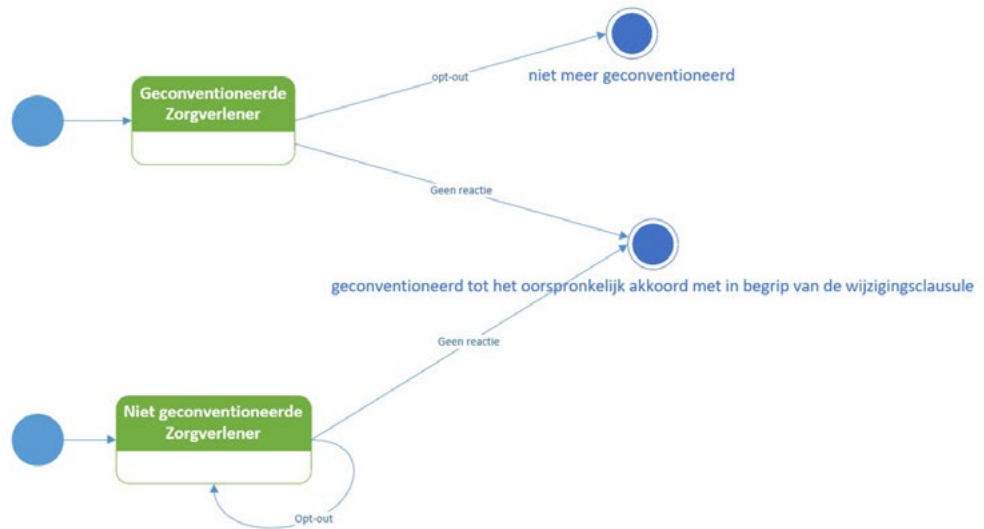
14



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

15

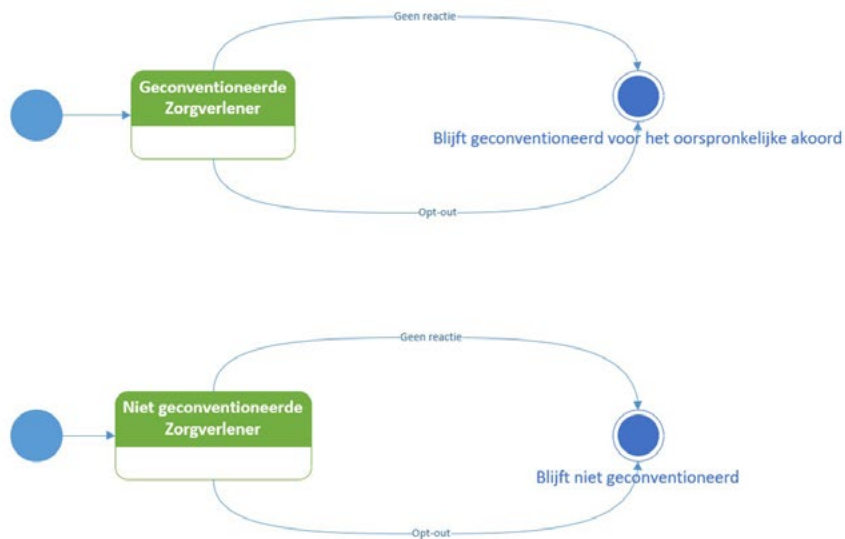
Wijzigingsclausule treedt in werking



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

16

Wijzigingsclausule treedt NIET in werking



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

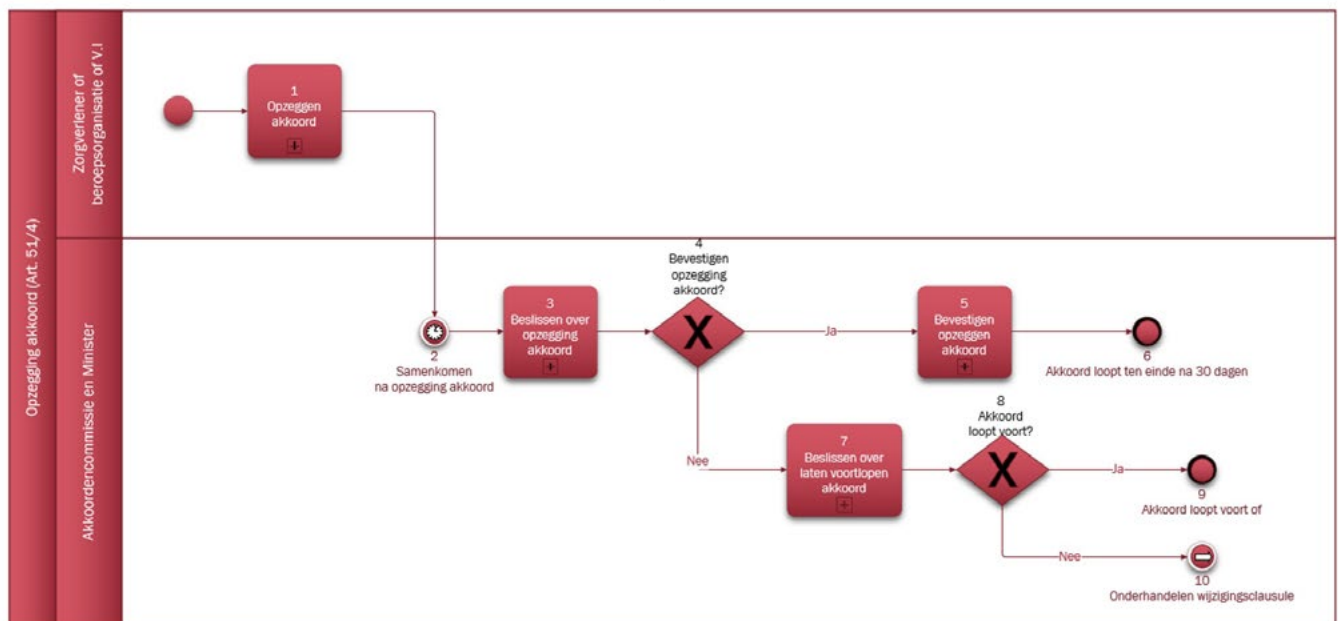
17



Conventiemodel : proces

- Uniforme opzeggingsmodaliteiten
 - Opzegging door individuele zorgverleners zonder motivering, met uitwerking vanaf 1 januari
 - Collectief indien maatregelen worden genomen door Koning of AR die leiden tot beperking honoraria
 - Als opzegging door organisatie → verzoeningsprocedure door minister

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

19



Conventiemodel: proces

- Bijzondere eisen ook voor overeenkomsten
- Afschaffing partiële conventie (vs invoering richttarieven)
- -25%: parallel + budgettaire impact

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Conventiemodel: conventionering aanmoedigen

- Premies voorbehouden aan geconventioneerden (telematicapremie, kwaliteitspremie, geïntegreerde praktijkpremie,...)
- Meer flexibiliteit binnen akkoord: richttarieven
 - In kader van een overeenkomst of akkoord
 - Voor geconventioneerde zorgverleners
 - Tijdelijk karakter
 - Bijzondere situaties (innovatie – achterhaalde vergoedingen)
 - Opname in maximumfactuur
- Financiering beroepsorganisaties: parameter conventionering

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Conventiemodel: deconventionering minder aantrekkelijk

- Ereloonsupplementen
 - Wettelijke verboden blijven behouden
 - Verbod ereloonsupplementen VT in ambulante sector
 - Verbod twee- en meerpersoonskamers ziekenhuisopname
 - Geldende verboden zware medische beeldvorming
 - Verbod tijdens georganiseerde wachtdienst
 - Verbod bij niet-voorafgaandelijke informatie
 - Koning kan supplementen beperken

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Conventiemodel: deconventionering minder aantrekkelijk

- Vanaf 1 januari 2028, parallel met hervorming nomenclatuur
 - Maximumsupplement voor opgenomen patiënten
 - Maximumsupplement voor ambulant
 - Koning kan hiervan afwijken voor een of meerdere geneeskundige verstrekkingen
 - Uitsluiten of aanpassen
 - Koning kan aanrekenen supplementen beperken tot deel van het honorarium (cfr nomenclatuurnieuwvorming)
- Plafonnering ook voor toeslag bijzondere eisen.

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Conventiemodel

	geconventioneerden	gedeconventioneerden	Verbod aanrekening VT	Opname MAF
Ereloonsupplementen	neen tenzij eenpersoonkamer (plafonnering)	ja - plafonnering	ja	neen
Toeslag bijzondere Eisen	ja – plafonnering	ja - plafonnering	neen	neen
Richttarieven in bijzondere situaties	ja	neen	materie AOC	ja
Te bepalen in uitzonderlijke gevallen: forfaitaire vergoeding kosten	ja	ja	neen	ja
premies	ja	neen	NVT	NVT

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Conventiemodel

- Datum inwerkingtreding : 1 januari 2028
 - Koning kan vervroegen

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Overlegmodel

- Participatie deelstaten in overlegorganen
 - Wet 6 november 2023: waarnemend in AR
 - Bijkomend: waarnemend in VC
 - KB ter activering in overleg met deelstaten
- AOC of minister kan rechtstreeks een voorstel doen zonder voorafgaand de Technische Raad te moeten verzoeken een voorstel neer te leggen. Technische raad behoudt wel adviesbevoegdheid
- Wijzigingen die VC doorvoert aan een voorstel, moeten niet meer terug proces in (vereenvoudiging)

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Digitalisering

- Verplichte digitale gegevensoverdracht tussen VI en zorgverleners
 - Voor artsen en tandartsen vanaf 1 september 2025 = reeds voorzien
 - Verplichting voor kine vanaf 1 juli 2026
 - E-attest
 - E-fac
 - E-agreement
 - Mogelijkheid e-fac/ e-attest + andere elektronische diensten voor alle zorgverleners vanaf 1 januari 2029
 - Verplichting voor alle zorgverleners vanaf 1 januari 2030
 - Koning kan uitzonderingen voorzien

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Handhaving

- Riziv-nummer
 - Basisprincipe: zorgverlener moet beschikken over een actief Riziv-nr om te kunnen aanrekenen aan ZIV. Dit RIZIV-nr kan geschorst worden i.k.v. handhaving + automatisch als tijdelijk of permanent verbod uitoefening beroep (visum)
 - Administratieve geldboete kan vervangen worden door schorsing Riziv-Nr
 - Zorgverlener moet verzekerde verplicht informeren over schorsing
 - Indien hij dit niet doet: patiënt beschermd tegen ten onrechte aangerekende bedragen
 - Koning kan nadere regels bepalen over informatieplicht

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Handhaving

- Personen die veroordeeld werden/zijn, kunnen niet zetelen in Riziv-organen
- Verduidelijking slagkracht voor Adva en hun teams
 - Ook vaststellingen van kine, verpleegkundigen en paramedische medewerkers (onder delegatie Adva) hebben bewijskracht tot bewijs van het tegendeel
 - NCAA: bevoegdheid alle verstrekkingen art34

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Handhaving – Versterking van de Federale Toezichtscommissie

- Eenvoudigere/werkbare procedures
 - Bv. ingeval dringende maatregelen (beperkte kamer, termijn,...)
- Omschrijving bevoegdheid van de inspecteurs
 - Instrumenten
 - Uitwisseling informatie andere administraties én parketten
- Optreden tegen niet-naleving wet op de esthetische heerkunde en op de WUG-wet door beoefenaars én niet-beoefenaars
 - Administratieve boetes in geval niet vervolging
 - Myserie shoppers tav niet-beoefenaars

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Handhaving

- Responsabilisering Verzekeringsinstellingen
 - Bijkomende VARAK op basis beheersing gezondheidszorguitgaven
 - Vanaf 2026 + 25 mio tot 100 mio in 2029 (waarborg)
 - Resultaatsverbintenis
 - Mix individueel en collectief mogelijk
 - Verder te bepalen door Koning

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke



Tabak

- Doelstelling
 - “rookvrije generatie” in 2040
- Rookkamers in de publiek toegankelijke instellingen worden verboden mits uitzondering
 - instellingen voor residentiële zorg, gevangenissen, detentiecentra en opvangcentra voor verzoekers om internationale bescherming
 - etablissementen met een ledenlijst die worden bezocht door volwassenen (bijv. sigarenclubs).
- Rookverbod wordt uitgebreid naar terrassen

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

Dit vormt géén onderdeel van de Kaderwet en wordt verder niet meer besproken in deze bundel.



Verder proces

- Input welkom tegen VC 23 juni
- Verdere bespreking op VC 23 juni
- Parallel binnen de regering

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

VOORONTWERP VAN KADERWET VERSIE 1-2-3

THEMA 1. AFDELING X - BEGROTINGSPROCES

Versie 1

Art. X. In artikel 16, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bepaling onder 7° wordt vervangen als volgt:

"7° verifieert, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd of de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister in overeenstemming zijn met de begroting voor geneeskundige verzorging en in voorkomend geval met het financieel meerjarencader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid, en verifieert tezelfdertijd de overeenstemming van de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar met de begroting voor geneeskundige verzorging;"

2° de bepaling onder 12° wordt vervangen als volgt:

"12° beslist om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar dreigt overschreden te worden;"

Versie 2

1° de bepaling onder 7° wordt vervangen als volgt:

"7° **verifieertbeslist**, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd of de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister in overeenstemming zijn met de begroting voor geneeskundige verzorging en in voorkomend geval met het financieel meerjarencader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid, en **verifieertbeslist** tezelfdertijd **inzake** de overeenstemming van de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar met de begroting voor geneeskundige verzorging;"

2° de bepaling onder 12° wordt vervangen als volgt:

"12° beslist om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar **op niet-verantwoorde wijze** dreigt overschreden te worden;"

Versie 3

"12° beslist om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar op **beduidende niet gerechtvaardigde wijze** dreigt overschreden te worden;"

Versie 1

Art. X+1.

In artikel 18 van dezelfde wet wordt het tweede lid, ingevoegd bij de wet van 18 december 2016, vervangen als volgt:
"De Commissie voor begrotingscontrole analyseert het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 op de conformiteit met het begrotingskader, in voorkomend geval met de opdrachtbrief bedoeld in artikel 39, eerste lid, en met het meerjarentraject zoals de Ministerraad heeft besloten, analyseert de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar op de conformiteit met het voorstel van het Verzekeringscomité, en brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober advies uit, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité."

Versie 2

idem

Versie 3

idem

Versie 1

Art. X+2.

Artikel 18/2, § 1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt vervangen als volgt:
"De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober een advies uit over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité."

Versie 2

idem

Versie 3

idem

Versie 1

Art. X+3.

In artikel 38 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het vierde lid wordt vervangen als volgt:

"De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, de financiële middelen voor de financiering van prioritaire aanpassingen en voorstellen gericht op het verhogen van de doelmatigheid van de zorg binnen hun sector meedelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.";

2° het vijfde lid wordt vervangen als volgt:

"De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, voorstellen meedelen van maatregelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité, enerzijds op basis van de technische ramingen, zoals opgemaakt door de Dienst uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, en anderzijds om eventueel een nieuw beleid te financieren. Deze voorstellen van maatregelen worden uiterlijk op 30 juni alleszins aan die organen meegedeeld indien er een overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is."

Versie 2

Deze voorstellen van maatregelen worden uiterlijk op 30 juni alleszins aan die organen meegedeeld indien er een **niet-verantwoorde** overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.";

3° het zesde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

"De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad."

Versie 3

Deze voorstellen van maatregelen worden uiterlijk op 30 juni alleszins aan die organen meegedeeld indien er een **beduidende niet gerechtvaardigde** overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.";

3° het zesde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

"De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad."

Versie 1

Art. X+4.

In artikel 39 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° er wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

"De Minister kan het Verzekeringscomité op uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief van de Ministerraad bezorgen met betrekking tot het in het vierde lid bedoelde begrotingsvoorstel voor het volgende jaar. De opdrachtbrief wordt in voorkomend geval ook overgemaakt aan de Algemene Raad.";

2° het vroegere eerste lid, dat het tweede lid wordt, wordt aangevuld met de woorden "en in voorkomend geval de in het eerste lid bedoelde opdrachtbrief";

3° in het vroegere derde lid, dat het vierde lid wordt, worden de woorden "de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen," ingevoegd tussen de woorden "bezorgt" en de woorden "de Algemene Raad";

4° het vroegere derde lid, dat het vierde lid wordt, wordt aangevuld met de woorden ", en in voorkomend geval rekening houdt met de in het eerste lid bedoelde opdrachtbrief";

5° het vroegere vijfde lid, dat het zesde lid wordt, wordt vervangen als volgt:

"Gelet op het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en gelet op de adviezen op dat voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en op de herziene technische ramingen bedoeld in artikel 38, zesde lid, kan de Minister na de tweede maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een ontwerp van begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging voorleggen aan de Ministerraad, goed te keuren door de Ministerraad voor de derde maandag van oktober."

Versie 2

1° er wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

De Minister **kanbezorgt** het Verzekeringscomité op uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief van de Ministerraad **bezorgen** met **betrekking tot de beleidsprioriteiten en het inbudgettair kader waarmee rekening is te houden door het Verzekeringscomité** in het vierde lid bedoelde begrotingsvoorstel voor het volgende jaar. De opdrachtbrief wordt in voorkomend geval ook overgemaakt aan de Algemene Raad.";

....idem....

5° het vroegere vijfde lid, dat het zesde lid wordt, wordt vervangen als volgt:

"Gelet op het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en gelet op de adviezen op dat voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en op de herziene technische ramingen bedoeld in artikel 38, zesde lid, **kanlegt** de Minister na de tweede maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een ontwerp van begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging **voorleggenvoor** aan de Ministerraad, goed te keuren door de Ministerraad **vooruitelijk de derde maandag** tweede vrijdag van oktober..."

Versie 3

1° er wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

"De Minister bezorgt het Verzekeringscomité op uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief van de Ministerraad met de beleidsprioriteiten en het budgettair kader waarmee rekening is te houden door het Verzekeringscomité in het vierde lid bedoelde begrotingsvoorstel voor het volgende jaar. De opdrachtbrief wordt in voorkomend geval ook overgemaakt aan de Algemene Raad.";

...idem....

5° het vroegere vijfde lid, dat het zesde lid wordt, wordt vervangen als volgt:

"Gelet op het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en gelet op de adviezen op dat voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en op de herziene technische ramingen bedoeld in artikel 38, zesde lid, legt de Minister na de tweede maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een ontwerp van begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor aan de Ministerraad, goed te keuren door de Ministerraad uiterlijk de tweede vrijdag van oktober."

Versie 1

Art. X+5.

In artikel 40 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van xxx[programmawet], worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, eerste lid, wordt vervangen als volgt:

"§ 1. Gelet op het ontwerp van de Ministerraad bedoeld in artikel 39, zesde lid, of indien dat ontbreekt op het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, derde lid, of indien dat ook ontbreekt op volledig eigen initiatief, en rekening houdende met zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur bedoeld in artikel 16, 18°, met de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor Begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, bepaalt de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de akkoordencommissies en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. De Algemene Raad bepaalt eveneens de structurele besparingen [inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding] die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeicijfer en de stijging van de gezondheidsindex en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor;"

2° in paragraaf 2 worden de woorden "en het bedrag van" vervangen door de woorden "van geneeskundige verzorging, met inbegrip van";

3° in paragraaf 2 worden de woorden "en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling" ingevoegd tussen de woorden "partiële doelstellingen" en de woorden "en de globale begrotingen".

Versie 2

idem

Versie 3

idem

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ VERSIE 3 VAN THEMA 1.

AFDELING X - BEGROTINGSPROCES

Het proces betreffende de opmaak van de gezondheidszorgbegroting in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna GVV-wet) wordt gewijzigd. Basisdocumenten in het kader van de begrotingsopmaak zoals bijvoorbeeld de initiële technische ramingen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV (die voortaan besproken zijn geweest in de Ministerraad), de sectorale voorstellen vanuit de akkoordencommissies met betrekking tot besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en behoeften, en het jaarlijks rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen dienen allemaal beschikbaar te zijn uiterlijk eind juni van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar.

Op basis daarvan maakt de Ministerraad uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief op waarin duidelijk de beleidsprioriteiten worden vermeld voor het aankomende begrotingsjaar rekening houdende met het budgettaire kader. Zo kan bijvoorbeeld worden voorgesteld dat een bepaald percentage van de begrotingsdoelstelling gereserveerd wordt voor gezondheidszorgdoelstellingen en waarbij aan één of meerdere sectoren (in onderling overleg indien het om meerdere sectoren gaat) een opdracht wordt gegeven om budgettaire middelen daartoe aan te wenden (om zo te vermijden dat de wettelijk voorziene groeinorm louter dient om volumestijgingen op te vangen en/of volledig verdeeld wordt over de sectoren zonder rekening te houden met prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen). De opdrachtbrief biedt aldus het kader waarbinnen het Verzekeringscomité diens wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste begrotingsvoorstel (begrotingsdoelstelling) dient uit te voeren. Het **Verzekeringscomité kan voor zover hetzelfde doel wordt nagestreefd én er binnen het algemene kader van de opdrachtbrief gebleven wordt**, zijn opdracht ten volle opnemen en in hun begrotingsvoorstel nog alternatieven voorstellen.

Die opdrachtbrief wordt door de minister van Sociale Zaken overgemaakt aan het Verzekeringscomité (en de Algemene Raad) bij het RIZIV. Indien de opdrachtbrief niet of niet tijdig wordt bezorgd, hoeft er verder in het begrotingsproces geen rekening mee te worden gehouden.

Vervolgens blijft het aan het Verzekeringscomité om een voorstel van een globale begrotingsdoelstelling -verder verdeeld in partiële begrotingsdoelstellingen- op te maken binnen de bestaande timing (uiterlijk eerste maandag van oktober).

De minister van Sociale Zaken legt op basis van dit voorstel van het Verzekeringscomité en gelet op de adviezen op dat voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen -adviezen die uiterlijk de tweede maandag van oktober gegeven en overgemaakt moeten worden- en gelet op de herziene technische ramingen vervolgens een ontwerp van gezondheidszorgbegroting -betreft dus de volledige opdrachtenbegroting: enerzijds het deel begrotingsdoelstelling (globale doelstelling verder verdeeld in partiële doelstellingen) en anderzijds het deel buiten begrotingsdoelstelling- ter goedkeuring voor aan de Ministerraad.

Het door de Ministerraad goedgekeurde ontwerp wordt vervolgens het uitgangspunt voor de bespreking van het begrotingsdossier in de Algemene Raad. Indien er geen ontwerp vanuit de Ministerraad is blijft het vertrekpunt voor de behandeling door de Algemene Raad het voorstel van het Verzekeringscomité (dat beperkt is tot de begrotingsdoelstelling). Ongeacht enig eerder door de Ministerraad goedgekeurd ontwerp van gezondheidszorgbegroting of voorstel van begrotingsdoelstelling door het Verzekeringscomité **blijft de Algemene Raad wel steeds finaal bevoegd om over de gezondheidszorgbegroting te beslissen, waarbij zij uiteraard wel binnen de budgettaire grenzen dienen te blijven**. Een door de sociale partners gedragen begroting blijft immers belangrijk. Voor wat betreft de bevoegdheid van de Algemene Raad blijft het dus tevens zo dat **een unanieme instemming van de regeringsvertegenwoordigers in dat orgaan noodzakelijk is**.

Indien er geen goedkeuring is binnen de Algemene Raad ten laatste de derde maandag van oktober zal het volledige begrotingsdossier ook nu nog steeds worden overgemaakt voor beslissing in de Ministerraad.

De Ministerraad (/Minister) kan elke bevoegdheid die hij heeft in het begrotingsproces (de opdrachtbrief, de ontwerp-begroting na het voorstel van het Verzekeringscomité en voor de beslissing in de Algemene Raad, én het bepalen van de begroting indien geen (tijdige) begrotingsbeslissing werd genomen in de Algemene Raad) ook uitoefenen gedurende een periode van een regering in lopende zaken.

Naast wijzigingsbepalingen inzake het begrotingsproces wordt er ook verduidelijkt dat de in de GVV-wet bestaande responsabiliseringsmechanismen ten alle tijde gedurende het begrotingsjaar zullen worden geactiveerd wanneer blijkt (uit bvb. de initiële technische ramingen, de herziene technische ramingen, de permanente audit of de maandelijkse evolutie van de uitgaven) dat de globale begrotingsdoelstelling voor dat jaar op beduidende niet gerechtvaardigde wijze overschreden zou worden. Een strikte toepassing hiervan zal ertoe leiden dat -sneller dan op heden- elke dreigende globale beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding aangepakt wordt met concrete maatregelen die ervoor moeten zorgen dat deze dreigende beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding beteugeld wordt.

Bij elke vaststelling van een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling die de globale begrotingsdoelstelling dreigt te doen ontsporen (**waarbij er met andere woorden niet de nodige onderlinge compensaties mogelijk zijn tussen partiële begrotingsdoelstellingen**) dienen aldus de maatregelen en mechanismen in gang te worden gezet om de naleving van het begrotingskader te waarborgen. In dat kader dient te worden bekeken welke sectoren en welke partiële doelstellingen op dat vlak dus welke inspanning zouden moeten

doen. Dit past tevens binnen de meer globale strategie om het doelmatige gebruik van de middelen te bevorderen. **Gerechtvaardigde overschrijdingen** van een partiële begrotingsdoelstelling zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) dat leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie).

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ VERSIE 3 ART X (X.1 TOT X.5) - BEGROTINGSPROCES

Art. X

In de bevoegdheden van de Algemene Raad zoals bepaald in paragraaf 1 van dit artikel wordt het volgende gewijzigd:

- de bevoegdheid van de Algemene Raad in 7° om te beslissen of de nieuwe nationale akkoorden die ter goedkeuring voorliggen aan het Verzekeringscomité of de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister conform zijn met de eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen), wordt aangevuld met de bevoegdheid om ook voor de nog doorlopende nationale akkoorden (inclusief in geval van verlenging of voor bestaande wijzigingsclausules) te beslissen of deze conform zijn met de ondertussen vastgestelde eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen);
- de bepaling bij 12° wordt gewijzigd met als doel te verduidelijken dat de Algemene Raad steeds kan beslissen om de bestaande wettelijke maatregelen en mechanismen met betrekking tot partiële begrotingsdoelstellingen te gebruiken wanneer wordt vastgesteld dat de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar dreigt overschreden te worden op beduidende niet gerechtvaardigde wijze.

Art. X.1

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

- de Commissie voor begrotingscontrole in diens advies op het voorstel van begrotingsdoelstelling van het Verzekeringscomité ook rekening dient te houden met:
 - de conformiteit van de bestaande nationale akkoorden (inclusief in geval van verlenging of voor bestaande wijzigingsclausules) die nog blijven lopen tijdens het begrotingsjaar -inclusief nationale akkoorden die verlengd zouden worden- met dat voorstel. Dit om coherentie te voorzien met de opdracht van de Algemene Raad voorzien in artikel 16, 7°;
 - én de opdrachtbrief van de Ministerraad indien die tijdig werd opgemaakt;
- de uiterste datum voor het uitbrengen van dat advies de tweede maandag van oktober wordt;
- het advies op dezelfde dag dat het wordt uitgebracht wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité dient het advies vervolgens aan de minister van Sociale Zaken te worden bezorgd, gelet op de nieuwe tussenstap in de begrotingsprocedure waarbij de Minister een ontwerpbegroting ter goedkeuring voorlegt aan de Ministerraad vooraleer het begrotingsdossier behandeld wordt in de Algemene Raad.

Art. X.2

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

- aangezien na het voorstel van het Verzekeringscomité betreffende de begrotingsdoelstelling het voor de Ministerraad mogelijk wordt om op voorstel van de minister van Sociale Zaken een begrotingsontwerp te doen, het Verzekeringscomité niet meer gevraagd zal worden om hun voorstel te herzien volgend op het advies daarop van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen;
- ook hier verduidelijkt wordt dat het advies van de commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen op het voorstel van het Verzekeringscomité op dezelfde dag dat het wordt uitgebracht wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Net zoals bij artikel 18 is het dan vervolgens zo dat via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité het advies vervolgens aan de minister van Sociale Zaken zal worden bezorgd, gelet op de nieuwe tussenstap in de begrotingsprocedure waarbij de Minister een ontwerpbegroting ter goedkeuring voorlegt aan de Ministerraad vooraleer het begrotingsdossier behandeld wordt in de Algemene Raad.

Art. X.3

Opdat de Ministerraad voor het opstellen van hun opdrachtbrief op uiterlijk 20 juli tijdig zou beschikken over de nodige

pertinente gegevens en basisdocumenten met het oog op de volgende begroting, wordt de datum vervroegd -30 juni i.p.v. 1 september- voor wat betreft het eventueel overmaken van de voorstellen inzake besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en behoeften vanuit de akkoordencommissies. Naar analogie wordt diezelfde datum ook voorzien voor wat betreft het eventueel formuleren van voorstellen tot het verhogen van de doelmatige zorg binnen hun sector door de akkoordencommissies.

De akkoordencommissies worden geacht om voorstellen inzake besparingsmaatregelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité te bezorgen op uiterlijk 30 juni van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar indien er een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.

Via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité zullen de voorstellen bedoeld in dit artikel aan de minister van Sociale Zaken worden bezorgd.

Voor de sectoren die de voorstellen niet tijdig aanleveren volgt hieruit dat de in artikel 39 nieuw voorziene opdrachtbrief van de Ministerraad voor die sectoren zelf dergelijke voorstellen kan doen zonder dus mogelijks rekening te kunnen houden met de voorstellen van de desbetreffende sectoren, alsook door de instanties betrokken bij de begrotingsopmaak (Verzekeringscomité, Ministerraad en Algemene Raad).

Tenslotte wordt ook expliciet ingeschreven dat de technische ramingen -zowel de initiële (uiterlijk 31 mei bekend) als de herziene technische ramingen (uiterlijk 15 september bekend)- besproken worden in de Ministerraad. De technische ramingen opgemaakt door het RIZIV zijn korte termijn projecties van de uitgaven voor geneeskundige verzorging op basis van trendanalyses en ramingen van de impact van beleidsmaatregelen. De technische ramingen leveren informatie op voor de opmaak van het komende begrotingsjaar en de opvolging van het lopende begrotingsjaar.

Art. X+4

De volgende bepalingen worden in dit artikel voorzien gelet op het nieuwe te volgen begrotingsproces:

- de opdrachtbrief van de Ministerraad dient uiterlijk op 20 juli door de minister van Sociale Zaken aan het Verzekeringscomité (en de Algemene Raad) bezorgd te worden. Indien deze brief niet wordt opgeleverd tegen 20 juli maakt het Verzekeringscomité diens voorstel van begrotingsdoelstelling op naar best vermogen zoals voorheen op basis van alle andere beschikbare gegevens (maar dan zonder de opdrachtbrief);
- het voorstel tot begrotingsdoelstelling van het Verzekeringscomité -over te maken aan de Commissie voor begrotingscontrole (voor advies), aan de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (voor advies) en aan de Algemene Raad- dient tevens rekening te houden met de door de Algemene Raad bepaalde prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering zoals bedoeld in artikel 16, 18° en met de opdrachtbrief (voor zover die effectief (tijdig) werd opgeleverd). Ook hier zal via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité het voorstel aan de minister van Sociale Zaken worden bezorgd;
- vervolgens legt de Minister na de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (en eveneens gelet op de herziene technische ramingen) een ontwerp van volledige gezondheidszorgbegroting (dus deel binnen en buiten begrotingsdoelstelling) ter goedkeuring voor aan de Ministerraad.

Op het vlak van timing van deze stap in het begrotingsproces wordt voorzien dat de Minister ten vroegste een ontwerp kan voorleggen aan de Ministerraad na de uiterste datum voor de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (zijnde de tweede maandag van oktober), hetwelk dan door de Ministerraad te behandelen is uiterlijk het einde van diezelfde week (zijnde de tweede vrijdag van oktober); -er wordt tevens een lid geschrapt dat een overbodige doublure betreft van wat bepaald wordt in artikel 40 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Art. X+5

De Algemene Raad blijft uiteindelijk bevoegd om de gezondheidszorgbegroting -deel binnen en buiten doelstelling- vast te stellen. Het kan dit doen vertrekkende vanuit het begrotingsontwerp goedgekeurd door de Ministerraad -dat erna nog op diezelfde dag voor de leden van de Algemene Raad beschikbaar moet zijn en desgevallend kan worden toegelicht door een vertegenwoordiger sociale zaken van de overheid- of bij gebrek daaraan vertrekkende vanuit het voorstel van het Verzekeringscomité betreffende de begrotingsdoelstelling (waaraan dan het deel buiten doelstelling door de Algemene Raad wordt toegevoegd). **De Algemene Raad kan dus steeds finaal zelf beslissen over de gezondheidszorgbegroting (en indien het dit nodig acht dus ook een eerder ontwerp/voorstel amenderen), waarbij er uiteraard wel binnen de budgettaire grenzen dient te worden gebleven.**

Tenslotte wordt ter transparantie verduidelijkt in zowel paragraaf 1 als 2 dat de bevoegdheden van respectievelijk de Algemene Raad en de Ministerraad (in functie van waar het begrotingsdossier zich bevindt) m.b.t. de begroting voor geneeskundige verzorging de volledige opdrachtenbegroting geneeskundige verzorging omvatten. Hierin zijn de volgende onderdelen inbegrepen: de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling.

Commentaar 1:

De verschillen tussen versie 1-2-3 inzake het begrotingsproces tonen aan dat er op geen enkele wijze rekening werd gehouden met het unaniem ondersteunde advies van het voltallige Verzekeringscomité op 23.06.2025. Dit wordt hieronder volledig weergegeven:

“ Verzekeringscomité roept regering op om het overlegmodel te respecteren.

Een hervorming van onze gezondheidszorg is noodzakelijk. We delen met de minister de nood aan hervormingen om de toekomst van onze gezondheidszorg veilig te stellen. Hervormen is nodig zodat de zorg toegankelijk blijft voor de patiënt, maar gelijktijdig moeten we erover waken dat de zorg niet overbelast geraakt en de **juiste zorg wordt ingezet op de juiste plaats**. Als zorgverstrekkers, zorginstellingen en ziekenfondsen maakt deze hervorming ons heel bezorgd. Het **overlegmodel**, dat de hoeksteen vormt van ons model van gezondheidszorg, **dreigt te worden uitgehold**.

1. Het overlegmodel komt onder druk te staan door verregaande wijzigingen in de begrotingsprocedure. Wie echter denkt dat dit alles kan zonder paritair overleg met wie het terrein kent en wie dagdagelijks in contact staat met de zieke burger, dwaalt. We vragen bijsturingen in het proces van begrotingsopmaak omdat we geloven dat de **huidige procedure in de hervormingswet onnodig is** en een efficiënt en zinvol overleg onmogelijk zal maken. **De tijd om te overleggen wordt zeer kort en telkens doorkruist met tussenkomsten van de regering**. De regering trekt op die manier het laken meer naar zich toe. Dat een ontwerpbegroting naar de Ministerraad gaat (na adviezen CBC en GDOS) nog vóór bespreking begrotingsdossier in de Algemene Raad, is daar een voorbeeld van. De opdrachtenbrief die uiterlijk 20 juli zal worden beslist op Ministerraad, kan het werk van akkoordencommissies ondergraven, maar ook ondersteunen indien indicatief. De Ministerraad kan ten slotte ook een ontwerp van begroting goedkeuren nog voor het dossier werd voorgelegd op de Algemene Raad. Zo wordt de **bevoegdheid van de Algemene Raad**, waar bovendien naast zorgverleners, ziekenfondsen en sociale partners ook de regering is vertegenwoordigd, **een lege doos**.
2. We zijn bezorgd over de wijze waarop dergelijke hervormingen tot stand komen. In een sneltreinvaart worden zij uitgewerkt, zonder grondig voorafgaand debat en los van de bestaande overlegstructuren. Wie een fundamenteel stuk van het zorgmodel hervormt, kan dat enkel samen met de mensen op het terrein. De tijd om te reageren op voorstellen, die op een aantal fora aan ziekenfondsen en zorgverleners zijn voorgelegd, is daarbij bijzonder kort, waardoor van een echt debat nauwelijks sprake is. Dit wordt bovendien doorgedrukt in een context van schaarste en besparingen die nooit een goede vertrekbasis vormen voor fundamentele hervormingen. Gezien de complexiteit en het belang van de hervormingen die we moeten doorvoeren (besparingen, hervormingen van de organisatie van de zorg, de herijking van de nomenclatuur, de hervorming van de eerste lijn) is de betrokkenheid van het terrein en het behoud van het overlegmodel fundamenteel.
3. Wij pleiten ook voor coherente, samenhangende hervormingen, zowel inhoudelijk als qua timing. Het regeerakkoord voorziet verschillende hervormingen, onder meer inzake de nomenclatuur (vanaf 2028), de ziekenhuisfinanciering (nog verder te concretiseren), de organisatie en attractiviteit van de zorgberoepen (nog verder uit te werken). **Deze hervormingspistes moeten op elkaar worden afgestemd**. Wanneer sommige luiken versneld worden doorgevoerd en andere pas jaren later doorgang vinden, dreigt het evenwicht verloren te gaan – met gevolgen voor de stabiliteit en leefbaarheid van het zorgsysteem én de patiënt.
4. Samen met de zorgverleners en zorginstellingen stellen de ziekenfondsen vast dat **de regering steeds meer maatregelen wil opleggen zonder of met beperkt overleg met de actoren op het terrein**, met name de zorgverstrekkers, zorginstellingen en de ziekenfondsen. We blijven overtuigd voorstander van het medebeheer van de gezondheidszorg door zorgverleners en ziekenfondsen, omdat dit de beste garanties biedt op maatregelen die ook hun doel bereiken,

vertrekkend vanuit expertise, terreinkennis en inzicht in het zeer complex radarwerk dat onze gezondheidszorg is. Uit ervaring weten we dat evenwichtige akkoorden die ten goede komen van de arts én de patiënt enkel tot stand komen via overleg aan tafel, in een sereen debat, waar er ruimte is voor nuance. Het medebeheer, waarbij de betrokkenen actoren samen het gezondheidszorgbeleid vorm geven, is meer ontvankelijk voor de evolutie in de behoeften van de bevolking dan een model zonder sociaal overleg en speelt daarom een belangrijke rol in de oriëntatie van niet alleen de beleidsmaatregelen, maar ook van de budgettering in de ziekteverzekering en de bescherming van de patiënt. Dit medebeheer is een unieke verwezenlijking in België die het mogelijk gemaakt heeft om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg tot op heden met oog voor de meest kwetsbare patiëntengroepen zo goed mogelijk te garanderen. We roepen de regering op om dit overlegmodel niet overboord te gooien

Dit model heeft 65 jaar goed gefunctioneerd. Het werkt op voorwaarde dat alle partners (zorgverstrekkers, zorginstellingen en ziekenfondsen) hun verantwoordelijkheid nemen en het overlegmodel alle kansen geven op efficiënte werking. En het overlegmodel is klaar om geactualiseerd te worden maar daarbij willen wij waarschuwen dat het kind niet met het badwater mag worden weggegooid."

Commentaar 2:

Deze Kaderwet maakt komaf met de residuaire bevoegdheid van de Minister waardoor hij slechts in een ultieme fase mocht tussenkomen. Deze residuaire bevoegdheid was ingeschreven in de Wet Moureuax van 15.2.1993. De pendel is nu weer naar het andere uiterste verschoven: de technische ramingen worden éérst in de Ministerraad besproken alvorens ze in het Verzekeringscomité verschijnen.

BESLUIT INZAKE THEMA 1_ HET BEGROTINGSPROCES

De brief van het Verzekeringscomité wijst op de uitholling van de bevoegdheden van de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Akkoordencommissies door een van bovenaf inhoudelijk, procedureel en temporeel proces. Dit is de definitie van Staatsgeneeskunde want precies op die manier worden paritaire overlegorganen volstrekt uitgehold: deze tussen werkgevers/werknemers en deze tussen zorgverleners/ziekenfondsen.

THEMA 2. AFDELING X - AFDELING X+1 - AKKOORDEN TUSSEN ZORGVERLENERS EN VERZEKERINGSINSTELLINGEN: ARTIKELS X+6 TOT EN MET X+32

Versie 1

Art. X+6. In Titel III, Hoofdstuk I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling VIII vervangen als volgt: "Akkoordencommissies".

Art. X+7. In artikel 26 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 13 december 2006, 27 december 2006 en 11 augustus 2017, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

"De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden in de schoot van de dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten en de in artikel 22, 6°, en 6°bis, bedoelde ontwerpen van overeenkomsten worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgesteld door akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben."

2° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

"§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het artsencorps en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde. Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan. De Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie. De beslissingen worden genomen bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het artsencorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het artsencorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het artsencorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als arts-specialist moeten bevatten. De voorzitter is niet stemgerechtigd."

3° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

"§ 3. Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd en dat in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt."

Commentaar: 42 ~~en 50~~: 50 is weggefallen tov huidige Gvu teksten: 50 heeft betrekking op artsen en tandartsen

Versie 2

idem

Versie 3

idem

Versie 1

Art. X+8.

In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling I vervangen als volgt: «Akkoorden».

Art. X+9. Artikel 42 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998 en 19 maart 2013, wordt vervangen als volgt:

"Art. 42. Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen eensdeels, en de artsen, de tandheeldkundigen, de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens, de verstrekkers van implantaten en de in artikel 34, 11°, 12° en 18° bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij akkoorden geregeld. De in het vorige lid vermelde akkoorden, zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid. De Koning regelt de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners die instaan voor de in artikel 34, 13°, 14° en 15° bedoelde verstrekkingen anderzijds."

Art. X+10. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt B vervangen als volgt: "Akkoorden met de artsen, de tandheeldkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens en de verstrekkers van implantaten".

Art. X+11. Artikel 43 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 22 februari 1998, wordt opgeheven.

Versie 2

idem

Versie 3

idem

Versie 1

Art. X+12. Artikel 44 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 15 december 2013, wordt vervangen als volgt: "Art. 44.

§ 1. De akkoorden met betrekking tot de artsen, de tandheeldkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens en de audiciens bepalen in het bijzonder het bedrag voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen. Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd. Voor de in artikel 34, eerste lid, 4° bis, bedoelde verstrekkingen is de Akkoordencommissie tussen verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen bevoegd om de afleveringsmarge vast te stellen. De afleveringsmarge dekt de informatie van de ziekenhuisapotheker met betrekking tot de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aan de in artikel 2, n), bedoelde verplegingsinrichtingen en aan potentiële implanterers. **De afleveringsmarge dekt ook de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit en de aflevering van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, evenals, overeenkomstig de wettelijke vereisten, de aflevering van en het toezicht op het traject van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.**

§ 2. Wat de huisbezoeken of verstrekkingen ten huize betreft, wordt in de akkoorden voor de reiskosten een forfaitair bedrag vastgesteld dat de in § 1 bedoelde personen aan de rechthebbende mogen aanrekenen wanneer zij deze verzorging te zijnen huize verstrekken, hetzij op zijn verzoek, hetzij eigener beweging wanneer de toestand van de rechthebbende verdere verzorging vergt zonder dat hij zich kan verplaatsen. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.

§ 3. De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria, wordt gestort aan de zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaliging.

§ 4. De akkoorden kunnen de voorwaarden vaststellen inzake bijzondere eisen van de rechthebbenden waarin het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen mag worden overschreden. De akkoorden kunnen richttarieven vaststellen voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Deze richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van deze richttarieven in de akkoorden moet worden geëvalueerd. Deze richttarieven mogen in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat de vergoeding achterhaald is."

Art. X+13. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt C vervangen als volgt: "Akkoorden met de verplegingsinrichtingen".

Art. X+14. In artikel 46 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt het woord "overeenkomsten" telkens vervangen door het woord "akkoorden".

Art. X+15. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt D vervangen als volgt: "Akkoorden met de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde diensten en inrichtingen".

Versie 2

Art. X+12.

Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat het bedrag van de vergoeding achterhaald is."

§ 5. De akkoorden met de artsen en de tandheekkundigen kunnen voorzien in een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. De arts en de tandheekkundige die gedeeltelijk is toegetreden mag de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in het akkoord maximum twee dagen per week overschrijden en moet minimum zestig procent van het totaal van de verstrekkingen verrichten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in het akkoord."

Versie 3

Art. X+12.

Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen ~~al dermate lang niet meer werd herijkt dat~~ het bedrag van de vergoeding achterhaald is."

§ 5. De akkoorden met de artsen en de tandheekkundigen kunnen voorzien in een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. In voorkomend geval mag de arts en de tandheekkundige die gedeeltelijk is toegetreden de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in het akkoord overschrijden overeenkomstig de in het akkoord vastgestelde voorwaarden en modaliteiten."

Commentaar:

§3. "zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaaming": welke voorwaarden zijn dit ?

BESLUIT: ERNSTIGE WIJZIGINGEN IN VERSIE 3 TOV VERSIE 2 WANT DE TWEE DAGEN PER WEEK ZIJN VERDWENEN. ALLE MODALITEITEN WORDEN VERWEZEN NAAR DE AKKOORDENCOMMISSIE.

Versie 1

Art. X+16. In artikel 47 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden "bedoelde overeenkomsten" worden vervangen door de woorden "bedoelde akkoorden";

2° de woorden « De overeenkomsten worden » worden vervangen door de woorden "De akkoorden worden";

3° de woorden "die overeenkomsten » worden vervangen door de woorden "die akkoorden";

4° de woorden "de overeenkomst" worden telkens vervangen door de woorden "het akkoord";

5° het woord "overeenkomstencommissie" wordt vervangen door het woord "akkoordencommissie".

Art. X+17. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt E vervangen als volgt: "Akkoord met de apothekers".

Art. X+18. Artikel 48 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt vervangen als volgt:

"Art. 48. Het in artikel 42 bedoelde akkoord bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° en 5°bis die door de apothekers worden verstrekt."

Art. X+19. Artikel 49 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 april 2019, wordt vervangen als volgt: "Art. 49. De commissie waarin het akkoord is gesloten is bevoegd om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en kan het advies van de bevoegde technische raad inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur."

Art. X+20. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling II opgeheven.

Versie 2

idem

Versie 3

idem

Versie 1

Art. X+21. Artikel 50 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, wordt vervangen als volgt: "Art. 50.

§ 1. Elk akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Het kan ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn. Elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden. De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, in wijzigingen van de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren. Bovenop die correctiemechanismen moet elk akkoord bevatten: 1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, § 1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7; 2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in het akkoord zijn opgenomen, overschrijdt of dreigt te overschrijden.

De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen. Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen akkoord loopt. Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om dit akkoord of deze toetreding op te zeggen. Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene Raad, kan een akkoordencommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207bis door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. **Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.**

§ 2. De **Koning bepaalt** wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling of van de normen inzake volume moet worden verstaan. Hij kan in deze bepalingen een onderscheid maken tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in paragraaf 6.5

§ 3. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee. De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren, waaronder het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de

oorzaken van die overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

§ 4. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt. De betrokken akkoordencommissies kunnen aan de Algemene Raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen. In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene Raad zich uit over voormelde voorstellen.

§ 5. Elke akkoordencommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging, die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing. Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene Raad.

§ 6. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De algemene Raad stelt na advies van de Commissie voor begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.

§ 7. De §§ 1 tot 6 zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten."

Commentaar: tov de huidige GVV-tekst is Art.50§1 volledig gewijzigd naar "beheersing" van uitgaven en volumes.

Commentaar: er is sprake van nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren: hoe dan?

Commentaar: indexatie is een voorrecht van de Algemene Raad en is algemeen van aard voor alle verstrekkingen

Commentaar: onduidelijkheid: de Algemene Raad zou een voorbeeld moeten geven van "welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen".

Versie 2

Art. 50

§1:

Elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling **niet gerechtvaardigd** wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in het akkoord zijn opgenomen, **niet gerechtvaardigd** overschrijdt of dreigt te overschrijden.

§3

Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op **niet-gerechtvaardigde** overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die **niet-gerechtvaardigde** overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

§4

~~§ 4. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt. De betrokken akkoordencommissies kunnen aan de Algemene Raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen. In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene Raad zich uit over voormelde voorstellen.~~

Commentaar: de afgesproken herinvestering van appropriate care middelen in de eigen sector wordt teniet gedaan.

Art. 50

§1:

Elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling **beduidend niet gerechtvaardigd** wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in het akkoord zijn opgenomen, **beduidend niet gerechtvaardigd** overschrijdt of dreigt te overschrijden.

§2:

Het komt aan de **Algemene Raad** toe om te bepalen welk gevolg er gegeven wordt aan enige beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of risico op beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling. Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in paragraaf 5.

§3

§ 3. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee. De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren, ~~waaronder het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan.~~

Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op **beduidende niet-gerechtvaardigde** overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die **beduidende niet-gerechtvaardigde** overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

§4

~~§ 4. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt. De betrokken akkoordencommissies kunnen aan de Algemene Raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen. In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene Raad zich uit over voormelde voorstellen.~~

BESLUIT : in versie 3 is het geschrapte deel in §3 dat refereert naar het KB van 5 oktober 1999 hetvolgende:

Art. 5. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een **beduidende overschrijding indien de geboekte uitgaven voor verstrekkingen meer als 1 % hoger liggen dan de overeenstemmende partiële begrotingsdoelstelling.**

Art. 6. Onafgezien het in de artikelen 3 en 4 bepaald risico op beduidende overschrijding, vertoont een partiële begrotingsdoelstelling een risico op beduidende overschrijding voor het jaar indien, bij het opmaken van de budgettaire voorafbeelding voor het komend jaar zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogt bij de wet van 16 maart 1954, de nieuwe vooruitzichten voor het lopend jaar hoger liggen dan de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar, verhoogd met 3,5 %.

Versie 1

Art. X+22. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling III vervangen als volgt: "Proces sluiten van akkoorden en toetreding tot akkoorden".

Art. X+23. Artikel 51 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 mei 2022, wordt vervangen als volgt:
"Art. 51. § 1. De in artikel 42 bedoelde akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vóór 31 december, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord is gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als dit laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen. De Commissies kunnen een financieel meerjarencader toevoegen aan het akkoord.

Als op voorvermelde datum geen akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als het akkoord op voorvermelde datum niet wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat vóór 1 februari van het daaropvolgende jaar wordt voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de Minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole.

Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. In dat document worden in het bijzonder de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten toegetreden te zijn. Dit artikel is niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten."

Versie 2

Art 51.§1

toevoeging

De leden van de betrokken akkoordencommissie worden uitgenodigd om deel te nemen aan de vergadering van het Verzekeringscomité tijdens dewelke het document wordt besproken. De leden van de betrokken akkoordencommissie hebben raadgevende stem, tenzij ze zelf ook stemgerechtigd lid zijn van het Verzekeringscomité.

Versie 3

Art 51.§1

Toevoeging

De Commissies kunnen een financieel meerjarencader toevoegen aan het akkoord. Na de goedkeuring van een akkoord door de Algemene raad, deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

toevoeging

Als op voorvermelde datum geen akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als het akkoord op voorvermelde datum niet wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat vóór 1 februari van het daaropvolgende jaar wordt voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. De leden van de betrokken akkoordencommissie worden uitgenodigd om deel te nemen aan de vergadering van het Verzekeringscomité tijdens dewelke het document wordt besproken. De leden van de betrokken akkoordencommissie hebben raadgevende stem, tenzij ze zelf ook stemgerechtigd lid zijn van het Verzekeringscomité. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de Minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

In dat document worden in het bijzonder de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten toegetreden te zijn.

Dit artikel is niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten."

BESLUIT : belangrijke wijzigingen die de Minister initiatiefrecht geeft.

Versie 1

Art. X+24. In dezelfde wet wordt een artikel 51/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/1.

§ 1. De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken zorgverleners de tekst van de door het Verzekeringscomité goedgekeurde akkoorden, bedoeld in artikel 42, of van de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten, bedoeld in artikel 51, die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding ter kennis via elektronische weg **of per post**. De orthopedisch technoloog die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot het akkoord of het document te kunnen toetreden en voor zover dat in dat akkoord of in dat document uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van de werkgever bijvoegen waarmee hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenissen aan te gaan die in het voormelde akkoord of in het voormelde document zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de onderneming die gerechtigd zijn om tot het akkoord of het document toe te treden.

§ 2. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten worden geacht tot deze akkoorden of deze documenten te zijn toegetreden voor de duur van het akkoord of het document. Deze weigering heeft slechts uitwerking indien ze ter kennis werd gebracht tijdens de periode van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van het akkoord of het document. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde online-toepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform. De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord of het document via elektronische weg of per post. De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 1, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandhaafd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.

§ 3. De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten die op hen betrekking hebben, behoudens indien meer als 40 percent van de zorgverleners volgens de nadere regels bepaald in paragraaf 2 kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden of documenten.

Opdat het akkoord artsen – ziekenfondsen of het document dat door het Verzekeringscomité of de Minister werd vastgesteld voor de artsen in werking kan treden mogen bovendien niet meer als 50 percent van de algemeen geneeskundigen, noch meer als 50 percent van de artsen-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord of het document toe te treden. De telling van de zorgverleners die kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden of de documenten, wordt uitgevoerd door de akkoordencommissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden of de documenten. Indien het Instituut evenwel boodschappen ontvangt die door de zorgverleners na afloop van de termijn van dertig dagen bedoeld in paragraaf 2 zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de akkoordencommissie vast dat het akkoord of het document in werking treedt, voor zover, ingevolge die boodschappen, het percentage van weigering tot toetreding het in het eerste lid bedoelde percentage niet meer overschrijdt. Indien zorgverleners, overeenkomstig

de bepalingen van deze wet kennis hebben gegeven van hun weigering om dat akkoord of dat document verder na te leven, stelt akkoordencommissie eventueel vast dat het akkoord of het document geen toepassing meer vindt zodra deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat het percentage van weigering tot toetreding het in het eerste lid bedoelde percentage overschrijdt."

Versie 2

idem

Versie 3

Art. 51/1. § 1. De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken zorgverleners de tekst van de door ~~het Verzekeringsecomité~~ **de Ministerraad goedgekeurde akkoorden**, bedoeld in artikel 42, ~~of van de door het Verzekeringsecomité of de Minister vastgestelde documenten~~, **of van de door de Ministerraad goedgekeurde documenten**, bedoeld in artikel 51, die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding ter kennis via elektronische weg of per post.

§ 3. De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door de Ministerraad ~~het Verzekeringsecomité en de Algemene Raad~~ goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van ~~de door het Verzekeringsecomité of de Minister vastgestelde documenten die op hen betrekking hebben~~ **de door de Ministerraad goedgekeurde documenten**, behoudens indien meer als 40 percent van de zorgverleners volgens de nadere regels bepaald in de paragraaf 2 kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden of documenten.

BESLUIT: de rol van het Verzekeringsecomité en de Algemene Raad worden verder uitgehold

Versie 1

Art. X+25. In dezelfde wet wordt een artikel 51/2 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/2. De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. De akkoordencommissie kan beslissen het akkoord te verlengen van kalenderjaar tot kalenderjaar. De beslissing tot verlenging moet ten laatste worden genomen op 30 september. Niettemin kan het Verzekeringsecomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee kalenderjaren aanvaarden. De door het Verzekeringsecomité of de Minister vastgestelde documenten lopen tot het einde van het kalenderjaar waarin ze worden vastgesteld. De voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk drie maanden voor de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen."

Versie 2

Art. X+25. In dezelfde wet wordt een artikel 51/2 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/2. De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. De akkoordencommissie kan beslissen het akkoord te verlengen van kalenderjaar tot kalenderjaar. De beslissing tot verlenging moet ten laatste worden genomen op 30 september. **De akkoorden kunnen ook voorzien dat ze stilzwijgend worden verlengd van kalenderjaar tot kalenderjaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.** Niettemin kan het Verzekeringsecomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee kalenderjaren aanvaarden. De door het Verzekeringsecomité of de Minister vastgestelde documenten lopen tot het einde van het kalenderjaar waarin ze worden vastgesteld. ~~De voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk drie maanden voor de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.~~ De voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk 15 september van het jaar waarin het lopende akkoord verstrijkt bijeen. De Commissie komt ook bijeen als een van de banken het vraagt. "

Versie 3

Idem als versie 2

Art. X+26. In dezelfde wet wordt een artikel 51/3 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/3. De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen tijdens hun geldigheidsduur worden gewijzigd door middel van wijzigingsclausules. Deze wijzigingsclausules worden gesloten door de bevoegde commissies en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole.

De zorgverleners die uiterlijk op de dertigste dag volgend op de datum van verzending van een wijzigingsclausule via elektronische weg of per post, geen kennis van hun weigering hebben gegeven volgens de procedure vermeld in artikel 51/1, § 2, worden geacht te zijn toegetreden tot het akkoord zoals dit wordt gewijzigd door de wijzigingsclausule. De bepalingen van een wijzigingsclausule treden in werking overeenkomstig de bepalingen van artikel 51/1, § 3. Als de wijzigingsclausule niet in werking treedt behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding tot het akkoord betreft de situatie waarin ze zich bevonden vóór de wijzigingsclausule."

Art. X+27. In dezelfde wet wordt een artikel 51/4 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/4. De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een akkoord indien door de Koning of door de Algemene Raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria of de bedragen vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2, 46, §§ 1 en 2, en 48, § 1, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 50 en 68. De akkoorden kunnen door een individuele zorgverlener worden opgezegd zonder motivering. Die opzegging moet gebeuren voor 1 december en is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze opzegging via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de opzegging door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de opzegging uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform. De akkoorden kunnen geen andere gronden voor opzegging voorzien dan deze die zijn voorzien door of krachtens de wet. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit met een ter post aangetekende zending aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan. In dat geval roept de voorzitter van de akkoordencommissie een vergadering bijeen waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord van rechtswege een einde na 30 dagen, mits op voornoemde vergadering waarop de Minister werd uitgenodigd een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigt. Het sluiten van een nieuw akkoord na opzegging van een akkoord gebeurt overeenkomstig de bepalingen van artikel 51. Als tijdens het kalenderjaar waarin een akkoord wordt opgezegd een nieuw akkoord wordt gesloten, loopt de geldigheidsduur van het nieuwe akkoord, behoudens andersluidende beslissing tot het einde van het daaropvolgende kalenderjaar of een nieuwe opzegging."

Versie 2

De akkoorden kunnen aanvullend op de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet ook andere gronden voor opzegging voorzien, mits minstens drievierde van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en minstens drievierde van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen daarmee akkoord gaan. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit met een ter post aangetekende zending schriftelijk aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan.

Versie 3

Art. X+26

Toevoeging

Na de goedkeuring van een wijzigingsclausule door de Algemene raad deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

De akkoorden kunnen aanvullend op de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet ook andere gronden voor opzegging voorzien, mits minstens drievierde van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en minstens drievierde van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen daarmee akkoord gaan. Wanneer die quorums niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kunnen dezelfde gronden voor opzegging opnieuw ter stemming worden gebracht en worden opgenomen in de akkoorden, op voorwaarde dat een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen akkoord gaan.

Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit schriftelijk aan de voorzitter van de akkoordcommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan.

Versie 1

Art. X+28. In dezelfde wet wordt een artikel 51/5 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/5. § 1. Wanneer een nieuw akkoord is gesloten en goedgekeurd en dit akkoord de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of een document dat is verstreken of een akkoord dat overeenkomstig artikel 51/4 werd ontbonden, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord. Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51 bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is goedgekeurd, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de Minister en goedgekeurd door de Algemene raad, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, tot de laatste dag van februari.

§ 2. Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast. Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen. Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het tweede lid, blijven de in het verstreken akkoord of de in het verstreken document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuw akkoord of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.

§ 3. Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord geen nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad wordt de aanwending van de indexmassa opgeschort totdat een nieuw akkoord in werking treedt. Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord een nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad kan de indexmassa worden aangewend vanaf 1 januari zoals bepaald in het akkoord. Als het akkoord niet in werking kan treden, vervalt de indexering vanaf 1 maart."

Art. X+29. In dezelfde wet wordt een artikel 51/6 ingevoegd, luidende:

"Art. 51/6. De akkoorden, de wijzigingsclausules en de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten worden gepubliceerd op de website van het Instituut en in het Belgisch Staatsblad. Het Instituut publiceert op zijn website ook een gecoördineerde tekst van de akkoorden."

Versie 2

idem

Versie 3

§ 2. Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning, **bij een in Ministerraad overlegd besluit**, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast.

Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde tegemoetkomingen **van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging**.

Versie 1

Art. X+30. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet wordt na artikel 51/6 een afdeling III/1 ingevoegd, luidende: "Gevolgen van toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden".

Art. X+31. In artikel 52 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999, 14 januari 2002, 13 december 2005 en 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden de woorden "die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 50 toepassen" vervangen door de woorden "die de honorariumtarieven van het akkoord bedoeld in artikel 42 toepassen";

2° in paragraaf 2 worden de woorden "de conventie of" en de woorden "de overeenkomst of" opgeheven;

3° in paragraaf 2bis worden de woorden "overeenkomsten en" telkens opgeheven;

4° in paragraaf 3 wordt het eerste lid vervangen als volgt:

"De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of een document zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank."

Versie 2

Idem

Versie 3

Idem

Versie 1

Art. X+32. In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel X+30, wordt een artikel 52/1 ingevoegd, luidende: "Art. 52/1.

§ 1. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.

§ 2. De uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven zijn de maximumhonoraria 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 zorgen worden verleend."

Versie 2

§1 toevoeging

De artsen en de tandheelkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het Instituut via de in dat artikel beveiligde onlinetoevoeging **mededeling hebben gedaan van de dagen en de uren daarin tijdens dewelke ze in overeenstemming met artikel 44, § 5, de in de akkoorden vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen**. Buiten de dagen en de uren daarin meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheelkundigen geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en de uren daarin waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

Versie 3

§1 toevoeging

De artsen en de tandheelkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het Instituut via de in dat artikel beveiligde onlinetoevoeging **mededeling hebben gedaan van de tijdstippen waarin ze de in de akkoorden vastgestelde**

honorariumbedragen niet zullen toepassen, zoals bedoeld in artikel 44, § 5. Buiten de dagen en de uren daarin meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheelkundigen geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en de uren daarin waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ VERSIE 3

THEMA 2: AKKOORDEN TUSSEN ZORGVERLENERS EN VERZEKERINGSINSTELLINGEN

ARTIKELS X-6 TOT EN MET X-32

Art X+6

In uitvoering van het regeerakkoord wordt een nieuw conventiemodel voorgesteld. De regels inzake de akkoorden voor artsen en tandartsen enerzijds en de overeenkomsten voor andere zorgverleners anderzijds worden geharmoniseerd en vereenvoudigd. **De terminologie wordt geüniformiseerd.** Voor alle sectoren zullen voortaan de termen "akkoorden" en "akkoordencommissies" worden gebruikt. Er wordt voorzien in een strikt tijdschema voor het sluiten en goedkeuren van de akkoorden. Als er op 31 december geen akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat ter toetreding wordt voorgelegd aan de betrokken zorgverleners. Als er op 31 januari geen document is vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, verliest het Verzekeringscomité zijn bevoegdheid ter zake en kan de Minister van Sociale zaken in de loop van februari een dergelijk document vaststellen. Dat document moet ten laatste op de laatste dag van februari worden goedgekeurd door de Algemene raad. **De goedgekeurde akkoorden en documenten worden vervolgens voor akkoord voorgelegd aan de Ministerraad.**

Het ontwerp voorziet ook dat de akkoorden en de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister, als er geen akkoord wordt goedgekeurd, voor alle sectoren pas in werking treden als een bepaald toetredingspercentage is bereikt, zoals dat al het geval is voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen en de documenten die de Minister vaststelt als er geen akkoord met de artsen en de tandheelkundigen wordt goedgekeurd. **Indien er geen akkoord of geen document in werking is zal de Koning maximumtarieven bepalen die door alle zorgverleners moeten worden nageleefd.** De Koning kan in dat geval ook de bedragen vaststellen die als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.

De toetredingspercentages zullen voortaan voor alle sectoren uitsluitend op nationaal niveau worden berekend en niet meer op het niveau van de streken. Als er geen nieuw akkoord kan worden gesloten en goedgekeurd, blijven de zorgverleners die waren toegetreden tot het verstreken akkoord of het verstreken document, er tijdens het proces van toetreding tot een document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister toe gehouden de tarieven te respecteren. Als de Minister geen document vaststelt, of als dat document niet wordt goedgekeurd door de Algemene raad, blijven de zorgverleners die waren toegetreden tot het verstreken akkoord of het verstreken document er toe gehouden de tarieven te respecteren tot de laatste dag van februari.

De mogelijkheid voor artsen en tandartsen om zich gedeeltelijk te conventioneren wordt behouden.

De akkoorden moeten in principe worden gesloten voor 2 kalenderjaren. Een verlenging is mogelijk, maar de akkoordencommissie moet dat dan expliciet melden uiterlijk op 30 september van het jaar waarin het akkoord ten einde loopt. Die verlenging kan ook stilzwijgend, als dat is voorzien in de akkoorden.

De toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria (richttarieven) die nu enkel kunnen worden vastgesteld in de akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen worden mogelijk in alle sectoren en worden opgenomen in de maximumfactuur.

Verschillende premies en financiële tegemoetkomingen die het Riziv aan zorgverleners betaalt, zullen enkel nog worden toegekend als de zorgverlener is geconventioneerd.

Tenslotte worden in dezelfde beweging een aantal herschikkingen doorgevoerd die de leesbaarheid en structuur van het geheel ten goede moeten komen: in die optiek worden onderdelen herschikt om vervolgens te worden herenomen, als volgt:

- Een deel dat de regels inzake de werking en samenstelling van de commissies herneemt;
- Een deel dat de regels inzake de inhoud van de akkoorden herneemt;
- Een deel dat de procesmatige regels met betrekking tot de totstandkoming, de inwerkingtreding, de verlenging, de wijziging en het einde van tariefakkoorden of tariefregels herneemt;
- En tenslotte een deel dat de regels inzake gevolgen en voordelen van het conventiestatuut herneemt.

Art. X+7

De bepalingen betreffende de samenstelling en de werking van de overeenkomsten- en akkoordencommissies zijn nu verspreid over verschillende artikels van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige

verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 26 van de gecoördineerde wet bevat de algemene regels inzake de samenstelling en de werking van de overeenkomsten- en akkoordencommissies en machtigt de Koning om deze regels verder uit te werken. Artikel 50, § 2, voorziet in detail de samenstelling en de werkingsregels van de akkoordencommissies met de artsen en de tandartsen en artikel 51, § 10 bepaalt dat elke commissie een huishoudelijk reglement opmaakt.

Het ontwerp voegt de bepalingen van artikel 50, § 2 en artikel 51, § 10 toe in artikel 26. Ook voor andere sectoren dan artsen en tandheelkundigen zal **voortaan de term “akkoordencommissie” worden gebruikt.**

Art. X+9

Artikel 42 van de gecoördineerde wet bevat algemene bepalingen betreffende de overeenkomsten. Dit artikel zal voortaan de algemene bepalingen betreffende de akkoorden regelen en ook van toepassing zijn voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen. De terminologie wordt gemoderniseerd en in overeenstemming gebracht met de huidige benaming van de beroepen. De terminologie “verstrekkers van prothesen en toestellen” wordt vervangen door “de orthopedisch technologen, de audiciens en de opticiens”.

Art. X+11

Artikel 43 van de gecoördineerde wet voorziet in de mogelijkheid om streekovereenkomsten te sluiten wanneer er op nationaal vlak geen overeenkomst bestaat. Dit artikel wordt opgeheven. De **akkoorden zullen nog enkel op nationaal vlak kunnen worden gesloten** en bij gebreke daarvan kan het Verzekeringscomité of de Minister een document vaststellen.

Art. X+12

Artikel 44 van de gecoördineerde wet bevat bepalingen betreffende de inhoud van de overeenkomsten met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen en toestellen.

Dit artikel zal voortaan ook van toepassing zijn op de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen. De terminologie wordt gemoderniseerd en in overeenstemming gebracht met de huidige benaming van de beroepen. De terminologie “verstrekkers van prothesen en toestellen” wordt vervangen door “de orthopedisch technologen, de audiciens en de opticiens”. De honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen te worden vermenigvuldigd, **waarbij evenwel geldt dat de honoraria en prijzen voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of waarvoor de patiënt niet aan de gestelde voorwaarden voldoet hieraan niet onderhevig zijn.**

De mogelijkheid om in de akkoorden te voorzien in voorkeurs-honorariumbedragen voor rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt geschrapt. Dit verandert niets aan de bestaande bescherming van rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming. De bedragen die als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming zijn voor alle rechthebbenden dezelfde. De rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hebben recht op een hogere tegemoetkoming en betalen dus minder remgeld.

Naar analogie met de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen wordt voorzien in de mogelijkheid om in de akkoorden met de andere sectoren de **voorwaarden vast te stellen inzake bijzondere eisen van de rechthebbenden** waarin het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen mag worden overschreden. Dat kan bv. gaan over verstrekkingen die op verzoek van de rechthebbende worden verricht na een bepaald uur of tijdens het weekend of op een wettelijke feestdag.

Naar analogie van wat is voorzien voor het akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt ook voorzien in de mogelijkheid om in de akkoorden met andere sectoren de **toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen vast te stellen voor de zorgverleners die tot de akkoorden zijn toegetreden (richttarieven)**. De richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van de richttarieven moet worden geëvalueerd. Die richttarieven mogen ook in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, bv. voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat het bedrag van de vergoeding achterhaald is. Om de patiënten te beschermen tegen hoge kosten voor gezondheidszorg worden de richttarieven opgenomen in de maximumfactuur.

De mogelijkheid om in de akkoorden voorwaarden te bepalen voor verstrekkingen aan rechthebbenden met een jaarlijks inkomen boven een bij de akkoorden vast te stellen bedrag wordt geschrapt.

Voor de artsen en de tandartsen wordt de mogelijkheid van gedeeltelijke conventionering behouden.

De huidige paragraaf 6, die de Koning machtigt om voor de personen die tot de overeenkomst toetreden een speciale regeling inzake overlevings- en invaliditeitsverzekering in te voeren, wordt geschrapt gelet op de sociale voordelen en andere voordelen die aan zorgverleners kunnen worden toegekend op grond van artikel 54 van de gecoördineerde wet.

Art. X+14

Artikel 46 van de gecoördineerde wet wordt aangepast zodat ook hier de term “akkoorden” wordt gebruikt.

Art. X+16

Artikel 47 van de gecoördineerde wet wordt aangepast zodat ook hier de termen "akkoorden" en "akkoordencommissie" worden gebruikt.

Art. X+18

Artikel 48 van de gecoördineerde wet bevat bepalingen betreffende de inhoud van de overeenkomsten met de apothekers.

De terminologie wordt aangepast en de mogelijkheid om in de akkoorden te voorzien in voorkeurs honorariumbedragen voor rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt geschrapt. Dit verandert niets aan de bestaande bescherming van rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming. De bedragen die als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming zijn voor alle rechthebbenden dezelfde. De rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hebben recht op een hogere tegemoetkoming en betalen dus minder remgeld.

De mogelijkheid om in de akkoorden voorwaarden te bepalen voor verstrekkingen aan rechthebbenden met een jaarlijks inkomen boven een bij de overeenkomsten vast te stellen bedrag wordt geschrapt.

Art. X+19

Artikel 49 van de gecoördineerde wet bevat algemene bepalingen voor de overeenkomsten.

Op grond van de huidige paragraaf 2 kunnen de overeenkomsten bepalen dat de commissie waarin de overeenkomst is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten en dat de commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur. Deze paragraaf wordt herschreven in de zin dat de commissies bevoegd zijn. Die bevoegdheid zal dus niet meer moeten worden bepaald in de akkoorden.

De regels betreffende de kennisgeving van de overeenkomsten aan de zorgverleners door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv en de regels betreffende de kennisgeving door de zorgverleners aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van hun weigering tot toetreding worden geschrapt. Deze regels worden opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen.

De regels betreffende de inwerkingtreding van de overeenkomsten worden geschrapt en opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen.

De huidige paragraaf 3bis machtigt de overeenkomstencommissies om in geval van misbruiken de overeenkomst eenzijdig voor bepaalde of onbepaalde duur op te zeggen ten aanzien van individuele zorgverleners. Deze bepaling werd nooit toegepast en wordt geschrapt.

De bepalingen van paragraaf 4 betreffen de duur van de overeenkomsten. Deze bepalingen worden geschrapt en opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen.

De bepalingen van paragraaf 7 die de Koning machtigen om de vergoedingsbedragen met maximum 25 pct. te verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die niet tot de overeenkomsten zijn toegetreden worden niet meer hernomen. De artikelen 85 en 87 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg voorzien al in de opheffing van deze bepalingen vanaf een door de Koning te bepalen datum.

Art. X+21

Artikel 50 van de gecoördineerde wet handelt over de betrekkingen met de artsen en de tandartsen.

De bepalingen van de eerste paragraaf zijn overbodig gezien het toepassingsgebied van artikel 42 van de gecoördineerde wet wordt uitgebreid tot de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen.

De paragraaf 2 betreffende de samenstelling en de werkingsregels van de akkoordencommissies met de artsen en de tandheelkundigen wordt geschrapt en verplaatst naar het artikel 26 van de gecoördineerde wet.

De regels betreffende de kennisgeving van de akkoorden aan de zorgverleners door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv en de regels betreffende de kennisgeving door de zorgverleners aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van hun weigering tot toetreding worden geschrapt. Deze regels worden opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de andere sectoren.

De bepalingen betreffende de inhoud van de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen worden geïntegreerd in artikel 44 van de gecoördineerde wet, dat van toepassing zal zijn voor alle sectoren. **De mogelijkheid voor de artsen en de tandartsen om partieel toe te treden tot de akkoorden blijft daarbij behouden.**

Overeenkomstig de wijziging voor de andere sectoren wordt daarbij ook de mogelijkheid geschrapt om in de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen de voorwaarden vast te stellen inzake economische toestand van de rechthebbenden waarin de honoraria mogen worden overschreden.

Op grond van de huidige paragraaf 7 kunnen de akkoorden bepalen dat de commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat de commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur. In de toekomst zal ook voor de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen het nieuwe artikel 49 gelden, luidens hetwelk de commissies bevoegd zijn. Die bevoegdheid zal dus

niet meer moeten worden bepaald in de akkoorden.

De bepalingen van paragraaf 8 betreffen de duur van de akkoorden. Deze bepalingen worden geschrapt en opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de andere sectoren.

De huidige bepalingen van artikel 51, §§ 2 tot 4 en §§ 6 tot 8 van de gecoördineerde wet worden opgenomen in artikel 50, behoudens de verwijzing naar de **bevoegdheid van de Koning om te bepalen wat onder een beduidende overschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling, of het risico daarop, dient begrepen te worden. Het aldus wijzigen van die bepaling om dit in overeenstemming te brengen met de realiteit waarbij het in fine de Algemene Raad is die de eventuele gevolgen bepaalt van een dergelijke overschrijding (of risico daarop)**, heeft tot gevolg dat ook het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 'tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan' geen rechtsgrond meer heeft en geen rechtsgevolgen meer heeft. **Het is de Algemene Raad die in het kader van diens bevoegdheden inzake begroting en het finaal beslissen over correctiemechanismen en andere maatregelen de beslissingen ter zake neemt.**

De bepalingen die wel worden overgenomen betreffen diegene inzake de correctiemechanismen en andere maatregelen die in de akkoorden moeten worden voorzien en die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling beduidend wordt overschreden of dreigt te worden beduidend overschreden. **Die bepalingen zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten.** Deze uitzondering vloeit voort uit de bevoegdheid van de Akkoordencommissie tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen die zich uitsluitend beperkt tot de vaststelling van de afleveringsmarge. De vergoedingsmodaliteiten van de implantaten worden vastgesteld door de Minister op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen.

Art. X+23

Artikel 51 van de gecoördineerde wet stelt het proces vast voor het sluiten van de akkoorden. Er wordt een strikt tijds kader voorzien. Het sluiten van de akkoorden door de bevoegde commissies, de goedkeuring door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, die beslist of de akkoorden in overeenstemming zijn met de begroting, **moet ten laatste gebeuren op 31 december**. Als dat niet is gebeurd binnen die termijn, komt het aan het Verzekeringscomité toe om een document vast te stellen. Dit document moet vóór 1 februari worden vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad. De leden van de betrokken akkoordencommissie worden uitgenodigd op de vergadering van het Verzekeringscomité tijdens dewelke het document wordt besproken. Ze zetelen met raadgevende stem, tenzij ze zelf ook stemgerechtigd lid van het Verzekeringscomité zouden zijn. **Bij gebreke van vaststelling van een document door het Verzekeringscomité en goedkeuring door de Algemene raad binnen die termijn, kan de Minister een document vaststellen.** Het door de Minister vastgestelde document wordt eveneens voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen. De vaststelling van het document door de Minister en de goedkeuring van het document door de Algemene raad moeten gebeuren vóór 1 maart. In dat document worden o.m. de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd moeten worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten te zijn toegetreden. Dit document kan verder alle maatregelen omvatten die in een akkoord kunnen worden voorzien (richttarieven, bijzondere eisen, alternatieve aanwending van de index, enz.). **De goedgekeurde akkoorden en documenten worden vervolgens voor akkoord voorgelegd aan de Ministerraad.**

Art. X+24

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/1 dat de regels vaststelt betreffende de kennisgeving van de akkoorden en de documenten aan de zorgverleners, alsook de regels volgens dewelke de zorgverleners hun weigering van toetreding tot die akkoorden of documenten moeten meedelen.

Het principe van de opt-out blijft behouden. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten worden geacht tot deze akkoorden of deze documenten te zijn toegetreden voor de duur van het akkoord of het document. **De weigering moet ter kennis worden gebracht aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv binnen dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van het akkoord of het document door deze Dienst.**

Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de artsen en de tandartsen is deze verplichting al ingeschreven in de huidige wetsbepaling. Voor kinesitherapeuten en logopedisten volgt deze verplichting uit het koninklijk besluit van 10 februari 2018 inzake de elektronische kennisgeving van weigering tot toetreding tot overeenkomsten bedoeld in artikel 49, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het Riziv ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt.

Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Een dergelijke verordening zal worden genomen wanneer de beveiligde onlinetoepassing voor een nieuwe sector beschikbaar is.

De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door de Ministerraad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van de door de Ministerraad goedgekeurde documenten die op hen betrekking hebben, **behoudens indien meer als 40 percent van de zorgverleners kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden of documenten.** Voor de akkoorden met andere sectoren dan de artsen en de tandheelkundigen wordt voortaan dus ook vereist dat een bepaald toetredingspercentage is bereikt opdat die akkoorden in werking kunnen treden. **De vereiste dat voor de akkoorden met de artsen ook een bepaald quorum wordt bereikt voor de algemeen geneeskundigen enerzijds en de artsen-specialisten anderzijds blijft behouden. De telling zal alleen nog op nationaal niveau gebeuren. De telling per streek, en daaruit volgend de mogelijkheid dat een akkoord slechts in bepaalde streken in werking zou treden, worden geschrapt.**

Art. X+25

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/2 waarin de duurtijd van de akkoorden en de documenten wordt geregeld.

De akkoorden moeten in principe worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. Als de bevoegde commissie het akkoord wil verlengen, dient ze dit ten laatste op 30 september van het jaar waarin het akkoord afloopt uitdrukkelijk te beslissen. Immers, in het nieuwe proces moet het tijdig helder zijn of er kan uitgegaan worden van een verlenging, dan wel of er moet van worden uitgegaan dat het proces waarbij eerst de betrokken akkoordencommissie, en vervolgens desnoods resp. het Verzekeringscomité en de Minister het initiatief heeft, zijn beslag moet krijgen om te komen tot een nieuw akkoord of document. Een dergelijke verlenging zal altijd gelden voor een kalenderjaar maar kan meermaals gebeuren. **De akkoorden kunnen ook voorzien in een stilzwijgende verlenging van kalenderjaar tot kalenderjaar. Om een verlenging te vermijden, moet de opzegging dan gebeuren uiterlijk drie maanden vóór de datum van verstrijken van het akkoord.**

De door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten lopen tot het einde van het kalenderjaar waarin ze worden vastgesteld.

Art. X+26

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/3, waarin een statuut wordt gegeven aan de bestaande praktijk om overeenkomsten en akkoorden te wijzigen via wijzigingsclausules. De **wijzigingsclausules** die kunnen worden gesloten tijdens de looptijd van akkoorden volgen hetzelfde traject als de akkoorden. Ze moeten dus eveneens worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité, de Algemene raad, die beslist of de wijzigingsclausule in overeenstemming is met de begroting, en de **Ministerraad**. Voor wijzigingsclausules is, in tegenstelling tot wat is voorzien voor de vernieuwing of verlenging van akkoorden, geen bijzonder tijdsschema voorzien. Deze kunnen dus steeds tussenkomen in een lopend akkoord, voor zover daarover een akkoord wordt bereikt in de betrokken akkoordencommissie.

Na goedkeuring door de Ministerraad worden de wijzigingsclausules op dezelfde wijze als de akkoorden meegedeeld aan de betrokken zorgverleners. De betrokken zorgverleners kunnen eveneens op dezelfde wijze als voor de akkoorden hun weigering van toetreding tot een wijzigingsclausule meedelen.

Opdat een wijzigingsclausule in werking kan treden moet **hetzelfde toetredingspercentage worden bereikt als voor de akkoorden.** Indien het toetredingspercentage wordt bereikt, zal het akkoord in aangepaste vorm in werking treden. Als het toetredingspercentage niet wordt bereikt, blijft het akkoord ongewijzigd van toepassing, d.w.z. zonder de aanpassingen die worden voorgesteld door de wijzigingsclausule, en behouden de zorgverleners het conventie-statuuut dat ze hadden vóór de wijzigingsclausule.

De mogelijkheden voor de zorgverleners vertalen zich dan als volgt:

- De geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen niet langer geconventioneerd zijn indien het aangepaste akkoord mét wijzigingsclausule in werking zou treden;
- De geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen geconventioneerd blijven indien de wijzigingsclausule uiteindelijk niet in werking zou treden en het akkoord aldus met oorspronkelijke inhoud verder zou doorlopen;
- De geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks onder toetreding tot het aangepaste akkoord indien de wijzigingsclausule in werking zou treden;
- De geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks verder onder het akkoord in zijn oorspronkelijke vorm wanneer in voorkomend geval de voorgestelde wijzigingsclausule niet de vereiste percentages naar instemming zou krijgen en aldus niet in werking zou treden;
- De zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het

- akkoord moeten echter de mogelijkheid hebben om zich te conventioneren als de wijzigingsclausule het obstakel voor hun conventionering wegneemt. Overeenkomstig het algemeen opzet van het systeem zullen ze, als ze tijdens de notificatieperiode niets hebben gemeld, nu alsnog geconventioneerd worden zodra de wijzigingsclausule na het toetredingsproces in werking zal treden, en dus vanaf dan en ten overstaan van de nieuwe tekst van het akkoord;
- De zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het akkoord en die tijdens de notificatieperiode wél hebben aangegeven dat ze doorlopend verder niet geconventioneerd willen zijn en aldus ook de wijzigingsclausule tout court niet accepteren, zullen verder vrij zijn, ongeacht overigens of de wijzigingsclausule uiteindelijk in werk zal treden in functie van het bekomen toetredingspercentage.

Art. X+27

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/4 dat bepaalt **onder welke voorwaarden een akkoord kan worden opgezegd**. Het eerste lid herneemt de bepalingen van het huidige artikel 51, § 9, dat voorziet in de opzegging door een partij of door een individuele zorgverlener, indien door de Koning of de Algemene raad bepaalde **maatregelen worden genomen die leiden tot een beperking van de honoraria**.

Vervolgens wordt voorzien dat de **akkoorden door een individuele zorgverlener kunnen worden opgezegd zonder motivering. Die opzegging moet gebeuren voor 1 december** en is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt. Die opzegging dient te gebeuren op dezelfde wijze als een zorgverlener zijn weigering tot toetreding dient mee te delen.

Aanvullend aan de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet, kunnen de akkoorden **ook andere gronden voor opzegging voorzien**. De opname van aanvullende gronden voor opzegging van een akkoord vereist een drievierde meerderheid van zowel de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen als de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen. In de hypothese dat opnieuw een vergadering moet georganiseerd worden omdat deze quorums niet bereikt zijn, kan een nieuwe stemming gehouden worden en **vereist de opname van dezelfde aanvullende gronden voor opzegging in het akkoord dan slechts een gewone meerderheid in elk van de twee banken**.

Wat de opzegging door een representatieve organisatie betreft, wordt de verzoeningsprocedure die nu is voorzien in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen veralgemeend. De representatieve organisatie die meent dat er een maatregel is genomen die grond is voor opzegging dient dit schriftelijk mee te delen aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter roept vervolgens 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 zorgverleners de opzegging bevestigen**. Het akkoord neemt dan van rechtswege een einde 30 dagen na die vergadering. Na opzegging van een akkoord kan ook altijd een nieuw akkoord worden gesloten in de loop van het jaar.

Art. X+28

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/5 waarin de situatie van de zorgverleners wordt geregeld in de periode tussen het einde van een akkoord of een document en de individuele toepasbaarheid van de volgende teksten.

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document een nieuw akkoord is gesloten en goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, **behouden de zorgverleners hun conventiestatuut ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord**.

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is goedgekeurd, behouden de zorgverleners hun conventiestatuut, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de Minister en goedgekeurd is door de Algemene raad, behouden de zorgverleners hun conventiestatuut tot de laatste dag van februari.

Wanneer geen akkoord of geen document in werking is, **dient de Koning, voor alle- of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle- of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast te stellen. De Koning zal bij de vaststelling van maximumtarieven ook de indexmassa gebruiken**. De indexmassa die niet is gebruikt omdat er geen akkoord is of een afgesloten akkoord uiteindelijk niet in werking zou treden, blijft steeds gereserveerd ten gunste van de betrokken sector, en wordt zo snel al mogelijk opnieuw te gelde gemaakt, hetzij na afsluiten van een nieuw akkoord, hetzij bij vaststellen van tarieven door de Koning.

De Koning stelt dan tevens de berekeningsbasis vast voor de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. In afwezigheid van een koninklijk besluit blijven de in het verstreken akkoord of de in het verstreken document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging totdat een nieuw akkoord of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.

Het ontworpen artikel preciseert tenslotte dat de indexmassa voor het volgende kalenderjaar pas kan worden aangewend wanneer er minstens voor het einde van een kalenderjaar een nieuw en door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurd akkoord zou zijn 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. **Dit kan een lineaire indexering zijn, maar ook wanneer een nieuw akkoord zou voorzien om bepaalde prestaties slechts gedeeltelijk te indexeren, 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-out proces echter zou blijken dat het akkoord niet in werking kan treden, wordt de indexering en de aanpassing van de tarieven teruggetrokken en geherpositieerd naar de tarieven zoals ze van toepassing waren tijdens het voorgaande kalenderjaar. Op die manier kan ten voordele van de betrokken zorgverleners reeds worden voorzien in de aanpassing van de tarieven op 1 januari in het licht van het nieuwe akkoord en zulks in afwachting van de afwikkeling van het proces om dat akkoord desgevallend in werking te laten treden.

Art. X+29

Dit artikel voorziet tenslotte dat de akkoorden, de wijzigingsclausules en de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten worden gepubliceerd op de website van het Riziv en in het Belgisch Staatsblad. Het Riziv dient op zijn website ook een gecoördineerde tekst van de akkoorden te publiceren.

Art. X+31

De verwijzingen in artikel 52 naar "overeenkomsten" worden geschrapt, gezien er voortaan nog enkel sprake zal zijn van "akkoorden".

Art. X+32

De eerste paragraaf van het nieuwe artikel 52/1 bevestigt het principe dat **de zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de daartoe voorziene procedure, van rechtswege worden geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.**

De tweede paragraaf herneemt de bepalingen van het huidige artikel 50, § 3bis, waarin wordt bepaald 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 zorgen worden verleend. De artsen en de tandartsen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding, worden eveneens van rechtswege geacht te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, tenzij ze hebben aangegeven zich slechts gedeeltelijk te willen conventioneren. Het **tijdstip waarop de patiënt een afspraak heeft is determinerend** om te bepalen of de conventietarieven al dan niet moeten worden nageleefd.

THEMA 3 : AKKOORDEN TUSSEN ZORGVERLENERS EN VERZEKERINGSINSTELLINGEN

ARTIKELS X+33

Versie 1

Art. X+33. In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel X+30, wordt een artikel 52/2 ingevoegd, luidende:
"Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36bis, wat betreft de accreditering van tandartsen en de kwaliteitspremie voor kinesitherapeuten, 36sexies, 36octies, 36undecies en 36quinqüesdecies van deze wet en in artikel 59quater van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten."

Versie 2

Art. X+33. In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel X+30, wordt een artikel 52/2 ingevoegd, luidende:
"Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen ~~36bis, wat betreft de accreditering van tandartsen en de kwaliteitspremie voor kinesitherapeuten~~, 36sexies, 36octies, 36undecies en 36quinqüesdecies van deze wet en in artikel 59quater van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten."
~~Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, kan de Koning bepalen dat de financiële tegemoetkomingen pro rata worden toegekend."~~

Versie 3

"Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36sexies, 36octies, 36undecies en 36quinqüesdecies van deze wet en in artikel 59quater van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, **bepaalt de Koning** dat de financiële tegemoetkomingen pro rata worden toegekend."

Commentaar: de Minister eigent zich gewoon alle macht toe in versie 3, zonder Ministerraad. Discrepanctie met de memorie van toelichting!

MEMORIE VAN TOELICHTING X+33

Art. X+33

Het nieuwe artikel 52/2 bepaalt dat de financiële tegemoetkomingen die het Riziv aan zorgverleners betaalt enkel worden toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. De financiële tegemoetkomingen beogen de zorgverleners aan te moedigen om toe te treden tot de akkoorden of documenten maar zijn ook bedoeld als beloning voor de collectieve verantwoordelijkheid van de sector om de tarieven te respecteren. Als er geen akkoord of document in werking kan treden, kunnen er ook geen tegemoetkomingen worden toegekend.

Het gaat om de volgende tegemoetkomingen:

- Art 36sexies telematicapremie
- Art 36octies kosten organisatie praktijk
- Art 36undecies informaticapremie apothekers
- Art 36quinqüesdecies tussenkomst bij administratieve lasten voor zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen
- Art 59quater van de programmawet van 2 januari 2001 opleidingspremie verpleegkundigen

De tegemoetkomingen voor accreditering en kwaliteit worden niet beoogd door deze bepaling en kunnen dus aan alle zorgverleners worden toegekend, ongeacht hun conventiestatuut. De tegemoetkomingen voor ondersteuning worden daarentegen voorbehouden aan geconventioneerde zorgverleners. Als de zorgverlener slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, **kunnen** de tegemoetkomingen pro rata worden toegekend. Ook de tegemoetkomingen die worden toegekend aan gedeeltelijk geconventioneerde artsen en tandartsen **kunnen** worden toegekend in functie van de verhouding tussen hun geconventioneerde en niet-geconventioneerde prestaties.

Versie 1

Art. X+34. In artikel 37sexies van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023, wordt tussen het vijfde en het zesde lid een lid ingevoegd, luidende:
"Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, het bedrag van de richttarieven."
Art. X+35. Afdeling X+1 treedt in werking op 1 januari 2028.
De Koning kan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid.

Versie 2

Art. X+34. In artikel 37sexies van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023, wordt ~~tussen het vijfde en het zesde lid een lid ingevoegd, luidende~~ vervangen als volgt:
"Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, het bedrag van de richttarieven."
Art. X+35. Afdeling X+1 treedt in werking op ~~1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf~~ 1 januari 2028.
~~De Koning kan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid.~~

Commentaar: de Minister vervroegt gewoon de inwerkingtreding in plaats van ze te verdagen.

Versie 3

Idem als versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING X34 EN X35

Art. X+34

Dit artikel wijzigt artikel 37sexies van de gecoördineerde wet zodat de in het kader van de akkoorden of documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of documenten zijn toegetreden (richttarieven) worden opgenomen in de maximumfactuur. De huidige bepaling beoogt enkel de richttarieven voor uitneembare tandprothesen, die ondertussen zijn geïntegreerd in de nomenclatuur.

Art. X+35

Dit artikel bepaalt de datum van inwerkingtreding van de afdeling "Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen". Gelet op de substantiële wijzigingen van de bestaande processen is het belangrijk om de nieuwe processen voor alle partners tijdig voorzienbaar te maken. De nieuwe regels zullen van toepassing zijn op de akkoorden die van toepassing zullen zijn vanaf 1 januari 2028. De akkoordencommissies zullen in het kader van de procedure voor het onderhandelen 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 zijn de nieuwe regels van toepassing. Dat geldt bv. ook voor de financiële tegemoetkomingen die vanaf 1 januari 2028 worden toegekend aan geconventioneerde zorgverleners.

THEMA : DEFINITIES

AFDELING X-2 - DEFINITIES

Versie 1

Art. X+36. In artikel 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder m) worden de woorden "de verstrekkers van prothesen en toestellen" vervangen door de woorden "de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens";

2° het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder z), luidende:

"z) onder "richttarieven", de in het kader van de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en de prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of die documenten zijn toegetreden."

Versie 2

Toevoeging

Art. X+. Artikel X+36, 2°, treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Versie 3

Idem als versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ ART. X36

Dit artikel moderniseert de definitie van "paramedisch medewerker" en brengt deze in overeenstemming met de huidige benaming van de beroepen. De terminologie "verstrekkers van prothesen en toestellen" wordt vervangen door "de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens".

Daarnaast wordt een definitie van "richttarieven" ingevoegd. Hieronder wordt verstaan de in het kader van de akkoorden of documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en de prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of documenten zijn toegetreden.

THEMA VERPLICHTINGEN VAN DE SOCIAAL VERZEKERDE TEN AANZIEN ZIEKENFONDS

AFDELING X3 - HET GEBRUIK VAN KOPIEËN BESTENDIGEN, MET NAME OM DE DIGITALE VERZENDING MOGELIJK TE MAKEN VAN DOCUMENTEN INZAKE VERZEKERBAARHEID EN FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID

Versie 1

Art. X+37. Artikel 9bis van wet, ingevoegd bij wet van 22 februari 1998 en vervangen door het koninklijk besluit van 19 juli 2013, wordt aangevuld met een lid, luidende:
"Bij afwijking op de algemene vereiste tot voorlegging van originele documenten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de voorlegging van kopieën aanvaard met betrekking tot de verzekerbareid en de financiële toegankelijkheid in strikte zin, die door de sociaal verzekerde aan het ziekenfonds worden bezorgd. De sociaal verzekerde is verplicht de originele documenten gedurende 10 jaar ter beschikking te houden."

Versie 2

idem

Versie 3

idem

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ ART. X37

Er wordt een afwijking voorzien op de algemene regel die de voorlegging van originele documenten vereist voor sociaal verzekerden, met een scope die strikt beperkt is tot documenten die nodig zijn voor het beheer van hun dossier inzake verzekerbareid, evenals voor documenten betreffende de financiële toegankelijkheid in strikte zin (**bijvoorbeeld voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming**). Deze afwijking geldt dus niet voor documenten die tot doel hebben om terugbetalingen van prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging te verkrijgen.

Tijdens de COVID-19 periode konden verzekerden hun documenten inzake administratieve en financiële verzekerbareid en toegankelijkheid uitzonderlijk digitaal overmaken, en dit op grond van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie. Dit genummerd besluit houdt op uitwerking te hebben op 31 december 2025.

De soepelheid die toen werd toegestaan, was ingegeven door de bijzondere context van de pandemie. Het lijkt opportuun om met oog op het faciliteren van de administratieve opvolging voor verzekerden en burgers continuïteit te creëren ten overstaan van deze COVID maatregel. Het wordt met name gepast geacht om de mogelijkheid tot werken met kopieën te behouden, en zulks opnieuw voor documenten inzake verzekerbareid en financiële toegankelijkheid in strikte zin van sociaal verzekerden.

Het betreft aldus zowel papieren als digitale kopieën van enerzijds attesten en documenten die door derden zijn opgemaakt, en anderzijds formulieren of verklaringen die door de sociaal verzekerden dienen te worden ingevuld.

De voortschrijdende digitalisering moet immers ook mogelijkheden creëren voor de verzekerden zelf, maar niet iedereen beschikt over de middelen om originele elektronische documenten voor te leggen.

De documenten van verzekerbareid en financiële toegankelijkheid in strikte zin (met name de opvolging van het recht op verhoogde tegemoetkoming) bevatten gegevens die verifieerbaar zijn en rechtstreeks verband houden met het statuut van de rechthebbenden, waardoor ze minder gevoelig zijn voor fraude dan bijvoorbeeld terugbetalingsaanvragen. In vele gevallen gaat het ook om attesten of documenten uitgereikt door instanties waarbij een kopie en een origineel in de praktijk niet altijd makkelijk te onderscheiden zijn, zodat dit onderscheid bij voorleggen ook relatief wordt. De digitale overdracht zelf van documenten dient te gebeuren overeenkomstig de geldende algemene regels, met het oog op een veilige verzending en in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Er is bijgevolg geen reden om deze regels nogmaals expliciet te hernemen in dit ontwerp van bepaling voor de wet op de verplichte ziekteverzekering.

THEMA VERTEGENWOORDIGING DEELSTATEN IN BEHEERSORGANEN

AFDELING X-4 - VERTEGENWOORDIGING VAN DEELSTATEN IN BEHEERSORGANEN

Versie 1

Art. X+38. In artikel 15, eerste lid, f), van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt het woord "zeven" opgeheven

Art. X+39. In artikel 21 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, eerste lid, wordt aangevuld met de bepaling onder g), luidende:

"g) vertegenwoordigers van de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden.";

2° in paragraaf 1, derde lid, worden de woorden "en g)" ingevoegd tussen de woorden "eerste lid, f)" en de woorden " , hebben raadgevende stem";

3° paragraaf 2, eerste lid, wordt aangevuld met de volgende zin:

"De hoedanigheid van de leden bedoeld in § 1, eerste lid, g), is afhankelijk van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92ter, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen."

Versie 2

Idem

Versie 3

Art. X+38

... wordt het woord "zeven" vervangen door het woord "acht".

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ DE VERTEGENWOORDIGING VAN DE DEELSTATEN IN DE ALGEMENE RAAD EN HET VERZEKERINGSCOMITE

Overeenkomstig het federaal regeerakkoord waarin het streven naar een coherent gezondheidszorgbeleid ten bate van de patiënt tussen de federale overheid en de deelstaten als een belangrijke doelstelling wordt vooropgesteld, wordt bij deze voorzien in de mogelijkheid voor de deelstaten om, met raadgevende stem, vertegenwoordigd te zijn in het Verzekeringsc comité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging bij het RIZIV en zodoende de vergaderingen van dat orgaan bij te wonen.

Er werd reeds tijdens de vorige legislatuur voorzien in een wettelijke basis voor de mogelijke vertegenwoordiging van deelstaten in de Algemene Raad. Een gelijkaardige bepaling wordt nu dus voorzien voor wat betreft het Verzekeringsc comité. Voor beide organen worden acht vertegenwoordigers van de deelstaten voorzien.

De vertegenwoordiging van de deelstaten in het Verzekeringsc comité is, net zoals dit het geval is voor de Algemene Raad, onderworpen aan het aannemen van een koninklijk besluit overeenkomstig de inhoud van de bepaling uit artikel 92ter, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

THEMA: WIJZIGING NOMENCLATUUR

AFDELING X-5 - ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING VAN DE PROCEDURE TOT WIJZIGING VAN DE NOMENCLATUUR

Versie 1

Art. X+40. In artikel 35, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bepaling onder 2° wordt aangevuld met een lid, luidende:

"De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de **termijn van één maand, tenzij het verzoek een afwijkende termijn bepaalt waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren**. Indien de bevoegde technische raad een voorstel geformuleerd heeft dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen of indien niet binnen de vooropgestelde termijn gevolg gegeven wordt aan het verzoek, kan de verzoeker een voorstel doen overeenkomstig de bepalingen onder 3°."

2° in de bepaling onder 3°, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

"Indien het voorstel afkomstig is van de Minister kan hij in afwijking van het eerste lid zelf de termijn bepalen waarbinnen de bevoegde technische raad zijn advies dient uit te brengen. Dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de door de Minister bepaalde termijn."

3° de bepaling onder 4° wordt opgeheven.

Art. X+41. In artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 november 2018, wordt paragraaf 8 opgeheven.

Versie 2

Art. X+40

"De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de **termijn van minimum één maand, tenzij het verzoek een afwijkende termijn bepaalt waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren**;

2° in de bepaling onder 3°, wordt het tweede lid **vervangen als volgt** opgeheven:

"Indien het voorstel afkomstig is van de Minister kan hij in afwijking van het eerste lid zelf de termijn bepalen waarbinnen de bevoegde technische raad zijn advies dient uit te brengen. Dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de door de Minister bepaalde termijn."

Versie 3

Idem als versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ ART. X+40 EN X+41

De bepalingen van deze afdeling beogen de procedure voor het wijzigen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 35, §1, van de GvU-wet, te vereenvoudigen. Deze wijzigingen zouden moeten toelaten om in functie van de dringendheid en het belang van de vooropgestelde wijziging een meer op maat aanpak mogelijk te maken, zodat beter ingespeeld kan worden op de vaststellingen op het terrein.

Art. X+40

De wijziging onder 1° verduidelijkt de termijn waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren. Dit is een termijn van minimum één maand.

Ingeval van een niet-tijdig voorstel of een niet-conform voorstel van de bevoegde technische raad in het kader van artikel 35, § 2, lid 1, 2°, van de GvU-wet behoudt de minister van Sociale zaken of de bevoegde akkoordcommissie de mogelijkheid om een voorstel te formuleren overeenkomstig artikel 35, § 2, lid 1, 3°, van de GvU-wet. Het administratief dossier dient in dat geval wel de motivering van de afwijzing van het voorstel van de bevoegde technische raad te bevatten overeenkomstig de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

De wijziging bedoeld onder 2° beoogt de mogelijkheid te geven aan de bevoegde akkoordcommissie, de minister van Sociale zaken of het Verzekeringscomité om **rechtstreeks een voorstel te formuleren**, zonder dat – zoals dit vandaag het geval is – de procedure overeenkomstig artikel 35, §2, lid 1, 2°, van de GvU-wet gevolgd dient te worden. Er moet met

andere woorden niet meer voorafgaand aan een voorstel van de minister van Sociale zaken of de bevoegde akkoordencommissie een verzoek tot opmaak van een voorstel aan de bevoegde technische raad geformuleerd worden. Dat laat toe om voor bepaalde onderwerpen sneller vooruit te kunnen gaan, zoals de mogelijkheid om in de nomenclatuur op kwantitatieve wijze de verstrekkingen die in een bepaalde referentieperiode aangerekend mogen worden te kunnen beperken. Die beperkingen kunnen toelaten om doelmatiger om te gaan met het budget van de verplichte ziekteverzekering.

Het voorstel van de minister van Sociale zaken, de bevoegde akkoordencommissie of het Verzekeringscomité wordt voor advies voorgelegd aan de bevoegde technische raad. **De technische raad beschikt over een termijn van één maand om zijn advies te formuleren.** Vervolgens doorloopt het voorstel de bestaande procedure via de Commissie voor begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

De wijziging bedoeld onder 3° houdt een technische correctie in. Het artikel 51, § 3, van de GVVU-wet, waarnaar verwezen wordt, is immers reeds opgeheven.

Art. X+41

Met de bepaling wordt beoogd dat **wijzigingen die het Verzekeringscomité aanbrengt aan een voorstel of een advies van de akkoordencommissie, niet meer opnieuw voor een onderzoek aan de desbetreffende akkoordencommissie voorgelegd dienen te worden.** Deze bepaling staat niet in de weg dat bij substantiële wijzigingen het advies van de akkoordencommissie toch nog gevraagd kan worden.

THEMA ERELOONSUPPLEMENTEN

AFDELING X-6 ERELOONSUPPLEMENTEN

Versie 1

Art. X+42.

Artikel 35, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 november 2023, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

"§ 5. Onder voorbehoud van supplementenverboden door of krachtens een wet, kan de Koning voor de verstrekkingen die Hij aanduidt, het aanrekenen van supplementen beperken.

Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplement, het gedeelte van het tarief dat afwijkt van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie

De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd. Wordt eveneens niet beschouwd als een supplement, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid voor zover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.

De Koning kan een maximumsupplement bepalen onder meer aan de hand van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Het maximumsupplement kan verschillen naargelang de verstrekking of groep van verstrekkingen die Hij aanduidt, en naargelang de rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis.

Vanaf 1 januari 2028 wordt het maximumsupplement vastgesteld:

1° op **25 %** van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor ambulant verleende geneeskundige verstrekkingen;

2° op **125 %** van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor de geneeskundige verstrekkingen verleend aan een in een **ziekenhuis opgenomen rechthebbende**.

De Koning kan voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, een afwijkend maximumsupplement bepalen of geneeskundige verstrekkingen uitzonderen van de toepassing van het maximumsupplement vastgesteld in het vierde lid.

De Koning kan het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, **beperken tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming**.

Voor verstrekkingen die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en die worden aangevraagd en verricht buiten de voor terugbetaling vastgestelde modaliteiten, kan een bedrag ten laste worden gelegd van de rechthebbende of van de persoon gedekt door een ander door de overheid georganiseerd stelsel dat in een tussenkomst in de kosten voorziet, op voorwaarde dat dit bedrag het bedrag of het honorarium dat door de verplichte verzekering voorzien is voor betrokken verstrekking als ze binnen de voor terugbetaling vastgestelde modaliteiten verricht zou worden, niet overschrijdt.

Voor de toepassing van het achtste lid wordt als **'het bedrag of honorarium voorzien door de verplichte verzekering'** het volgende beschouwd:

1° voor zorgverleners toegetreden tot de akkoorden: het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming vermeerderd met, in voorkomend geval, de richttarieven en, in voorkomend geval, de toeslag ingeval van bijzondere eisen;

2° voor zorgverleners die niet zijn toegetreden tot de akkoorden: het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, in voorkomend geval, vermeerderd met, het maximumsupplement."

Versie 2

"§ 5. Onder voorbehoud van supplementenverboden door of krachtens een wet, wordt **vanaf 1 januari 2028** het maximumsupplement vastgesteld:

1° op **25 %** van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor **ambulant** verleende geneeskundige verstrekkingen;

2° op **125 %** van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor de geneeskundige verstrekkingen verleend aan een in een **ziekenhuis opgenomen rechthebbende**.

Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplement, het gedeelte van het tarief dat afwijkt van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie.

De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd. Wordt eveneens niet beschouwd als een supplement, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid voor zover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.

De Koning kan, bij in een Ministerraad overlegd besluit, voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, een hoger maximumsupplement bepalen of geneeskundige verstrekkingen uitzonderen van de toepassing van het maximumsupplement vastgesteld in het eerste lid.

Dit maximumsupplement kan bepaald worden onder meer aan de hand van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.

De Koning kan, **bij in een Ministerraad overlegd besluit**, het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, **beperken tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient** voor de verzekeringstegemoetkoming.

Versie 3

Art. X+42.

Artikel 35, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 november 2023, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

"§ 5. Onder voorbehoud van supplementen verboden door of krachtens een wet, **plafonneert de Koning uiterlijk tegen 1 januari 2028**, op voorstel van de bevoegde akkoordencommissie of -bij ontstentenis hiervan- op voorstel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **in een ministerraad overlegd besluit** het aanrekenen van supplementen.

Het **voorstel van de bevoegde akkoordencommissie** wordt genomen bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen. Wanneer deze quorums niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kan het voorstel opnieuw ter stemming worden gebracht en worden genomen **bij een gewone meerderheid** van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.

Het door de Koning vastgesteld maximumsupplement kan verschillen naargelang de verstrekking of groep van verstrekkingen die Hij aanduidt, de specialisatie van de betrokken zorgverleners, en naargelang de rechthebbende **al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis**.

Het maximumsupplement kan bepaald worden door onder meer het vaststellen van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.

Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplement, het gedeelte van het tarief dat afwijkt van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie.

De **richttarieven worden niet als supplementen beschouwd**. Wordt eveneens niet beschouwd als een supplement, de **afleveringsmarge** bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als **veiligheidsgrens**, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid voor zover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.

BESLUIT: zeer belangrijke wijzigingen tussen versie 2 en versie 3 die niet mogelijk zouden geweest zijn zonder de interventies van majeure politieke partijen van de meerderheid in de Kern

MEMORIE VAN TOELICHTING ERELOONSUPPLEMENTEN

Art. X+42

Maximumsupplement

Er wordt voorzien in een maximumsupplement. Dit is een beperking van het bedrag dat als supplement mag aangerekend worden. Dit betekent dat de zorgverlener geen hoger bedrag mag aanrekenen. Een lager bedrag is wel toegestaan. De zorgverlener rekent een supplement aan, indien hij een tarief aanrekent dat afwijkt van het bedrag of het honorarium die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming. Het supplement kan zowel betrekking hebben op een honorarium of ereloon als een (kost)prijs.

Indien door of krachtens een andere wetsbepaling is voorzien in een verbod op supplementen, dan geldt geen beperking van de supplementen. Een verbod op supplementen heeft m.a.w. voorrang op een beperking van supplementen en het verbod geldt als *lex specialis*.

Voorbeelden van dergelijke verbodsbepalingen zijn onder meer:

- *Het verbod op supplementen voor gehospitaliseerde patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer (cfr. artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);*
- *Het verbod op supplementen voor niet-gehospitaliseerde patiënten voor verstrekkingen verleend met toepassing van zware medische beeldvorming buiten bijzondere omstandigheden om (cfr. artikel 152/1 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);*
- *Het verbod op supplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (cfr. artikel 53, § 5, van de GVVU-wet);*
- *Het verbod op supplementen voor de verstrekkingen die worden verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst (cfr. artikel 35, § 1, vijfde lid, van de GVVU-wet).*
- *Het verbod op supplementen voor de verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis zonder dat de rechthebbende voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener (cfr. artikel 50, § 3 bis, van de GVVU-wet);*
- *Het verbod op supplementen voor zorgverleners die de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de niet-toetreding tot de akkoorden (cfr. artikel 73, § 1, van de GVVU-wet)*

Daarnaast blijven andere voorwaarden voor het aanrekenen van supplementen zoals o.a. vermeld in het artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet en het koninklijk besluit van 24 oktober 2017 tot uitvoering van het artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica, onverminderd gelden. Indien het aanrekenen van supplementen toegelaten is door onder andere bovenvermelde bepalingen, dan is het aanrekenen van supplementen onderworpen aan de beperkingen vastgesteld door dit ontwerp.

Het begrip maximumsupplement

De **afronding** zoals bedoeld in de artikelen VI.7/1 en VI.7/2 van het Wetboek Economisch Recht en de richttarieven (de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen van honoraria en prijzen) worden niet beschouwd als supplementen. De **afleveringsmarge** bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als **veiligheidsgrens**, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid, van de GVVU-wet, worden ook niet als supplement beschouwd.

De toeslag in geval van **bijzondere eisen van de rechthebbende**, zoals vastgesteld in de akkoorden, worden voor de toepassing van deze bepaling wel als supplement beschouwd. In de omstandigheid dat een geconventioneerde zorgverlener supplementen aanrekent, is het maximumsupplement eveneens van toepassing op geconventioneerde zorgverleners.

Bevoegdheid van de Koning

De Koning stelt, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie voor zover deze commissie voor het betrokken beroep bestaat en een voorstel heeft neergelegd, **in een Ministerraad overlegd besluit, een maximumsupplement vast uiterlijk tegen 1 januari 2028**. Indien een akkoordencommissie een akkoord heeft gesloten uiterlijk tegen 31 juli 2027 zal dit gerespecteerd worden. De akkoordencommissies dienen zich hierbij te baseren op objectieve gegevens en -waar van toepassing- rekening te houden met de hervorming van de nomenclatuur. Bij ontstentenis van een akkoord binnen de bevoegde akkoordencommissie, zal het maximumpercentage worden vastgelegd **bij een KB overlegd in ministerraad**, op voorstel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Ze zal deze beslissing nemen rekening houdend met de beschikbare informatie over de aangerekende ereloon-supplementen in de betrokken sector **over de afgelopen 5 jaar**; waarbij het aftoppen van excessen en het voorkomen van een inflatoire spiraal de belangrijkste uitgangspunten zijn. Op die manier moeten de doelstellingen van het regeerakkoord (in alle sectoren de supplementen op erelonen beperken, en ook excessen bestrijden) gerealiseerd worden. Die beperking van supplementen kan bepaald worden aan de hand van een plafond dat onder meer een maximumpercentage of een maximumbedrag kan zijn.

Het maximumsupplement of plafond bepaald door de Koning kan verschillen naar gelang de geneeskundige verstrekking of de groep(en) van geneeskundige verstrekkingen. Bovendien kan het maximumsupplement ook verschillen naargelang de rechthebbende al dan niet is opgenomen in een ziekenhuis. Onder opgenomen in een ziekenhuis verstaan wij gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie.

Daarenboven **kan** het aanrekenen van supplementen beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Dit laat toe een granulatie te voorzien in functie van de verschillende onderdelen die gecreëerd zullen worden in het kader van de algemene hervorming van de nomenclatuur zoals vermeld in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025. Zo zal er voor de verschillende verstrekkingen een onderscheid gemaakt worden tussen een professioneel gedeelte en een kostengedeelte

van de honoraria, waarbij de Koning, bij in een Ministerraad overlegd besluit, de supplementen **kan** beperken tot het professioneel gedeelte.

Het voorstel van de betrokken akkoordencommissie wordt verleend bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen. In de hypothese dat opnieuw een stemming moet georganiseerd worden omdat deze quorums niet bereikt zijn, kan een nieuwe stemming gehouden worden en vereist de aanneming van het voorstel slechts een **gewone meerderheid** in elk van de twee banken.

Aan de akkoordencommissie wordt de opdracht gegeven om een voorstel uit te werken voor het vaststellen van een of meerdere plafonds aan het aanrekenen van supplementen binnen hun sector **tegen uiterlijk 31 juli 2027**. De akkoordencommissies kunnen zowel een algemeen maximum plafond voor hun sector voorstellen als een verfijnd voorstel doen waarbij verschillende maxima van toepassing zijn, afhankelijk van bijvoorbeeld groepen van verstrekkingen of erkenningsnummers. Deze bepaling laat eveneens toe om een meer globale onderhandeling te voeren over een nieuw tariefakkoord alsook een voorstel tot verfijning of bijschaving van de plafonds voor supplementen.

Berekeningsbasis voor het maximumsupplement

Het maximumsupplement wordt berekend aan de hand van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Hieronder worden de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel begrepen. Dit betekent dat de **richttarieven** (de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen) voor de toepassing van deze bepaling niet vervat zitten in het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor het maximumsupplement.

Indien slechts op een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, een supplement mag aangerekend worden, wordt het maximumsupplement berekend op het gedeelte hiervan waarvoor geen verbod geldt. Dus, als op een aandeel geen supplement mag aangerekend worden, wordt het bedrag van dit aandeel uitgezonderd van de berekeningsbasis van het maximumsupplement. Het maximumsupplement wordt berekend op het deel waarop geen verbod van supplement van toepassing is.

De bepalingen inzake de richttarieven (de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen) vormen een *lex specialis*. Dit betekent, zoals eerder vermeld, dat de **richttarieven** (de toegestane maximale overschrijdingen) voor de toepassing van deze bepaling **niet als supplement te beschouwen zijn**.

Deze bepalingen zijn eveneens van toepassing indien een tussenkomst in kosten van de geneeskundige verstrekkingen wordt voorzien in het kader van een ander door de overheid georganiseerd stelsel (zoals bijv. het stelsel overzeese sociale zekerheid, het bijzonder stelsel van de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, arbeidsongevallen en beroepsziekten). Bijvoorbeeld, indien voor de kosten van geneeskundige verstrekkingen die voortvloeien uit ziekte, letsel of functionele stoornissen waarvoor krachtens andere wetgeving in het kader van een door de overheid georganiseerd stelsel minstens gedeeltelijk schadeloosstelling wordt verleend en de verplichte ziekteverzekering provisioneel kan tussenkomen overeenkomstig artikel 136, §2, van de GVV-wet, dan gelden bovenvermelde beperkingen eveneens.

AFDELING X+6 ARTIKELS 43,44,45

Versie 1

Art. X+43. Artikel 53, § 5, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 29 november 2022, wordt aangevuld met de woorden “, onverminderd de bepalingen die zijn voorzien in de akkoorden”.

Art. X+44. In artikel 73, § 1/1, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 10 april 2014 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de woorden “van artikel 35, § 5, en” ingevoegd tussen de woorden “Onder voorbehoud” en “van artikel 152, § 5,”.

Art. X+45. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel X+43, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2025. De Koning kan voor iedere bepaling ervan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid. Het maximumsupplement en maximumbedrag zoals bedoeld in artikel 35, §5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd door artikel X+42 van deze wet, zijn van toepassing op geneeskundige verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2028, tenzij de Koning een vroegere datum van inwerkingtreding bepaalt.

Versie 2

Art. X+45.

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel X+43, dat uitwerking heeft met

ingang van 1 januari 2025.

~~De Koning kan voor iedere bepaling ervan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid.~~

Het maximumsupplement en ~~maximumbedrag zoals~~ bedoeld in artikel 35, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd door artikel X+42 van deze wet, zijn van toepassing op geneeskundige verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2028, ~~tenzij de Koning een vroegere datum van inwerkingtreding bepaalt.~~

Versie 3

~~De Koning kan, in een in ministerraad overlegd besluit, de datum van inwerkingtreding van deze afdeling, met uitzondering van artikel X+43, uitstellen tot uiterlijk 1 januari 2029.~~

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ X+43 , X+44, X+45

Art. X+43

Dit artikel verduidelijkt dat het verbod op supplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming geen afbreuk doet aan de bepalingen die zijn voorzien in de akkoorden, met name de mogelijkheid om in voorkomend geval de richttarieven (de maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen toe te passen) of een supplement te vragen in geval van bijzondere eisen van de rechthebbende.

Art. X+44

Dit artikel beoogt een technische correctie door te voeren. De verwijzing in het eerste lid wordt aangevuld met de nieuwe bepaling ingevoegd onder artikel X+42 van deze wet.

Art. X+45

Dit artikel beoogt de datum van inwerkingtreding voor de verschillende artikelen van deze afdeling te bepalen.

De datum van inwerkingtreding wordt voorzien op 1 januari 2028. 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.

Gezien artikel X+43 een verduidelijking vormt van een bestaande maatregel, wordt de inwerkingtreding gealigneerd op de datum van inwerkingtreding van de bestaande maatregel.

THEMA FINANCIERING REPRESENTATIEVE BEROEPSORGANISATIES

AFDELING X-7 - FINANCIERING REPRESENTATIEVE BEROEPSORGANISATIES

Versie 1

Art. X+46. Artikel 36nonies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt aangevuld met de volgende zin:

"De financiële tegemoetkoming bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de akkoorden."

Art. X+47. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Versie 2

Art. X+46.

In artikel 36nonies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden "overeenkomsten- of" worden opgeheven;

2° het artikel wordt aangevuld met een lid, luidende:

"De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de akkoorden."

Het aanvullend bedrag bedraagt maximum twintig procent van de totale tegemoetkoming voor de betrokken sector of beroepsorganisatie."

Versie 3

"De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de akkoorden. Het **aanvullend bedrag bedraagt vijftien procent van de totale tegemoetkoming** voor de betrokken sector of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie, de modaliteiten waarop het basisbedrag en het aanvullend bedrag worden bepaald en verdeeld. **In afwezigheid van een voorstel van de betrokken akkoordencommissie legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit.**"

MEMORIE VAN TOELICHTING FINANCIERING BEROEPSORGANISATIES

Artikel 36nonies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet in een machtiging aan de Koning om op voordracht van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie de voorwaarden en de modaliteiten te bepalen voor de financiering van de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners voor het werk dat die organisaties verrichten in de instanties die zitting hebben in het Riziv.

Dit artikel voorziet in het principe dat de **financiering wordt gelinkt aan het aantal geconventioneerden in de betreffende sector.**

De **variabele** financiering bedraagt **vijftien procent van de globale financiering per sector en/of beroepsorganisatie.** De Koning bepaalt op voorstel van de betrokken akkoordencommissie -en bij afwezigheid van dergelijk voorstel bij een in Ministerraad overlegd besluit- de modaliteiten inzake bepaling en verdeling van het vaste (dit kan zowel een bedrag per organisatie en/of een vast bedrag per stem of lid zijn) en het variabele bedrag. Het invoegen van deze wettelijke bepalingen **doet weliswaar geen afbreuk aan de ter zake bestaande financieringsmodaliteiten** die gericht zijn op de evenwichtige verdeling van de financiering tussen zowel de verschillende sectoren als tussen de verschillende representatieve beroepsorganisaties per sector. Voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, zullen deze bepalingen **pas uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling.**

De verwijzing naar de overeenkomstencommissies wordt geschrapt gezien voortaan voor alle sectoren de term "akkoordencommissies" zal worden gebruikt.

THEMA: VERPLICHT GEBRUIK ELECTRONISCHE DIENSTEN DOOR ZORGVERLENERS

AFDELING X-8 - VERPLICHT GEBRUIK VAN ELEKTRONISCHE DIENSTEN DOOR ZORGVERLENERS

Versie 1

Art. X+48. Artikel 53, § 1, zesde lid, van dezelfde wet wordt vervangen als volgt: "In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling, en op **1 juli 2026** voor de kinesitherapeuten voor wat de elektronische kennisgevingen en akkoord-aanvragen betreft alsook de elektronische gegevensoverdracht binnen of buiten de derdebetalersregeling. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 eveneens beschikken over alle elektronische diensten om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichting bedoeld in het tweede lid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen zal uiterlijk op 1 januari 2030 ontstaan voor alle zorgverleners. Op 1 januari 2030 ontstaat ook de verplichting voor alle zorgverleners om de andere elektronische diensten te gebruiken om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De Koning kan uitzonderingen voorzien."

Versie 2

1 juli 2026 wordt 1 januari 2027

Toevoeging:

De verplichtingen zoals bedoeld in deze alinea vinden geen toepassing als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is, in geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt en indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027. De Koning kan, na eensluidend advies van de bevoegde akkoordencommissie of, bij gebrek aan bevoegde commissie, van het Verzekeringscomité, deze uitzonderingen aanpassen of er bijkomende voorzien."

Versie 3

Idem als versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING VERPLICHT GEBRUIK VAN ELECTRONISCHE DIENSTEN DOOR ZORGVERLENERS

Art. X+48

Dit artikel heeft als doel om een aanvulling aan te brengen aan het proces zoals voorzien door artikel 53, § 1, van de gecoördineerde wet om de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten het kader van de derdebetalersregeling tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen verplicht te maken.

De digitale gegevensoverdracht tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen buiten het kader van de derdebetalersregeling geschiedt door middel van de MyCarenetdienst eAttest. Hierbij betaalt de sociaal verzekerde het volledig honorarium aan de zorgverlener, waarna de zorgverlener een eAttest stuurt naar de verzekeringsinstelling van de sociaal verzekerde met als gevolg dat de verzekeringsinstelling de tegemoetkoming van de verplichte verzekering overmaakt aan de sociaal verzekerde.

De digitale gegevensoverdracht tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen binnen het kader van de derdebetalersregeling verloopt door middel van de dienst elektronische facturatie van MyCarenet. Hierbij rekent de zorgverlener de tegemoetkoming van de verplichte verzekering rechtstreeks aan de verzekeringsinstelling van de sociaal verzekerde aan. De sociaal verzekerde betaalt aan de zorgverlener het aandeel in de kostprijs van de geneeskundige verstrekking die te zijner laste is.

De digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling is actueel reeds verplicht voor

ziekenhuizen, laboratoria, thuisverpleegkundigen en medische huizen wat de forfaits betreft. Vanaf 1 september 2025 wordt de digitale gegevensoverdracht binnen en buiten het kader van de derdebetalersregeling verplicht voor huisartsen, specialisten en tandartsen. Deze verplichtingen komen voort uit het proces zoals voorzien door artikel 53, § 1, 2de, 3de en 4de lid, van de gecoördineerde wet. Ook voor de laboratoria werd dit proces gevolgd. Dit proces voorziet dat de Koning vaststelt vanaf welke datum de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling beschikbaar is voor een beroepsgroep. Twee jaar te rekenen van deze datum, wordt de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling verplicht voor de betrokken beroepsgroep.

Voor de thuisverpleegkundigen werd rechtstreeks in de wet vastgelegd dat de digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling verplicht is vanaf 1 juli 2015.

Op eenzelfde wijze wordt er voorgesteld om voor kinesitherapeuten rechtstreeks in de wet vast te stellen dat de volgende digitale gegevensoverdrachten met de verzekeringsinstellingen verplicht worden op 1 januari 2027:

- Digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling (dienst elektronische facturatie van MyCarenet);
- Digitale gegevensoverdracht buiten het kader van de derdebetalersregeling (dienst eAttest van MyCarenet);
- Digitale kennisgevingen en akkoordaanvragen (dienst eAgreement van MyCarenet).

De voormelde diensten zijn reeds sedert 1 september 2023 ontwikkeld voor kinesitherapeuten. Deze wetsbepaling heeft als doel om rechtstreeks in de wet te bepalen dat kinesitherapeuten deze diensten verplicht moeten gebruiken vanaf 1 januari 2027.

Meer in het algemeen wordt er voorgesteld om in de gecoördineerde wet aan te geven dat alle zorgverleners tegen uiterlijk 1 januari 2029 zullen beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen digitaal te attesteren (= digitale gegevensoverdracht buiten het kader van de derdebetalersregeling) en/of te factureren (= digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling) in het kader van de verplichte verzekering of beide mogelijkheden, naargelang de kenmerken van de facturatie in de betrokkene sector.

Tegen uiterlijk 1 januari 2029 zullen alle zorgverleners, tevens naargelang de kenmerken van de betrokken sector, ook beschikken over alle nodige elektronische diensten, in het kader van de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering, om gegevens te consulteren en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen.

Een aantal van deze elektronische diensten bestaan reeds maar moeten, voor bepaalde onder hen, worden uitgebreid naar bepaalde sectoren van zorgverleners: member data om gegevens betreffende de sociaal verzekerde te consulteren, eTarief om het tarief van een geneeskundige verstrekking te bekomen, hoofdstuk IV om akkoorden van adviserend artsen voor geneesmiddelen aan te vragen en te consulteren, eAgreement om andere akkoorden van adviserend artsen aan te vragen en te consulteren alsook kennisgevingen te sturen naar de verzekeringsinstellingen, de medisch-administratieve diensten om "medisch-administratieve" informatie uit te wisselen met de verzekeringsinstellingen, en eGMD om het globaal medisch dossier te beheren of te kunnen raadplegen wie de GMD-houdende arts is van een sociaal verzekerde.

Andere elektronische diensten zijn voorzien maar moeten nog ter beschikking worden gesteld van zorgverleners: o.a. eAgreement licht om eenvoudige akkoorden van adviserend artsen aan te vragen en te consulteren die niet mogelijk zijn via de dienst eAgreement, en eDoc2Mut om onder meer formulieren of aanvragen voor rekening van hun patiënten op elektronische wijze mee te delen aan de verzekeringsinstellingen.

Zorgverleners kunnen, op basis van artikel 9bis van de GVV-wet, louter originele documenten onder elektronische vorm overmaken aan de verzekeringsinstellingen door middel van het beveiligd MyCarenetplatform. Dit artikel is een transversale bepaling die toelaat om elk papieren document dat is voorzien door of krachtens de GVV-wet te digitaliseren door de bepalingen na te leven die worden voorzien door de eHealth wetgeving betreffende bewijskracht.

Een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité is vereist evenals, overeenkomstig artikel 9bis, tweede lid van de GVV-wet, een verordening van het verzekeringscomité die de praktische modaliteiten van deze gegevensuitwisselingen bepaalt.

Hetzelfde artikel 9bis van de GVV-wet is toepasselijk ongeacht de actor die de digitale documenten overmaakt aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering.

In afwijking van het principe dat originele documenten moeten worden gebruikt in het kader van het voormeld artikel 9bis, wordt er voorgesteld in artikel X+48 van dit wetsontwerp om een uitzondering in te voeren voor de mededeling door de sociaal verzekerde aan zijn verzekeringsinstelling van documenten die nodig zijn voor het beheer van zijn dossier inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid in strikte zin. Deze afwijking is niet van toepassing op andere documenten die worden meegedeeld door de sociaal verzekerde aan zijn verzekeringsinstelling en vindt eveneens geen toepassing op alle documenten die door zorgverleners worden meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen.

Uiterlijk op 1 januari 2030 zal het gebruik van de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten het kader van de derdebetalersregeling verplicht worden voor alle beroepsgroepen die geneeskundige verstrekkingen verlenen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

Op 1 januari 2030 zal het daarenboven voor alle beroepsgroepen verplicht worden om ook de andere elektronische diensten om gegevens te consulteren en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering, te gebruiken.

Deze verplichtingen zullen niet gelden in de volgende uitzonderingssituaties, waarin de gegevensoverdracht

uitzonderlijk op papier zal kunnen gebeuren:

1. Is de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is;
2. In geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt;
3. Indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027.

Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om de voormelde uitzonderingssituaties aan te passen en/of andere uitzonderingen te voorzien, onder andere:

- voor een beroepsgroep om ook na 1 januari 2030 verder gebruik te maken van papieren getuigschriften voor verstrekte hulp (= verplicht gebruik van digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling vindt geen ingang op 1 januari 2030);
- voor een beroepsgroep om ook na 1 januari 2030 verder gebruik te maken van bepaalde papieren formulieren in het kader van de verplichte verzekering (= verplicht gebruik van eAgreement light vindt voor bepaalde formulieren geen ingang op 1 januari 2030).

De uitzonderingssituaties op de verplichte elektronische facturatie binnen en buiten het kader van de derdebetalersregeling die specifiek voor artsen en tandartsen zijn voorzien in de koninklijke besluiten van 28 juni 2023 gelden als een *lex specialis*: de aanpassingen zoals voorgesteld in deze afdeling hebben er geen invloed op.

THEMA : RIZIV-NUMMERS

AFDELING X-9 - RIZIV-NUMMERS

Versie 1

Art. X+49. In artikel 53 van dezelfde wet wordt een paragraaf 6 toegevoegd, luidende:

"§ 6. De zorgverlener mag enkel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering attesteren door middel van de uitreiking aan de rechthebbende of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, van getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of gelijkwaardige documenten of door middel van de elektronische gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstelling **indien hij beschikt over een actief nummer** dat wordt uitgereikt door het Instituut.

Gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep wordt het nummer automatisch opgeschort.

Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet. De Koning **kan de nadere regels bepalen inzake de uitreiking, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer** zoals bedoeld in het eerste lid."

Versie 2

"§ 6. De zorgverlener mag enkel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering attesteren ~~door middel van de uitreiking aan de rechthebbende of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, van getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of gelijkwaardige documenten of door middel van de elektronische gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstelling~~ indien hij beschikt over een actief nummer dat wordt uitgereikt door het Instituut.

~~Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet. De Koning kan de nadere regels bepalen inzake de uitreiking, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid."~~

De zorgverlener mag tijdens de periode van verbod de prestaties waarvan de prestatiedatum voor die periode van verbod valt wel aanrekenen."

Versie 3

Idem als versie 2

"§ 6. De zorgverlener mag enkel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering attesteren indien hij beschikt over een actief nummer dat wordt uitgereikt door het Instituut.

Gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep wordt het nummer automatisch opgeschort.

De zorgverlener mag tijdens de periode van verbod de prestaties waarvan de prestatiedatum voor die periode van verbod valt wel aanrekenen."

MEMORIE VAN TOELICHTING INZAKE OPSCHORTING VAN RIZIV-NUMMERS

Art. X+49

Dit artikel heeft als doel om in de gecoördineerde wet het basisbeginsel te verankeren dat zorgverleners moeten beschikken over een actief RIZIV-nummer, uitgereikt door het RIZIV, om prestaties te kunnen attesteren en/of aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering.

Met actief wordt bedoeld dat het nummer slechts kan worden gebruikt door de betrokken zorgverlener wanneer het niet zou zijn geschorst door de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV op vraag van die Dienst in het kader van handhaving.

Het nummer zal ook niet actief zijn gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep. Wanneer het visum van de zorgverlener bijvoorbeeld ingetrokken zou zijn, mag de zorgverlener het beroep niet uitoefenen en is het dus ook logisch dat het RIZIV nummer opgeschort wordt. De zorgverlener zal op dat moment niet meer beschikken over een actief nummer.

Die zorgverlener komt dus in dezelfde situatie terecht als een zorgverlener aan wie de administratieve rechtscolleges

ingesteld bij de DGEC de opschorting van het RIZIV-nummer opgelegd hebben als alternatieve sanctie. Dat wil zeggen dat de zorgverlener de verzekerde moet informeren over de opschorting van het RIZIV-nummer en dat het geen voorzien wordt in artikel 142, § 1/1 laatste lid ook van toepassing zal zijn.

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 bij de zorgverlener.

GEGEVENS BESCHERMINGS AUTORITEIT IVM Art. X + 49 (Advies nr. 91/2025)

Op 29.09.2025 werd volgende advies uitgebracht door de Autorisatie- en Adviesdienst van de Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna "de Autoriteit") : de voorwaarden en regelen omtrent de toekenning van het RIZIV-nummer kunnen niet worden vastgesteld door het Verzekeringscomité. Voor de gegevensbeschermingsautoriteit is het niet toelaatbaar dat de voorwaarden en categorieën van gegevens die worden verzameld met het oog op de toekenning van een RIZIV- nummer onder de normatieve bevoegdheid vallen van het Verzekeringscomité.

De Gegevensbeschermingsautoriteit motiveerde dit standpunt als volgt: "

Dit artikel heeft als doel om in de gecoördineerde wet het basisbeginsel te verankeren dat zorgverleners moeten beschikken over een actief RIZIV-nummer, uitgereikt door het RIZIV, om prestaties te kunnen attesteren en/of aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering.

Met actief wordt bedoeld dat het nummer slechts kan worden gebruikt door de betrokken zorgverlener wanneer het niet zou zijn geschorst door de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV op vraag van die Dienst in het kader van handhaving (zie artikel X+52 voorontwerp). Het nummer zal ook niet actief zijn gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep. Aan het Verzekeringscomité wordt de bevoegdheid verleend om de regelen te bepalen omtrent de toekenning van het RIZIV-nummer overeenkomstig artikel 22, 11° GvU-wet. Zie hieromtrent ook artikel 6, §8 verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/verordening_28_juli_2003_art_6_par_1bis.pdf): "Het RIZIV-identificatienummer, inschrijvingsnummer of erkenningsnummer, waarvan sprake in dit artikel en de bijlagen waar in dit artikel naar verwezen wordt, is het identificatienummer dat voor elke zorgverlener wordt opgesteld volgens regelen, bepaald door het Verzekeringscomité"

Wat betreft de bevoegdheid van het Verzekeringscomité, wijst de Autoriteit op de vaste adviespraktijk van de afdeling Wetgeving van de Raad van State omtrent het verlenen van verordenende bevoegdheid aan een overheidsinstantie die geen politieke verantwoordelijkheid draagt ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering. Volgens deze adviespraktijk is dit in principe ontoelaatbaar, omdat aldus afbreuk wordt gedaan aan het beginsel van de eenheid van verordenende macht en aan het beginsel van de politieke verantwoordelijkheid van de ministers. Bovendien ontbreken de waarborgen waarmee de klassieke regelgeving gepaard gaat, zoals die inzake de bekendmaking, de preventieve controle door de afdeling Wetgeving van de Raad van State en de duidelijke plaats in de hiërarchie der normen. In dat verband moet worden opgemerkt dat het verlenen van normatieve bevoegdheid aan een openbare instelling enkel kan worden gebillijkt om praktische redenen en in zoverre die delegaties een zeer beperkte of een hoofdzakelijk technische draagwijdte hebben, en er mag van worden uitgegaan dat de instelling die de betrokken reglementering dient toe te passen of er toezicht op uitoefent, ook het best geplaatst is om deze met kennis van zaken uit te werken. Naar het zich laat aanzien kan de vaststelling van de voorwaarden en de categorieën van gegevens die worden verzameld met oog op de toekenning van een RIZIV-nummer (aanvraagprocedure) echter niet onder de beperkte normatieve bevoegdheid vallen, welke aan het Verzekeringscomité kan worden verleend. De bepaling van het voorontwerp moet worden herzien teneinde met die opmerking rekening te houden." De gemachtigde (van het RIZIV) bevestigde aan de Autoriteit dat er 3 basisvoorwaarden zijn om een RIZIV-nummer te krijgen als zorgverlener, namelijk:

- De FOD Volksgezondheid heeft een visum uitgereikt dat toelaat om het beroep van arts uit te oefenen.
- Inschrijving bij de Orde der artsen.
- Contactadres hebben in België.

Verder vulde de gemachtigde als volgt aan: "Het RIZIV kent nummers toe op basis van lijsten overge- maakt door de FOD VVVL via een beveiligde server of op individuele vraag. In het kader van de lijsten worden de volgende gegevens verwerkt: NN, naam, voornaam, geslacht, geboortedatum, contacttaal, contactgegevens, Ordenummer en datum inschrijving Orde en provincie Orde, erkennende overheid, "thema" (goedgekeurd stageplan, wijziging stageplan of erkenning), in voorkomend geval periode stage- plan, "context" (bv. erkenning voor een basistitel of bijzondere titel niv. 3), specialisme. Individuele vragen gebeuren via het aanvraagformulier zoals vermeld op onze website (<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/uitoefening-van-het-beroep/een-riziv-nummer-krijgen>)."

THEMA: HANDHAVING - DGEC

AFDELING X+10 - GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE

Versie 1

Art. X+50. In Titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/3 ingevoegd, luidende: "Art 13/3. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73bis of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen. De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden."

Versie 2

~~**Art. X+50.** In Titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/3 ingevoegd, luidende: "Art 13/3. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73bis of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen. De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden."~~

Versie 3

Idem aan versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

Dit artikel is opgeheven.

Versie 1

Art. X+51.

Artikel 73, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 mei 2022, wordt aangevuld met een lid, luidende: "De zorgverleners zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over de opschorting van hun RIZIV-nummer of het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling dat aan hen werd opgelegd door de organen bedoeld in artikel 144, § 1. De Koning kan de praktische toepassingsregels vastleggen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners daaromtrent moeten meedelen aan de rechthebbenden."

Art. X+52.

In artikel 73bis, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt de bepaling onder 1° aangevuld met de woorden "of gedurende een periode van opschorting van het RIZIV-nummer".

Versie 2

~~Art. X+51. wordt X+50~~
~~Art. X+52. wordt X+51~~

Versie 3

Idem aan versie 2

Art. X+50

Artikel 73, § 1, legt de zorgverleners reeds de verplichting op om de rechthebbenden te informeren of zij al dan niet akkoorden hebben ondertekend.

Het lijkt daarom logisch om een soortgelijke verplichting in dit artikel op te nemen wanneer een maatregel tot opschorting van het Riziv-nummer of een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling wordt genomen door de organen bedoeld in artikel 144, § 1, van de wet.

De zorgverlener moet die verplichting respecteren vooraleer hij een prestatie zou uitvoeren. Op die manier kunnen de rechthebbenden vrij met kennis van zaken beslissen of zij deze of een andere zorgverlener wensen te raadplegen.

Net zoals voor de informatieplicht met betrekking tot de "conventiestatus" wordt ook hier voorzien dat de Koning de toepassingsregels verder kan uitwerken. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een verplichte vermelding op de website van de zorgverlener, een affichage,...

Art. X+51

Naar analogie met hetgeen momenteel voorzien is voor een zorgverlener die prestaties uitvoert of voorschrijft tijdens een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep, wordt dezelfde inbreuk voorzien voor de periode dat het RIZIV-nummer opgeschort is.

In die periode mag de zorgverlener niet aanrekenen noch attesteren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. Stel dat die zorgverlener dat toch zou proberen, en de verzekeringsinstellingen zouden toch uitbetalen aan de zorgverlener of aan de verzekerde, dan kunnen die prestaties gekwalificeerd worden als inbreuken zoals voorzien in artikel 73bis, 1° GVVU-wet.

In dat geval, en bij gebrek aan een recuperatie van het bedrag door de verzekeringsinstellingen, zal de terugbetaling gevorderd worden bij de betrokken zorgverlener door de DGEC.

Deze inbreuk wordt dus voorzien om alle mogelijke hypothesen af te dekken.

Besluit:

Een opschorting van het RIZIV-nummer verhindert niet de uitoefening van de geneeskunde, maar wel de terugbetaling aan de patiënt van uitgevoerde verstrekkingen door de ziekteverzekering.

Versie 1

Art. X+53.

In artikel 142 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 6 november 2023, wordt een §1/1 ingevoegd, luidende: "§ 1/1. In de gevallen voorzien in **artikel 144, § 2, 1°**, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, kunnen de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep een **opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete**. Die opschorting kan opgelegd worden voor **minimum één maand en maximum twee jaar**. De datum waarop de opschorting ingaat en de duur er van, worden gespecificeerd in de uitgesproken beslissing. De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van opschorting valt niet aanrekenen of attesteren binnen de verzekering geneeskundige verzorging, ook niet na de periode van opschorting. Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die de opschorting uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen. De waarde van de aan een rechthebbende uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald aan de verzekeringsinstelling door de zorgverlener die de opschorting niet respecteert."

Art. 144.

(°) § 1. Bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle worden Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep ingesteld, administratieve rechtscolleges bedoeld in artikel 161 van de Grondwet.

§ 2. [W - Wet(div)(II) 29-3-12 - B.S. 30-3 - ed. 3 - art. 2]

De Kamers van eerste aanleg [nemen met volle rechtsmacht kennis van]:

1° de inbreuken op de bepalingen van **artikel 73bis**, behoudens de inbreuken die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren zoals bepaald in artikel 143;

(Leidend ambtenaar: indien 73bis (1°,2°,3°,4°: betwiste bedrag minder dan 35.000 euro) en 5°,6°,7°,8°,9°,10°

Art.73 bis

Art. 73bis. Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de

bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142,

§ 1 : [W – Wet(div)(I) 29-3-12 - B.S. 30-3 - ed. 3 - art. 35; W – Wet 10-4-14 - B.S. 30-4 - ed. 1 - art. 86]

1° reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd [of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep]; [W – Wet(div)(I) 29-3-12 - B.S. 30-3 - ed. 3 - art. 35; W – Wet(div) 30-10-18 – B.S. 16-11 – art. 5]

2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet [en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep];

3° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief, noch curatief zijn in de zin van artikel 34;

4° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;

5° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;

6° farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid, voor te schrijven boven de drempels bepaald door de indicatoren, zonder voldoende de aanbevelingen na te leven zoals bepaald in artikel 73, § 2, tweede lid; [V – Wet(div) 18-12-16 - B.S. 27-12 - art. 25]

7° [reglementaire documenten niet af te leveren wanneer de aflevering ervan verplicht is of reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren die onregelmatig zijn zonder dat de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen in het gedrang komen;]

8° de zorgverleners aan te zetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen. [I – Wet(div) 18-12-16 - B.S. 27-12 - art. 25]

[9° voorschotten te ontvangen buiten de in artikel 53, § 1/1, bedoelde grenzen;] [I – Wet(div) 18-12-16 - B.S. 27-12 - art. 25]

[10° van de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling zoals voorzien in artikel 53, § 1, veertiende lid, niet na te leven;] [I – Wet(div) 18-12-16 - B.S. 27-12 - art. 25](°)

[De hogervermelde reglementaire documenten beogen zowel de papieren documenten als de documenten in elektronische versie overeenkomstig artikel 9bis]

Versie 2

Art. X+53 wordt X+52

In artikel 142 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 6 november 2023, wordt een §1/1 ingevoegd, luidende: De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep kunnen, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, een opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete voor de inbreuken voorzien in artikel 73bis, 1° tot en met 4° wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro. Die opschorting kan opgelegd worden voor minimum één maand en maximum twee jaar. De datum waarop de opschorting ingaat en de duur er van, worden gespecificeerd in de uitgesproken beslissing. De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van opschorting valt niet aanrekenen of attesteren binnen de verzekering geneeskundige verzorging, ook niet na de periode van opschorting. Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die de opschorting uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen. De waarde van de aan een rechthebbende uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald aan de verzekeringsinstelling door de zorgverlener die de opschorting niet respecteerde."

Art. X+53. In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt: "Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadressen en toetredingssituatie aan de akkoorden. Voor de artsen en de tandheelkundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de dagen en de uren daarin vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners en of dat nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook."

Art. X+54. In Titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/3 ingevoegd, luidende: "Art 13/3. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73bis of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen. De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden."

Versie 3

Idem aan versie 2

BESLUIT: GEEN ENKELE INHOUDELIJKE WIJZIGING TEN OPZICHTE VAN VERSIE 1 EN VERSIE 2. DIT BETEKEN DAT HET LANG NIET ENKEL MEER HANDELT OM ZWARE FRAUDE ZOALS DE MINISTER ALTIJD BEWEERD HEEFT !! DE VOORBEELDEN DIE GEGEVEN WERDEN WAREN DE MEEST EXTREME CASUSSEN OM TE BEKOMEN WAT DE MINISTER WILDE, MAAR DE TEKSTINHOUD VAN VERSIE 3 VAN VOORONTWERP VAN KADERWET VAT OOK CASUSSEN DIE MET FRAUDE NIETS TE MAKEN HEBBEN.

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ DE OPSCHORTING VAN RIZIV-NUMMER ALS ALTERNATIEF VOOR ADMINISTRATIEVE GELDBOETE _ X-52 - X-53 - X-54

Art. X+52

Uit de rechtspraak van de administratieve rechtscolleges blijkt dat de administratieve geldboete een dubbel doel dient (bijvoorbeeld Kvb 12 maart 2024, NB 005-23). Enerzijds dient de geldboete om de zorgverlener te bestraffen, anderzijds dient de geldboete er voor om de zorgverlener af te schrikken in de toekomst nog een inbreuk te begaan. We stellen echter vast dat sommige zorgverleners de definitieve beslissingen niet uitvoeren en dus hun administratieve geldboetes niet betalen, of dat de geldboete hen er niet toe aanzet hun aanrekeninggedrag aan te passen.

Wanneer een zorgverlener bijvoorbeeld consequent prestaties aanrekent die niet uitgevoerd werden, neemt die persoon consequent ten onrechte geld af van het gezondheidszorgbudget. Hetzelfde voor een zorgverlener die systematisch een nomenclatuurcode aanrekent die beter vergoed wordt dan de nomenclatuurcode van de prestatie die hij effectief uitvoerde. Het moet mogelijk zijn om de aanrekeningen van dergelijke zorgverleners, minstens tijdelijk, te doen stoppen.

Dat zijn voorbeelden van situaties waar een alternatieve maatregel meer passend is.

Daarom wordt de mogelijkheid gecreëerd voor de administratieve rechtscolleges om de administratieve geldboete te vervangen door een opschorting van het RIZIV-nummer. Het nummer waarvoor de wettelijke basis ook gecreëerd wordt in dit ontwerp.

Die maatregel zal enkel opgelegd kunnen worden door de administratieve rechtscolleges voor dossiers die in eerste aanleg behoren tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg. Op die manier wordt de mogelijkheid om de alternatieve maatregel op te leggen beperkt tot de inbreuken voorzien in artikel **73bis, 1° tot en met 4° van de Gvu-wet wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro**. Het gaat dus over dossiers die "in eerste aanleg" niet behoren tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar zoals omschreven in artikel 143, § 1. De term 'waarde van de betwiste verstrekkingen' wordt momenteel al in de wet gebruikt om de inbreuken af te bakenen die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar en de Kamer van eerste aanleg behoren. In de Memorie van Toelichting bij de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) wordt uitdrukkelijk bepaald dat onder "waarde van de betwiste verstrekkingen": "het verschuldigde bedrag begrepen (moet) worden dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg" (Doc 53 2600/001, p. 14).

De **'waarde van de betwiste verstrekkingen'** zal hier niet anders beoordeeld worden.

De administratieve rechtscolleges worden voorgezeten door een voorzitter, rechter in functie of emeritus en zijn verder paritair samengesteld door twee leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en twee leden voorgedragen door de betrokken beroepsgroep. Die samenstelling laat toe de ernst van de feiten te beoordelen en de afweging te maken welke maatregel het meest passend is voor de vastgestelde feiten.

De alternatieve maatregel laat toe om sneller een concreet effect te hebben dan dat de administratieve geldboete toelaat. Een zorgverlener heeft namelijk een RIZIV-nummer nodig om aan te kunnen rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en te attesteren aan de verzekerde binnen het kader van de verzekering voor

geneeskundige verzorging. Die maatregel kan opgelegd worden voor een bepaalde duur van minimum één maand tot maximum twee jaar. Het maximum werd voorzien op twee jaar, naar analogie met de mogelijke maximale schorsing van een arts door de bevoegde deontologische organen.

Het feit dat er een 'vork' voorzien wordt tussen een minimum en een maximum voor de administratieve rechtscolleges waarbinnen zij kunnen oordelen, leidt niet tot rechtsonzekerheid maar laat de administratieve rechtscolleges net toe om per geval de meest gepaste maatregel op te leggen rekening houdende met de elementen van het dossier. Die 'vork' is net in het voordeel van de zorgverlener. Net zoals in de tuchtrechtelijke procedures, kunnen er ook in de administratieve procedures verschillen zijn die in het ene geval een strengere maatregel rechtvaardigen dan in het andere geval. Net zoals het niet mogelijk is om in tuchtrechtelijke procedures een exhaustieve opsomming te geven wanneer welke maatregel opgelegd zal worden, is het evenmin mogelijk dergelijk exhaustief overzicht te geven voor de administratieve procedures. Dat zou bovendien afbreuk doen aan de bevoegdheid van de administratieve rechtscolleges die overeenkomstig artikel 144, § 2 en § 3 oordelen met volle rechtsmacht.

Deze maatregel wordt voorzien als alternatief van de administratieve geldboete en zal dus opgelegd kunnen worden door de administratieve rechtscolleges tijdens de **tegensprekelijke administratieve procedure**. Er wordt voor deze maatregel geen aparte administratieve procedure voorzien. Zoals steeds, zal de DGEC de procedure voor de Kamer van eerste aanleg opstarten door een verzoekschrift bij die Kamer neer te leggen (artikel 3 van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, Procedurereglement). De zorgverlener zal zich schriftelijk kunnen verdedigen door conclusies neer te leggen bij de griffie van de Kamer van eerste aanleg zoals voorzien in artikels 15-17 van het Procedurereglement. De zorgverlener kan zich tijdens de procedure ook, zoals steeds, laten bijstaan door een persoon van zijn keuze (artikel 145, § 4). Overeenkomstig artikel 18 van het Procedurereglement, worden de partijen opgeroepen om te verschijnen voor de Kamer van eerste aanleg wanneer het dossier in staat van wijzen is. Tijdens de zitting heeft de zorgverlener ook de kans om zijn standpunt uiteen te zetten. Het is daarna de paritair samengestelde Kamer, voorgezeten door een voorzitter, rechter in functie of emeritus, die haar beslissing zal nemen.

Zoals momenteel al duidelijk geschreven staat in artikel 142, § 1 GVVU-wet kunnen de maatregelen die daar opgesomd worden, opgelegd worden 'onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties'. Ook dat wordt hier niet aangepast. Deze maatregel doet dus geen afbreuk aan eventuele tuchtrechtelijke maatregelen die voor dezelfde feiten opgelegd zouden kunnen worden. De tuchtrechtelijke en administratieve bevoegdheid bestaat momenteel naast elkaar, en zal langs elkaar blijven bestaan.

De verzekeringsinstellingen moeten op de hoogte gebracht worden van deze maatregel zodat zij de opvolging er van kunnen garanderen.

Overeenkomstig het nieuwe artikel 73, § 1, laatste lid GVVU-wet, wordt de zorgverlener verplicht om naast zijn conventiestatus ook de rechthebbenden duidelijk te informeren over de opschorting van zijn RIZIV-nummer en de gevolgen daarvan voor de rechthebbende.

Op die manier wordt het evenwicht tussen de rechten van de verzekerde op informatie en het recht van de betrokken zorgverlener op bescherming van zijn gegevens gerespecteerd.

Er wordt geen afbreuk gedaan aan de vrije keuze van de verzekerde.

Wanneer een verzekerde een zorgverlener contacteert, is het aan die zorgverlener om mee te delen dat zijn RIZIV-nummer tijdelijk opgeschort is. Hij moet daarbij geen details meedelen, noch is hij bijvoorbeeld verplicht een kopie van de beslissing van het administratief rechtscollege dat de maatregel oplegde, publiek te maken.

Stel dat de verzekerde er op dat moment toch voor kiest om door die zorgverlener behandeld te worden, **maakt de verzekerde die keuze zich bewust van de financiële gevolgen er van. De verzekerde weet op dat moment dat de zorgverlener niet mag aanrekenen of attesteren binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.**

Stel dat de zorgverlener na zou laten de verzekerde te informeren en de verzekerde zou behandelen en nadien bijvoorbeeld een getuigschrift voor verstrekte hulp zou opstellen gebruik makend van zijn RIZIV-nummer, dan gaat de verzekerde dat getuigschrift nadien nietsvermoedend bezorgen aan de verzekeringsinstellingen. Op dat moment, wanneer de zorgverlener het GVVH opstelde alsof er hem geen maatregel opgelegd werd en hij dus toch zijn RIZIV-nummer gebruikt ondanks het feit dat het opgeschort werd, **zal de verzekeringsinstelling de prestatie wel terugbetalen aan de verzekerde en later recupereren bij de zorgverlener.**

Wanneer de zorgverlener de prestatie zou aanrekenen via de derdebetalersregeling, blokkeert de verzekeringsinstelling de uitbetaling aan de zorgverlener. Wanneer de verzekeringsinstelling toch zou uitbetalen aan de zorgverlener, kan de verzekeringsinstelling dat bedrag nadien terugvorderen van de zorgverlener.

Een verzekerde mag geen slachtoffer zijn van een zorgverlener die nalaat de hem opgelegde maatregel en zijn informatieplicht te respecteren.

Art. X+53

Overeenkomstig artikel 218, § 2 GVVU-wet worden er momenteel al enkele gegevens van de zorgverleners gepubliceerd op de website van het RIZIV. Het RIZIV is een openbare instelling die via de website, die vrij toegankelijk is, het publiek informeert.

De GVVU-wet voorziet momenteel al dat er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd kan

worden door de administratieve rechtscolleges aan de zorgverleners die misbruik maakten van het regime (artikel 144, § 3/1 GvU-wet). Gedurende de periode van het verbod mag de zorgverlener nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen. Die maatregel kan dus een gevolg hebben voor de verzekerden.

De opschorting van het RIZIV-nummer dat ingevoegd wordt door dit ontwerp, is een andere maatregel die opgelegd kan worden aan de zorgverlener waarover de verzekerde ook geïnformeerd moet worden.

Het RIZIV-nummer van de zorgverlener wordt tijdelijk opgeschort, dat wil zeggen dat de zorgverlener zijn prestaties niet meer mag aanrekenen noch attesteren, of het nu via de derdebetalersregeling is of niet. Dit is geen deontologische maatregel, maar een maatregel die enkel door de administratieve rechtscolleges **(de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep ingesteld bij de DGEC)** opgelegd kan worden. **Het is niet de zorgverlener zelf die tijdelijk geschorst wordt, het is zijn RIZIV-nummer dat tijdelijk opgeschort wordt.**

De zorgverlener is ertoe gehouden de verzekerden te informeren over dat soort maatregelen vooraleer een prestatie uit te voeren (verplichting ook ingevoegd via deze wet in artikel 73, § 1, laatste lid). Het is echter ook de verplichting van de Instituut zelf om het publiek hierover te informeren. Wanneer de afweging gemaakt wordt tussen het recht van de zorgverlener op bescherming van zijn persoonsgegevens en het recht van de verzekerden op correcte informatie, primeert het recht van de verzekerde in dit geval.

Het zijn enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerden die bekend gemaakt moeten worden. Noteer daarbij dat die maatregelen opgelegd worden in de beslissingen van de administratieve rechtscolleges. Dat zijn beslissingen die overeenkomstig artikel 157, § 3 GvU-wet in gepseudonimiseerde vorm gepubliceerd worden op de website van het RIZIV. Dat principe blijft behouden aangezien het geheel van de beslissing niet noodzakelijk relevant is voor het publiek.

De aanpassing van artikel 218 GvU-wet laat toe om in de toekomst, wanneer je een zorgverlener opzoekt via de website van het RIZIV, naast de algemene gegevens ook te kunnen lezen of er een dergelijke maatregel werd opgelegd die gevolgen kan hebben voor de verzekerden. Die aanpassing is proportioneel aangezien het niet zo is dat er een apart register gepubliceerd wordt met 'veroordeelde zorgverleners', noch is het zo dat er voor die zorgverleners plots meer informatie publiek gemaakt wordt dan enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerde. Alhoewel bepaalde informatie uit de beslissingen van zowel de Leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges nuttig kunnen zijn voor de verzekerden, denk aan een zorgverlener die overbodige prestaties aanrekenen, wordt er momenteel enkel voorzien dat de maatregelen met een rechtstreeks gevolg voor de verzekerden zichtbaar worden wanneer de zorgverlener opgezocht wordt via de website van het RIZIV. Die verplichting sluit aan bij de informatieplicht en de vrije keuze van de verzekerde uit artikel 6 en 8 van de patiëntenrechtenwet. De verzekerde moet vrij kunnen kiezen op basis van alle informatie, ook de informatie die betrekking heeft op de aanrekenmogelijkheden van de zorgverleners.

Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle

Art. X+54

Dit nieuwe artikel bepaalt dat een lid niet kan worden benoemd om te zetelen in de verschillende organen van het Instituut **indien hij in de voorbije vijf jaar** werd veroordeeld door de Leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamers van eerste aanleg of de Kamers van beroep (administratieve rechtscolleges ingesteld bij de DGEC), of een rechterlijke veroordeling voor een overtreding volgens het Sociaal Strafwetboek (valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting): in beide gevallen gaat het om bestraft gedrag dat schade toebracht aan de ziekteverzekering. Een "openstaande schuld" ten aanzien van het Instituut is ook een belemmering voor benoeming in een van de organen van het Instituut.

Er wordt ook bepaald dat de Koning de benoeming vervroegd kan beëindigen om dezelfde redenen.

De term "organen" wordt algemeen gebruikt: het gaat met name om beheerscomités, technische raden, akkoordcommissies, enz. Zo wordt vermeden dat de wet later moet worden aangepast indien de namen van de organen zouden veranderen of indien nieuwe organen zouden worden opgericht.

Het is belangrijk voor de goede werking en de reputatie van het Instituut dat de integriteit van de leden van zijn organen gewaarborgd is.

Het is ook belangrijk om ervoor te zorgen dat de sereniteit van de discussies binnen de bovengenoemde organen niet wordt "vervuild" door wrok jegens de ziekteverzekering bij leden die door de bovengenoemde rechtscolleges zijn veroordeeld.

Advies van de GEGEVENSBESCHERMINGSAUTORITEIT ivm X+53 (wijziging aan artikel 218 GvU-wet): Advies nr. 91/2025 op datum van 29.09.2025:

Overeenkomstig artikel 218, § 2 GvU-wet worden er momenteel al enkele gegevens van de zorgverleners gepubliceerd op de website van het RIZIV in een lijst (zoals voornaam, naam, werkadres,

RIZIV-nummer ...). Het voorontwerp voegt daaraan toe dat ook een vermelding zal worden gepubliceerd van het feit dat het RIZIV-nummer van een bepaalde zorgverlener al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1 GvU-wet vermeldt de lijst dat ook.

De Autoriteit begrijpt dat in de lijst die gepubliceerd zal worden op de website naast o.a. de naam en voornaam enkel een vermelding zal komen of het RIZIV-nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is/of er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling werd opgelegd, terwijl de respectievelijke administratieve beslissing in haar geheel enkel in gepseudonimiseerde vorm gepubliceerd zal worden op haar website (overeenkomstig artikel 157, §3 GvU-wet). De Autoriteit vindt dit een belangrijke waarborg, die behouden dient te blijven.

De Autoriteit heeft reeds in andere adviezen met betrekking tot publicatie online van verscheidene beslissingen (zoals rechterlijke beslissingen, administratieve beslissing tot opleggen van een geldboete) gewezen op het feit dat het vooral belangrijk is dat de wetstekst die de verplichting/mogelijkheid tot publicatie vastlegt, duidelijk en nauwkeurig het doel of de doelen van de publicatie vermeldt, aangezien de publicatie een zeer breed publiek bereikt (elke internetgebruiker).

Uit de Memorie van Toelichting en het antwoord van de gemachtigde blijkt dat het informeren van het publiek het doel is van de publicatie zoals voorzien in gewijzigd artikel 218, §2 GvU-wet.³ Memorie van Toelichting, p. 52-53: "De zorgverlener is ertoe gehouden de verzekerden te informeren over dat soort maatregelen vooraleer een prestatie uit te voeren (verplichting ook ingevoegd via deze wet in artikel 73, §1, laatste lid). Het is echter ook de verplichting van de Instituut zelf om het publiek te informeren.

Wanneer de afweging gemaakt wordt tussen het recht van de zorgverlener op bescherming van zijn persoonsgegevens en het recht van de verzekerden op correcte informatie, primeert het recht van de verzekerde in dit geval."

Antwoord gemachtigde: "Alhoewel dat twee maatregelen zijn die door de administratieve rechtscolleges opgelegd kunnen worden aan de zorgverlener, kunnen die maatregelen ook (praktische) gevolgen hebben voor de verzekerden. Daarom zijn we van mening dat die specifieke informatie ook te vinden zou moeten zijn op de website van het RIZIV wanneer een zorgverlener opgezocht wordt. We creëren tegelijk ook de verplichting voor de zorgverlener om de verzekerden hierover zelf te informeren maar door de publicatie op de RIZIV-website is er een extra waarborg voor de verzekerden dat zij toegang hebben tot de informatie, stel bijvoorbeeld dat de zorgverlener zijn informatieplicht niet zou nakomen."

De Autoriteit begrijpt dat zowel een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling als een opschorting van het RIZIV-nummer praktische gevolgen kan hebben voor de verzekerden, namelijk:

- Wat betreft het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling: "Gedurende de periode van het verbod mag de zorgverlener nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen. Die maatregel kan dus een gevolg hebben voor de verzekerden"
- Wat betreft de opschorting van het RIZIV-nummer: in de periode van opschorting van het RIZIV-nummer "mag de zorgverlener niet aanrekenen noch attesteren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging."

De Autoriteit kan bijgevolg niet uitsluiten dat de bekendmaking zoals bedoeld in artikel X+53 voorontwerp strikt noodzakelijk kan zijn om het doel van het informeren van het publiek te bereiken (gelet op de praktische gevolgen voor de verzekerden en het feit dat een verzekerde vrij zijn zorgverlener dient te

kunnen kiezen op basis van alle informatie, ook de informatie die betrekking heeft op de aanrekenmogelijkheden van de zorgverleners). De Autoriteit vraagt niettemin om dit doeleinde, namelijk het informeren van de verzekerden omtrent maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerden, ook duidelijk op te nemen in de tekst van het voorontwerp zelf.

In casu zijn de modaliteiten van de publicatie voor de Autoriteit echter niet duidelijk: hoe lang blijft deze informatie beschikbaar? Gebeurt deze publicatie ten vroegste na het verstrijken van de beroepstermijn bedoeld in artikel 156, §2 GvU-wet?

De Autoriteit vraagt bijgevolg de aanvrager om duidelijk deze modaliteiten op te nemen in de tekst van het voorontwerp, samen met de rechtvaardiging van deze modaliteiten (in de Memorie van Toelichting). De Autoriteit bemerkt bijkomend de volgende zin in de Memorie van Toelichting: "Alhoewel bepaalde informatie uit de beslissingen van zowel de Leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges nuttig kunnen zijn voor de verzekerden, denk aan een zorgverlener die overbodige prestaties aanreken, wordt er momenteel enkel voorzien dat de maatregelen met een rechtstreeks gevolg voor de verzekerden zichtbaar worden wanneer de zorgverlener opgezocht wordt via de website van het RIZIV." (Onderlijning door Autoriteit)

Na een vraag van de Autoriteit over de reikwijdte van het woord 'momenteel' in de Memorie van Toelichting (en het risico op function creep), antwoordt de gemachtigde het volgende: "Wat betreft het woord 'momenteel': dat wil gewoon zeggen dat er door deze wijziging enkel die verandering voorzien wordt. Er zijn nog geen plannen om verdergaand te publiceren. Het woord kan gerust weggelaten worden zonder dat er inhoudelijk iets zou veranderen." De Autoriteit neemt akte van het feit dat het woord 'momenteel' zal worden weggelaten. NB. Function creep: "i.e. de verruiming van de doeleinde van de verwerking tot op een niveau waar de bescherming onder de AVG totaal wordt uitgehouden."

Versie 1

Art. X+54.

Artikel 144, § 3/1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt aangevuld met de volgende zin: "De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod valt, niet aanrekenen met toepassing van de derdebetalersregeling na de periode van het verbod."

Art. X+55.

In artikel 145 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 6 november 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 2, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

"Een lid kan niet benoemd worden wanneer hij in de vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming veroordeeld werd voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73bis of als hij door de rechterlijke macht veroordeeld werd voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Een lid kan ook niet benoemd worden wanneer hij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moet voldoen."

2° in § 2, wordt tussen het derde en het vierde lid een lid ingevoegd, luidende:

"Om de continuïteit van de normale rechtsgang niet in gevaar te brengen, worden de mandaten van de voorzitters en de leden die zouden verstrijken automatisch verlengd totdat in hun vervanging of in hun herbenoeming is voorzien."

Versie 2

Art. X+54 wordt Art. X+55

Art. X+55 wordt Art. X+56

Versie 3

Idem aan versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING VERBOD DERDEBETALERSREGELING

Art. X+55

Om te voorkomen dat een zorgverlener het verbod om aan te rekenen via de derdebetalersregeling zou omzeilen, wordt uitdrukkelijk toegevoegd dat de prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod liggen, niet na die periode nog aangerekend kunnen worden via de derdebetalersregeling.

Op die manier wordt de zorgverlener verplicht het verbod te respecteren. Prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod liggen, kunnen dus nooit aangerekend worden via de derdebetalersregeling.

Art. X+56

1° Deze wijziging van de huidige tekst van artikel 145, § 2, tweede lid van de GVVU-wet houdt verband met de invoeging in dezelfde wet van een nieuw artikel 13/3 betreffende belemmeringen voor een benoeming als lid van een van de organen van het Instituut.

2° Het is **niet altijd mogelijk om de mandaten van leden die gaan aflopen snel te vervangen of te verlengen** om "lege stoelen" te voorkomen, wat de behandeling van zaken die worden voorgelegd aan de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep (administratieve rechtscolleges) kan "vertragen". Dat kan een probleem vormen met betrekking tot de verplichting om binnen een redelijke termijn recht te spreken.

Het is absoluut noodzakelijk om de "continuïteit van de dienstverlening" door de voornoemde kamers te kunnen waarborgen.

Het beginsel van de continuïteit van de openbare dienstverlening wordt gedefinieerd als een "algemeen rechtsbeginsel met wetgevende of zelfs grondwettelijke waarde, dat in het verlengde ligt van het grondwettelijk beginsel van de bestendigheid van de staat, krachtens hetwelk regeringen, zolang zij een openbare dienst noodzakelijk achten voor de bevrediging van een collectieve behoefte, het recht en de plicht hebben om de regelmatige en ononderbroken werking van deze dienst te verzekeren, overeenkomstig de aard ervan en de regels die deze organiseren (vrije vertaling)" (P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruylant, 2006, blz. 72).

Er werd op gewezen dat er voldoende argumenten waren om te besluiten dat het beginsel van de continuïteit van de openbare dienst grondwettelijke waarde had (VUYLSTEKE V. en DE SOMER S., Le principe de continuité du service public - The show must go on..., in Ben Messaoud S en Viseur F, Les principes généraux de droit administratif, Bruxelles, Larcier, 2019, p.236).

Het Hof van Cassatie heeft geoordeeld dat het algemeen rechtsbeginsel van de continuïteit van de openbare dienst, dat van toepassing is op de Orde der Artsen, impliceert dat de personen die een ambt bekleden in de raden van beroep van de Orde der Artsen, na afloop van hun ambtstermijn het recht hebben om hun functie te blijven uitoefenen totdat zij worden vervangen of herbenoemd (Cass., 9 december 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

Er is zelfs geoordeeld dat het algemeen beginsel van de continuïteit van de openbare dienst toestaat en vereist dat de houder van een mandaat na afloop van dat mandaat in functie blijft, zolang er geen vervanger is benoemd (zie met name: C.E., arrest nr. 200.009 van 25 januari 2010).

Om een "risico van verlamming" van de werking van voornoemde Kamers te voorkomen en een "goede rechtsbedeling" te waarborgen, moet het continuïteitsbeginsel de leden wier ambtstermijn gaat verstrijken in staat stellen hun functie te blijven uitoefenen totdat zij worden vervangen of hun ambtstermijn wordt verlengd.

Versie 1

Art. X+56.

In artikel 153 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 29 november 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 2/1 wordt aangevuld met de volgende zin:

"Dat geldt ook voor de vaststellingen gedaan door de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers, aan wie de adviserend artsen opdrachten kunnen delegeren.";

2° in § 3 wordt het laatste lid vervangen als volgt:

"De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken op de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen en de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen uit § 1 een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de samenstelling, de werking en het soort opdrachten van dat nationaal college en die

lokale colleges. De minister, het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Hoge raad van artsen-directeurs kunnen het Nationaal College van adviserend-artsen verzoeken een opdracht uit te voeren. Daarnaast kan het Nationaal College ook ambtshalve optreden."

Art. X+57.

In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt:

"Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners en of dat nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook."

Versie 2

~~**Art. X+57.**~~

~~In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt:~~

~~"Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners en of dat nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook."~~

Versie 3

Idem aan versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING BIJ DE WERKING VAN DE DGEC

Art. X+57

1° Artikel 153, § 2/1, van de Gvu-wet bepaalt momenteel dat de feitelijke en medische vaststellingen die de adviserend artsen tijdens de uitoefening van hun controletaken verrichten, bewijskracht hebben tot bewijs van het tegendeel. Deze vaststellingen mogen, met hun bewijswaarde, worden gebruikt door de inspecteurs en controleurs bedoeld in de artikelen 146 en 162 met het oog op de vaststellingen van inbreuken.

Er is momenteel enerzijds een gebrek aan adviserend artsen, anderzijds werden er bijkomende opdrachten aan de adviserend artsen toegekend.

Teneinde al deze opdrachten uit te voeren, kunnen overeenkomstig art. 153, § 4 van de Gvu-wet een aantal opdrachten, bepaald door het Comité van de DGEC, gedelegeerd worden aan kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers.

Het is nodig dat voorzien wordt dat niet alleen de vaststellingen van de adviserend artsen, maar ook deze van kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers zouden kunnen gebruikt door de inspecteurs en controleurs bedoeld in de artikelen 146 en 162 met het oog op de vaststellingen van inbreuken.

Dat kadert in een verdere en nauwere samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen, de DGEC en de organen ingesteld binnen de DGEC, zoals het Nationaal college van adviserend-artsen en de Hoge raad van artsen-directeurs. Dit moet leiden tot de bevordering van een georganiseerde aanpak in de medische controle- of evaluatieprojecten.

2° De **controlebevoegdheid van het Nationaal College van adviserend-artsen (NCAA)** was tot nu toe beperkt omschreven. Die bevoegdheid wordt nu uitgebreid naar alle geneeskundige verstrekkingen omschreven in artikel 34 van de Gvu-wet en de opvolging van de opdrachten toegewezen aan de adviserend artsen. Die uitbreiding is enerzijds een logisch gevolg van de overdracht van het NCAA van de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) van het RIZIV naar de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV. Anderzijds sluit de uitbreiding van de bevoegdheid van het NCAA ook beter aan bij de **bevoegdheid van de adviserend arts** zelf zoals omschreven in artikel 153, § 1, eerste lid, van de Gvu-wet. De controle van de geneeskundige verstrekkingen is in die paragraaf ook ruim geformuleerd. Door het NCAA bevoegd te maken voor de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen zoals ze omschreven worden in de eerste paragraaf van het artikel, is er een duidelijke link tussen de opdracht van de advise-rend arts en die van het nationaal college. Dat ook bijvoorbeeld wat betreft de **controle arbeidsongeschiktheid**.

Er wordt verduidelijkt dat de Koning het soort opdrachten kan omschrijven. In de GVVU-wet zelf wordt ook toegevoegd wie er opdrachten kan geven aan het NCAA.

Aangezien het Comité van de DGEC overeenkomstig artikel 141, § 1, eerste lid, 2°, van de GVVU-wet de bevoegdheid heeft om de normen en richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle, is het logisch dat het Comité een opdracht zou kunnen geven aan het NCAA. Die bevoegdheid komt eveneens toe aan de **Leidend ambtenaar van de DGEC** aangezien dat valt onder de bevoegdheden van de DGEC zoals voorzien in artikel 139, vierde lid, van de GVVU-wet. Artikel 146, § 2, van de GVVU-wet voorziet dat de minister een opdracht zou kunnen geven aan de DGEC. Binnen diezelfde logica kan de minister ook een opdracht geven aan het NCAA. De Hoge raad van artsen-directeurs (HRAD) wordt overeenkomstig artikel 153, § 5, eerste lid, van de GVVU-wet ingesteld bij de DGEC. Zij zijn onder andere belast met het zoeken naar en bevorderen van een georganiseerde aanpak in de medische controle- of evaluatieopdrachten, zowel tussen verzekeringsinstellingen, als ter aanvulling van de DGEC. Binnen die bevoegdheid is het logisch dat zij ook een opdracht zouden kunnen geven aan het NCAA.

Het spreekt voor zich dat het NCAA ook ambtshalve kan handelen zonder dat zij daartoe een expliciete opdracht zou krijgen van de hierboven genoemde organen of personen.

BESLUIT

Adviserend artsen zijn in feite onderdeel geworden van de DGEC: zij kunnen rechtstreekse opdrachten krijgen vanuit de DGEC en rapporteren rechtstreeks aan de DGEC.

THEMA FINANCIËLE RESPONSABILISERING VAN DE MUTUALITEITEN

AFDELING X-11 - FINANCIËLE RESPONSABILISERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

Versie 1

Art. X+58.

In artikel 195, § 1, 2°, van dezelfde wet wordt tussen het achtste en het negende lid een lid ingevoegd, luidende: “Vanaf 2026 worden de verzekeringsinstellingen geresponsabiliseerd op hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en **in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de algemene jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de gedeeltelijke jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de in artikel 40 van deze wet bedoelde akkoordencommissies**. Deze responsabilisering heeft betrekking op een bedrag van 25.000.000 euro in 2026, 50.000.000 euro in 2027 en 75.000.000 euro in 2028, tot 100.000.000 euro voor de volgende jaren vanaf 2029. De verzekeringsinstellingen worden jaarlijks geëvalueerd op de behaalde resultaten, met het oog op, in voorkomend geval, de toekenning van het gedeelte van de administratiekosten, dat met dit doel werd gereserveerd op een rekening van het Instituut. De Koning bepaalt de modaliteiten van de evaluatie, de periodiciteit, en de voorwaarden op basis waarvan het gereserveerd gedeelte van de administratiekosten al dan niet wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen”.

Versie 2

Vanaf 2026 worden de verzekeringsinstellingen geresponsabiliseerd op hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de ~~algemene-globale~~ jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de ~~gedeeltelijkepartielle~~ jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de in artikel 40 van deze wet bedoelde akkoordencommissies. Deze responsabilisering heeft betrekking op een bedrag van 25.000.000 euro in 2026....

Versie 3

Idem aan versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING INZAKE DE FINANCIËLE RESPONSABILISERING VAN DE MUTUALITEITEN

Art. X+58

In het regeerakkoord 2025-2029 lezen we dat het systeem van administratiekosten moet worden versterkt en met name gericht moet worden op het behalen van budgettaire resultaten in de sector geneeskundige verzorging. Het doel is om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en de verzekeringsinstellingen aan te moedigen om in die zin te handelen.

Daartoe krijgt artikel 195, §1, 2°, van de gecoördineerde wet een nieuw lid dat de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen invoert ten belope van 25.000.000 EUR per jaar vanaf 2026, om in 2029 en de daaropvolgende jaren 100.000.000 EUR te bereiken. De verzekeringsinstellingen zullen worden geëvalueerd op basis van de verkregen resultaten met het oog op het beheersen van de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging. Deze responsabilisering heeft meer in het bijzonder betrekking op de besparingen die moeten worden gerealiseerd in verband met de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de in artikel 40 van de gecoördineerde wet bedoelde akkoordencommissies.

Bovendien is deze responsabilisering individueel of collectief, afhankelijk van de gekozen evaluatiethema's en/of van de soorten acties die van hen worden verwacht. Tot slot worden de bedragen waarop deze responsabilisering betrekking heeft, niet uitgekeerd aan de verzekeringsinstellingen, maar worden gereserveerd op een rekening van het Instituut en worden, in voorkomend geval, aan de verzekeringsinstellingen toegekend na een evaluatie van de door hen behaalde resultaten.

De Koning is bevoegd om, bij koninklijk besluit, de evaluatiecriteria, de periodiciteit en de voorwaarden waaronder het gereserveerd deel van de administratiekosten al dan niet aan de verzekeringsinstellingen wordt toegekend, vast te stellen. Met betrekking tot de keuze van thema's en acties die zullen worden geëvalueerd om de beheersing van de

uitgaven van de verzekering geneeskundige verzorging te begroten, zullen de verzekeringsinstellingen ook de mogelijkheid hebben om evaluatiethema's voor te stellen.

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat deze nieuwe vorm van responsabilisering geen verband houdt met het systeem voorzien in artikel 195, § 1, 2°, lid 8, van de gecoördineerde wet, uitgevoerd bij het koninklijk besluit van 13 september 2023.

HOOFDSTUK 1 - WIJZIGINGEN VAN DE PROGRAMMAWET (I) VAN 24 DECEMBER 2002

Versie 1

Art. X+59.

In artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 21 december 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het vierde lid wordt aangevuld met de bepaling onder 4°, luidende:

"4° op verzoek van de verzekeringsinstellingen, die optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken in de zin van artikel 26 van de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG, met als doel het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners."

2° tussen het vierde en het vijfde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

"In het kader van de in het eerste en vierde lid bedoelde bevoegdheden kan het Intermutualistisch Agentschap de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens analyseren om zorgverleners te identificeren met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het Intermutualistisch Agentschap deelt de resultaten van deze analyses, met inbegrip van de identiteit van de betrokken zorgverleners, mee aan de verzekeringsinstellingen en aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, die gezamenlijk optreden en deze resultaten kunnen gebruiken in het kader van hun respectievelijke controlebevoegdheden."

Versie 2

Toevoeging

3° in het vroegere vijfde lid, dat het zesde lid wordt, in het vroegere tiende lid, dat het elfde lid wordt, en in het vroegere elfde lid, dat het twaalfde lid wordt, worden de woorden "de Commissie tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer" vervangen door de woorden "de **Gegevensbeschermingsautoriteit**";

4° in het vroegere achtste lid, dat het negende lid wordt, worden de woorden "het vijfde lid" vervangen door de woorden "het zesde lid";

5° in het vroegere twaalfde lid, dat het dertiende lid wordt, worden de bepalingen onder 2° en 3° vervangen als volgt:

"2° Mits een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité opgericht bij de wet van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG, **kunnen de in de permanente representatieve steekproef vervatte persoonsgegevens, op permanente wijze in verband worden gebracht met andere persoonsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken binnen het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdrachten.**

3° Binnen het kader van een eenmalige en tijdelijke studie, waarvan de finaliteit kadert binnen de wettelijke opdrachten van de instellingen die toegang hebben tot de permanente representatieve steekproef, kan het voormelde informatieveiligheidscomité **een beraadslaging verlenen om de in de permanente representatieve steekproef vervatte gegevens in verband te brengen met andere persoonsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen niet beschikken.**"

Art. X+60.

Artikel 279 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 27 december 2005 en 1 maart 2007, wordt vervangen als volgt: "Art. 279. Elke overdracht van persoonsgegevens vanuit het Intermutualistisch Agentschap vereist een beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité.

Er is evenwel geen beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité vereist voor de in artikel 278, zesde lid, omschreven terbeschikkingstelling van de gecodeerde permanente representatieve steekproef."

Art. X+61.

In artikel 285, tweede lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 1 maart 2007, worden de woorden "principiële machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door de woorden

"beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité".

Art. X+62.

In artikel 296, tweede lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 1 maart 2007, worden de woorden "principiële machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door de woorden "beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité".

Versie 3

Idem aan versie 2

MEMORIE VAN TOELICHTING INZAKE FRAUDE ONDERZOEK DOOR HET INTERMUTUALISTISCH AGENTSCHAP

Art. X+59

Om fraudeonderzoek op intermutualistische wijze wetgevend te verankeren wordt het huidig artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 aangepast zodat de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid krijgen om aan de hand van de analyse van de verzamelde cijfers van het Intermutualistisch Agentschap acties te ondernemen bij fraude, overconsumptie, ondoelmatige zorg, enz.

Om fraude intermutualistisch aan te pakken is het efficiënter om alle data van de verzekeringsinstellingen samen te analyseren. Dit is een opdracht die door het Intermutualistisch Agentschap zou kunnen worden uitgevoerd. Zo bepaalt artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 reeds (in het eerste lid) dat het Intermutualistisch Agentschap als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken. Dat artikel 278 wordt nu dus verder aangevuld met het oog op de finaliteit ter zake. De wettelijke verankering van deze bevoegdheid vermijdt daarenboven ook dat deze bevoegdheid in vraag zou worden gesteld in het kader van juridische procedures ingesteld door geviseerde zorgverleners. Tenslotte bevat dit artikel ook nog enkele vormelijke wijzigingen (nieuwe benamingen van de desbetreffende instanties en een aanpassing van een verwijzing ten gevolge van het invoegen van een nieuw lid).

Art. X+60

Dit artikel voorziet eveneens in vormelijke wijzigingen in het artikel 279 van de programmawet.

Art. X+61

Dit artikel voorziet eveneens in vormelijke wijzigingen in het artikel 285 van de programmawet.

Art. X+62

Dit artikel voorziet eveneens in vormelijke wijzigingen in het artikel 296 van de programmawet.

SAMENVATTING IN TABELVORM

Thema	Versie 1	Versie 2	Versie 3	invloed artsenacties en politieke druk
	3 juni 2025	2 juli 2025	21 juli 2025	
Begrotingsproces	uitholling CVG,ARGV	uitholling CVG,ARGV	strenger, meer macht voor Minister	
Partiële deconventie	afwezig	aanwezig	afgezwakt	x
opzegclausules in akkoord	onmogelijk	3/4 +3/4	normale procedure	x
herinvestering appropriate care	mogelijk	onmogelijk	onmogelijk	omgekeerd
indexatie	enkel igv akkoord	enkel igv akkoord	enkel igv akkoord	
bevoegdheid Minister	Minister	Minister	Minister, soms Ministerraad	x
geen akkoord	Minister beslist	Minister beslist	Minister legt voor aan Ministerraad	x
rol	aanwezig	aanwezig	Ministerraad	
regionale vs nationaal akkoord	enkel nationaal	enkel nationaal	enkel nationaal	
richtttarieven	aanwezig	aanwezig	aanwezig	
inkomstafhankelijke bepalingen clausules	afgeschaft	afgeschaft	afgeschaft	
kennisgeving weigering	online toepassing	online toepassing	online toepassing	
premies individuele zorgverleners	alle geschrapt	kwaliteitspremies behouden	kwaliteitspremies behouden	x
inwerkingtreding	1 januari 2028	1 juli 2027	1 juli 2027	
verplichtingen sociaal verzekeren	10 jaar	10 jaar	10 jaar	
vertegenwoordiging deelstaten	CVG + AR	idem	idem	
rol technische raden	omzeiling mogelijk	omzeiling mogelijk	omzeiling mogelijk	
ereloonsupplementen 25% - 125%	25%-125%	25%-125%	maximum' zonder cijfer	xxx

ereloon-supplementen berekeningsbasis	Koning	Koning	Ministerraad	xxx
ereloon-supplementen ingangsdatum	1 januari 2028	1 januari 2028	1/01/2028 evt uitstelbaar tot 1 januari 2029	
financiering artsensyndicaten	basisbedrag en aanvullend bedrag ifv conventie	aanvullend bedrag max 20% van totaal	variabel gedeelte max 15% van totaal (zeer onduidelijke definitie)	X?
electronische diensten zorgverleners	verplicht	verplicht	verplicht	
intrekking riziv nr	door Koning te bepalen	geschrapt	geschrapt	xxx
opschorting rizivnr als alternatief administratieve geldboete	artikel 144, § 2, 1°	idem (art 73bis 1-4)	idem (art 73bis 1-4)	
niet zetelen in riziv-organen	voorwaarden	idem	idem	
rol adviserend arts	bijna onderdeel DGEK	idem	idem	
financiële responsabilisering ziekenfondsen	controlefunctie	idem	idem	
rol IMA	identificatie en klikfunctie	idem	idem	
persoonsgegevens patiënten mogen gelinkt met persoonsgegevens waarover VI's niet beschikken	afwezig	wordt mogelijk	wordt mogelijk	

WAS SYNDICAAL ACTIVISME DE MOEITE WAARD?

Het syndicaal activisme dat uitmondde in een artsenstaking op 7 juli 2025 heeft niet op fysieke wijze de publieke ruimte ingenomen. Het heeft wel de aandacht getrokken van pers en politiek. Eigen aan syndicalisme is de verdediging van verworven rechten van de leden en het verdedigen van een maatschappelijke visie op de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Het heeft dus een functie naar de achterban, waarbij de artsenleiders te kennen geven dat ze de boodschap van de achterban begrepen hebben en bereid zijn om samen de barricades op te gaan in een poging om een aantal voornemens van Minister Vandenbroucke bij te stellen. Versie 1 van het voorontwerp van Kaderwet is de originele versie die voorgesteld werd. Versie 2 werd getoond een viertal dagen voor de geplande stakingsdag van 7 juli 2025 en versie 3 is het resultaat van de politieke besprekingen binnen de Kern die uitmondde in het zomerakkoord van 21 juli 2025 waarbij versie 3 een onderdeel van is. Ongetwijfeld draagt versie 3 sporen van politieke compromissen.

We overlopen enkele thema's en beoordelen de wijzigingen van versie 1 naar versie 3.

Een van de meest fundamentele wijzigingen in dit voorontwerp van Kaderwet is de rol van de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en de Technische Raden. Ondanks een unaniem negatief advies van het Verzekeringscomité over de besluitvormingsprocessen (oa het **begrotingsproces**), is er geen komma gewijzigd in de opeenvolgende versies. De Ministerraad bepaalt het budget en de Minister bepaalt in zeer hoge mate ook de inhoud van het te besteden budget via een opdrachtbrief die zeer gedetailleerd kan zijn en waar Algemene Raad en Verzekeringscomité eerder een protocollaire rol toebedeeld zijn. Dat werkgevers en werknemers, maar ook ziekenfondsen dit geluidloos hebben aanvaard, geeft ernstig te denken. Werkgevers en werknemers nemen het leeuwenandeel op zich van de financiering van de gezondheidszorg en zouden bekommerd moeten zijn om de inhoud. Denken dat men gezondheidszorg vorm kan geven met één opdrachtbrief zonder rekening te houden met de expertise en adviezen van het terrein is ons insziens een misvatting. De omkering van de inhoudelijke besluitvorming is wat Staatsgeneeskunde doet. Dat budgetaire randvoorwaarden door de Overheid bepaald worden was en blijft evident.

Een belangrijk aspect in de partiële begrotingsdoelstellingen was de optie om **appropriate care inspanningen** in de eigen sector te kunnen herinvesteren. Dit werd teniet gedaan in versie 2 en zo gelaten in versie 3. Dit is een ernstig verlies van autonomie voor een sector. De **deelstaten** krijgen een vaste afvaardiging met raadgevende stem in de Algemene Raad en in het Verzekeringscomité. Ook dat is ongewijzigd gebleven tussen versie 1 en versie 3. De afkalving van de rol van **Technische Raden** is een ernstig verlies van expertise. Zij kunnen vlot omzeild worden bij besluitvorming door hogere organen. Dat geldt ook voor akkoordencommissies.

Een zeer opvallend hoofdstuk is de rol van de ziekenfondsen. Ook hierin is er niets gewijzigd tussen versie 1 en versie 3. Integendeel, vanaf versie 2 zijn er uitgebreide bepalingen bijgekomen. De rol van de ziekenfondsen wordt vooral gezien vanuit het **handhavingsbeleid**. De **adviserend artsen** kantelen quasi volledig in als onderdeel van de DGEC. Ze kunnen opdrachten krijgen van de Leidend ambtenaar van de DGEC en rapporteren ook aan de DGEC. Het nationaal college van adviserend artsen gaat steeds meer de kant op van controle. Het **IMA** wijzigt haar rol van kenniscentrum naar een rol van opsporingsbevoegdheid van zorgverleners met een vermoeden van overtreding. Welke normen en richtlijnen

daarvoor gehanteerd worden is onduidelijk. De verzekeringsinstellingen krijgen hierbij ongeken- de opsporingsmogelijkheden. Naast alle bestaande patiëntengegevens krijgen zij nu ook **toegang tot patiëntengegevens** waar zij tot op heden géén toegang toe hadden (Art. X+59). Dit wordt vlot gecatalo- geerd onder 'fraude'-onderzoek omdat dit vlot aanvaard wordt. Zij worden daartoe aangemoedigd door financiële penaliserings als zij er onvoldoende in slagen om de budgetaire uitgaven te beheersen. Dit alles wordt gebracht onder de noemer '**responsabilisering**' van de ziekenfondsen waarbij de Minister zelf bepaalt welke evaluatiecriteria zullen gehandhaafd worden.

Eveneens binnen het handhavingsbeleid geldt de **opschorting van het RIZIV-nummer** gedurende 1 maand tot maximaal 2 jaar als alternatief voor een administratieve geldboete: hierin is er inhoudelijk niets gewijzigd na versie 1, ondanks alle inspanningen daartoe. Wat wel werd ingetrokken is de quasi ongelij- miteerde bevoegdheid van de Koning om een riziv-nummer in te trekken. Patiënten zelf dienen attesten die dienen om bv. hun statuut van verhoogde tegemoetkoming te onderbouwen, 10 jaar bij te houden. Ook dat is ongewijzigd gebleven tussen versie 1 en versie 3. Wat de akkoorden tussen zorgverleners-zie- kenfondsen betreft wordt uniformiteit gebracht voor alle soorten conventies en akkoorden evenals een verregaande digitalisatie. Akkoorden kunnen énkél nog **nationaal** afgesloten worden. Dat alles is onge- wijzigd gebleven tussen versie 1 en versie 3.

De Minister bedient zich van een grote stok achter de deur als er géén akkoord wordt gesloten: hij kan de **index** inhouden én kan **terugbetalingstarieven opleggen**. In dat laatste geval mét toekenning van de index. Dit geeft de ziekenfondsen een ongekennd voordeel tijdens onderhandelingen tot een akkoord. Het bestaan van twee partijen die op gelijke voet onderhandelen, houdt op te bestaan. Dat alles is ongewij- zigd gebleven tussen versie 1 en versie 3.

De **persoonlijke financiële penaliserings** van een zorgverlener die deconventioneert treft vooral huisart- sen. Dit betrof initieel àlle premies, maar dit is vanaf versie 2 beperkt geworden tot de praktijkpremie; kwaliteitspremie werden eruit gehouden. De **financiële penaliserings van de artsensyndicaten** is in de 3 versies gebleven al blijft zelfs in de 3^e versie de bepaling zeer onduidelijk gedefinieerd en voor vele inter- pretaties vatbaar. De verwijzing naar de akkoordencommissies voor een nadere uitwerking biedt mis- schien mogelijkheden maar kon perfect vermeden worden door 15% van het aanvullende bedrag varia- bel te maken in functie van de conventiegraad. Dit is dus een bewuste strategie geweest met name om het zeer expliciete voordeel voor AADM (DM Domus Medica) in versie 2 wat te verbloemen, maar zeker niet te verhinderen, wel integendeel.

Om uit een akkoord te stappen werden in versie 1 enkele wettelijke bepalingen toegestaan. Dit is in versie 2 afgezwakt door akkoordencommissies ook zelf **opzegclausules** te laten opnemen. In versie 2 vergde dit een onmogelijke $\frac{3}{4}$ meerderheid zowel op de bank van artsen als van ziekenfondsen. In versie 3 werd deze uitzonderlijke meerderheid vervangen door het normale besluitvormingsproces.

De kennisgeving tot **opzeg van een akkoord voor individuele zorgverleners** kan voor artsen en tand- artsen énkél nog via de online toepassing hoewel gevraagd was om voor oudere zorgverleners de optie van een aangetekend schrijven te handhaven. Dit is enkel voor andere zorgverleners als artsen en tand- artsen toegestaan. Ook dat is ongewijzigd gebleven tussen versie 1 en versie 3.

De **partiële deconventie** was afwezig in versie 1 en verscheen opnieuw in versie 2 maar zeer beperkt tot 2 dagen per week à 60% volume verstrekkingen aan conventietarief. Dit werd gewijzigd in versie 3 door ongedefinieerd te laten hoe de partiële deconventie eruit moet zien qua tijdsinvulling en modaliteiten. De invulling ervan werd verwezen naar de akkoordencommissies zelf.

De mogelijkheid van **richtttarieven** (maximumtarieven genoemd in de tandheelkunde) te hanteren werd geïntroduceerd in versie 1 en behouden tot en met versie 3. Deze richtttarieven worden niet aanzien als ereloon-supplementen en belasten geenszins het budget van het RIZIV.

De **beperking van de ereloonsupplementen tot 25% voor de ambulante activiteit en tot 125% voor gehospitaliseerde activiteit** bleef ongewijzigd gehandhaafd in versie 1 en versie 2. Slechts in versie 3 werd bepaald dat er maximumtarieven zouden ingesteld worden in samenhang met de nomenclatuurhervorming en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Wat niet gewijzigd is in de drie versies is de ingangsdatum van de beperking: 1 januari 2028 tenzij een éénmalige verlenging tot 1 januari 2029 door de Ministerraad. Ook ongewijzigd gebleven is dat de Minister kan bepalen op welk gedeelte van het honorarium de toekomstige ereloonsupplementen mogen berekend worden: de Minister bepaalt de berekeningsbasis. Ook dat is ongewijzigd gebleven tussen versie 1 en versie 3.

Besluit: het goede nieuws is dat dank zij de inspanningen van syndicaten en politieke mandatarissen een catastrofe vermeden is, maar het slechte nieuws is dat het verre van zeker is dan een catastrofe alsnog de uitkomst met dezelfde chauffeur aan het stuur.

HET VOORONTWERP VAN KADERWET VERSUS HET REGEERAKKOORD

Er zijn twee mogelijkheden over het verschil van interpretatie tussen voorontwerp van Kaderwet en het Regeerakkoord. In de versie van de Minister zoals medegedeeld tijdens de vergadering op het Kabinet op 11 juli 2025 is de Minister de enige die een juiste 'tekstexegese' kan geven over dat hoofdstuk van het Regeerakkoord omdat dat gedeelte van zijn hand komt. In de versie van de zorgverleners is die terloopse gedachte tot een wens uitgegroeid, die de Minister vervolgens realiteitsgehalte heeft gegeven naarmate hij zekerder werd dat hij de Kaderwet politiek erdoor kon drukken. Een regeerakkoord dient ons insziens door alle partijen die dit onderschreven hebben dermate leesbaar te zijn dat alle partijen hier hetzelfde onder verstaan.

Het voorontwerp van Kaderwet staat ons insziens vol van bepalingen die niet opgenomen zijn in het Regeerakkoord:

- Het opdoeken van de **partiële deconventie** stond niet in het regeerakkoord
- Het **opschorten van het RIZIV-nummer als alternatief voor een administratieve geldboete** stond niet in het regeerakkoord. Wat staat er wél: *"Fraude in de zorg moet absoluut vermeden worden. We evalueren de werking van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV en zetten in op de samenwerking met de parketten en andere (inspectie)diensten zoals bv. de Federale Toezichtscommissie. We streven naar een transparante en kwalitatieve controle door de DGEC. Een multidisciplinaire aanpak in samenspraak met patiënten, zorgverstrekkers, de mutualiteiten en het RIZIV kan zorgen voor objectieve controles. We streven, na grondige evaluatie van de procedures naar een objectief, transparant en kwalitatief controlesysteem dat alle betrokken partijen betreft om de verstrekkers te identificeren die een afwijkend patroon vertonen in vergelijking met hun collega's of niet-conform de aanbevelingen rond goede praktijkvoering werken."* De huidige bepaling inzake het riziv-nummer gaat véél verder dan "fraude". Het principe "Bonis nocet qui malis parcit" ((Wie de slechteriken spaart, benadeelt de goeden (Seneca)) en Unum castigabis, centum emendabis (Door er één te straffen, kan men er honderd tot beter inzicht brengen) kunnen misschien een leidraad zijn in een opvoedingskamp of in een Russische Goelag, maar hebben géén plaats in het gezondheidszorgbeleid. Letterlijk werd gesteld op 11 juli 2025 dat de huidige bepalingen in het voorontwerp van Kaderwet voor 2025 36 personen treft, terwijl slechts 4/36 als 'echte fraudeurs' gebrandmerkt kunnen worden. Deze collaterale schade had kunnen vermeden worden door art.73 bis te beperken tot de eerste drie alinea's (1°,2°,3°) en door de 4° alinea weg te laten: "4° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73". De termen overbodig of onnodig duur kunnen zeer ruim geïnterpreteerd worden. Veel betere ware het termen als "recidief" opgenomen te hebben.
- Hopelijk wordt dit nog gecorrigeerd door het Parlement om meer rechtszekerheid te bieden.
- De uitbreiding van de **rol van het IMA tot identificatie en aangeven van zorgverstrekkers** die een 'afwijkend patroon' vertonen maakt van ziekefondsen handhavingsorganen die progressief inkantelen in de DGEC. Voor de **adviserend artsen** is dit heel duidelijk: ze kunnen aangestuurd worden door de Leidend Ambtenaar van de DGEC en rapporteren aan de DGEC. Dit is zeker niet zoals de tekst van het regeerakkoord gelezen kan worden. De versterking van bestaande

organen zoals de Orde der Artsen en de Federale Toezichtsc commissie is helemaal uit het voorontwerp van Kaderwet gehouden. Het is duidelijk de gehele 'detectieketen' en 'strafbepaling' en 'straftoekenning' binnen de RIZIV-organen te kaderen.

- De bevoegdheid van de 'Koning' kende een sterke uitbreiding in het voorontwerp van Kaderwet. Ook die machtsuitbreiding voor de Minister stond niet in het regeerakkoord. Het regeerakkoord houdt voor om bij het ontbreken van een akkoord te voorzien in tariefzekerheid. "Ook worden de nodige aanpassingen in de RIZIV-wet aangebracht om een haalbare procedure te kunnen volgen, die tariefonzekerheid vermijdt wanneer er geen akkoorden bereikt kunnen worden in de akkoorden- en conventiecommissies. Indien men niet tijdig tot overeenkomsten komt, zal de regering zelf initiatief nemen." De Minister trekt het laken naar zich toe: "de Koning". Slechts 5x kwam de Ministerraad voor in versie 1. Dit is in versie 3 verder uitgebouwd tot 18x zodat de Minister niet geheel alléén - zonder **overleg in de Ministerraad**- beslissingen neemt. Geruststellend is het wel niet gezien de sterke asymmetrie in kennis van technisch complexe dossiers, maar het verhoogt het democratisch gehalte van het besluitvormingsproces.
- Een maximumplafond van **25% ereloonsupplementen op ambulante verstrekkingen** stond niet in het Regeerakkoord. Wel, aldus de Minister, stond er om in "alle sectoren" de ereloonsupplementen te beperken. Welnu, een plafonnering tot 25% is voor vele niet-kostendekkende tarieven een regelrechte doodsteek. De Minister geeft daarmee aan dat voor hem alle ambulante activiteit buiten de ziekenhuissector "villageneeskunde" is. Of een verstrekking verlieslatend is of niet laat hij buiten beschouwing met de eenvoudige redenering dat er vele geconventioneerde verstrekkers zijn die er geen probleem in zien. Daarmee gaat hij volledig voorbij aan de sterke verscheidenheid van deconventie tussen medische disciplines en aan de verscheidenheid van praktijken binnen eenzelfde discipline. Aan een wijziging van artikel 35§4 zoals door artsen gevraagd, gaat de Minister niet in. Aan het uitvoeren van bepaling 4.1.1.4. die net bedoeld is om een studie uit te voeren van de kostendekkendheid van vele medische verstrekkingen, is hij niet ingegaan, hoewel het een van de sleutelementen was van het medico-mut akkoord 2024-2025.
- Een maximumplafond van **125% ereloonsupplementen voor gehospitaliseerde patiënten** is volgens de Minister meer als het 'landsgemiddelde' van "106%", een cijfer dat hij meermaals in de media poneert. Hij gaat hierbij volstrekt voorbij aan het feit dat ereloonsupplementen flink verschillen tussen Vlaanderen - Brussel - Wallonië. De financiële situatie van ziekenhuizen in Wallonië en Brussel is aanzienlijk verschillend van deze in Vlaanderen. Zowel voor de ambulante als voor de gehospitaliseerde sector voorzag het Regeerakkoord géén richtcijfer, laat staan een differentiatie tussen 25% en 125%. Bovendien bleek de Minister pas na de 2e Versie van voorontwerp zich de vraag te stellen tot wat de ereloonsupplementen moeten dienen. Hij verzocht om uitleg aan de ziekenhuiskoepels om te weten te komen tot wat de ereloonsupplementen dienen in de ziekenhuissector. Dat de 690 miljoen euro jaarlijkse ereloonsupplementen in de ziekenhuissector voor gemiddeld 41-45% dienen voor innovatie, bouwprojecten, financieringsaanwending bleek hij voorheen niet te vermoeden? Een uitvoering van het voorontwerp van Kaderwet zou voor de hospitalisatieverzekeringen, die 80% van alle ereloonsupplementen in de ziekenhuissector dekken, een ongelooflijke bonus betekenen van ruim 300 miljoen euro jaarlijks. Zou het kunnen dat een Minister daar allemaal niet van op de hoogte is? Ook zijn adviseurs niet?
- Meer als alles, sprong in het oog dat de Minister nog voor de nomenclatuurnieuwvorming en nog voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering het sluitstuk van de financiering van de ziekenhuissector wilde geregeld en gebetonneerd hebben. Dit is een omkering van de volgorde die volstrekt onlogisch is voor zowel artsen als ziekenhuizen. Artsen willen éérs het resultaat kennen van de nomenclatuurnieuwvorming. Ziekenhuizen willen éérs het resultaat kennen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Pas daarna kan het effect bekeken worden op hospitalisatieverzekeringen en privé-verzekeringen. De **omkering van de volgorde** staat niet in het Regeerakkoord.

HET VOORONTWERP VAN KADERWET IN BREDER PERSPECTIEF

De Minister kon in de vorige legislatuur géén gezondheidswinst voorleggen voor de burgers. De Covid-pandemie heeft laten zien tot spijt van wie het benijdt dat vooral de zorgverleners in de ziekenhuizen met gevaar voor de eigen gezondheid en zonder om te kijken naar eigenbelang, zich dag en nacht hebben ingezet voor de bevolking. Het applaus dat de zorgverleners hiervoor gekregen hebben vanuit de ramen is intussen al lang verstomd en het voorontwerp van Kaderwet moet er vooral toe dienen dat artsen en tandartsen in een slecht daglicht komen te staan en dat ze verbannen worden naar de catacomben van de beleidsorganen. De zorgverleners vormen immers slechts het microniveau in het zo geroemde Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg.

Wat kon opgetekend worden tijdens de vorige legislatuur:

- Een gestage toename van het aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming
- Een toenemend aantal chronisch zieken
- Een toenemend aantal langdurig werklozen
- Een sterke toename van de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen
- Een toename van wachtlijsten
- Een verontrustend exploitatieresultaat van de ziekenhuizen
- Een nijpend tekort aan verpleegkundigen in de ziekenhuissector
- Een toename van mentale problemen zowel bij de bevolking als bij zorgverleners, in het bijzonder echter bij jeugdigen en adolescenten.

Het voorontwerp van kaderwet verandert hier ten gronde niets aan. De kaderwet heeft vooral tot doel de gezondheidszorg organisatie te hervormen en de besluitvorming in hand te nemen. Het blijkt echter dat met de opdrachtbrief van de Minister veel méér dan énkél de organisatie geregeld wordt. De opdrachtbrief regelt ook budgettair én inhoudelijk de mogelijkheden binnen de partiële begrotingsdoelstellingen.

De organisatie van de gezondheidszorg moet men zich voorstellen als een boom. De wortels zijn de financiers van het systeem. De stam zijn de gemeenschappelijke besluitvormingsorganen, voor de eenvoud alhier beperkt tot de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. De grote takken zijn de verschillende sectoren met hun akkoordcommissies (of conventie-commissies) en hun respectievelijke technische raden. Het gaat om artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, psychologen, ziekenhuizen via de ziekenhuiskoepels, orthopedisch technologen, logopedisten, dietisten, ergotherapeuten, podologen, audiciens, leveranciers van medische hulpmiddelen en invasieve medische implantaten. De fijne takken zijn de individuele zorgverleners en de groene bladeren moeten de zorg voor de patiënt uitbeelden. Géén enkele bank aan de kant van de zorgverstrekkers heeft een blokkerende meerderheid. De ziekenfondsen reageren meestal unaniem

omdat zij vertegenwoordigd zijn (op paritaire wijze) in alle commissies waar akkoorden of conventies gesloten worden.

ORGANISATIE GEZONDHEIDSZORG

PATIENT

INDIVIDUELE ARTS

SECTOREN

GEMEENSCHAPPELIJK DEEL

FINANCIERS



RIZIV

Het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) is een zeer degelijk en hard werkend overheidsorgaan met professionele ambtenaren, tweetalig; Het RIZIV heeft een goede website. De structuur van het RIZIV is terug te vinden op de website (<https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structuur-van-onze-diensten>). In de Kaderwet komen vooral 3 organen aan bod: de Algemene Raad, het Verzekeringscomité en verderop in het proces de DGEC.

ALGEMENE RAAD

De financiers van de gezondheidszorg zijn terug te vinden in de Algemene Raad. Werkgevers en werknemers dragen ongeveer 65% van het gezondheidszorgbudget vanuit de sociale lasten. In de Algemene Raad vinden we 5 regeringscommissarissen met stemrecht, die bovendien een unaniem standpunt moeten innemen vooraleer een besluit van de Algemene Raad rechtsgeldig is. Daarnaast zijn er 5 afgevaardigden met stemrecht van de werknemers en zelfstandigen, 5 stemgerechtigden vanuit de werkgevers en 5 stemgerechtigden vanuit de ziekenfondsen. Ook het RIZIV is ruim vertegenwoordigd en er zijn ook artsen en de farmasector lid van de Algemene Raad, maar zonder stemrecht. De Algemene Raad was tot op heden bevoegd voor het budgettair kader te bepalen. Ook het inhoudelijk voorstel vanuit het Verzekeringscomité, weliswaar binnen het budgetair kader en vaak aangepast door de Minister wat de invulling van de groeinorm betreft, werd bekrachtigd door de Algemene Raad. In de toekomst blijft de Algemene Raad de bevoegdheid houden om het 'finale voorstel' goed te keuren, maar inhoudelijk is alles al quasi tot in alle details geregeld door de Minister die dit aan de Algemene Raad bekend maakt via een Opdrachtbrief.

VERZEKERINGSCOMITÉ

Tot op heden was het de taak van het Verzekeringscomité om vanuit de inhoudelijke voorstellen van de verschillende sectoren een inhoudelijk beleid voor te stellen aan de Algemene Raad en dit binnen het budgetair kader voorgesteld door de Minister en de Ministerraad. Dit proces wordt nu omgekeerd. De opdrachtbrief naar de Algemene Raad vormt thans het beleidsdocument dat door het Verzekeringscomité moet uitgevoerd worden. In het Verzekeringscomité hebben de Verzekeringsinstellingen 20 stemmen en hebben de verschillende banken van de zorgverleners samen 20 stemmen. Leden van de Algemene Raad en Regeringscommissarissen hebben een adviserende stem.

TRUNCUS COMMUNIS

De Algemene Raad en het Verzekeringscomité beschouwen we als de Truncus Communis van de ziekteverzekering. Dit doet enigszins onrecht aan de verschillende andere belangrijke diensten van het RIZIV die de backbone vormen van de organisatie van de ziekteverzekering. In het belang van de eenvoud wordt voor verder detail verwezen naar de RIZIV-website die zeer toegankelijk en zeer informatief is (www.riziv.fgov.be).

OMKERING VAN DE RICHTING VAN DE BESLUITVORMING

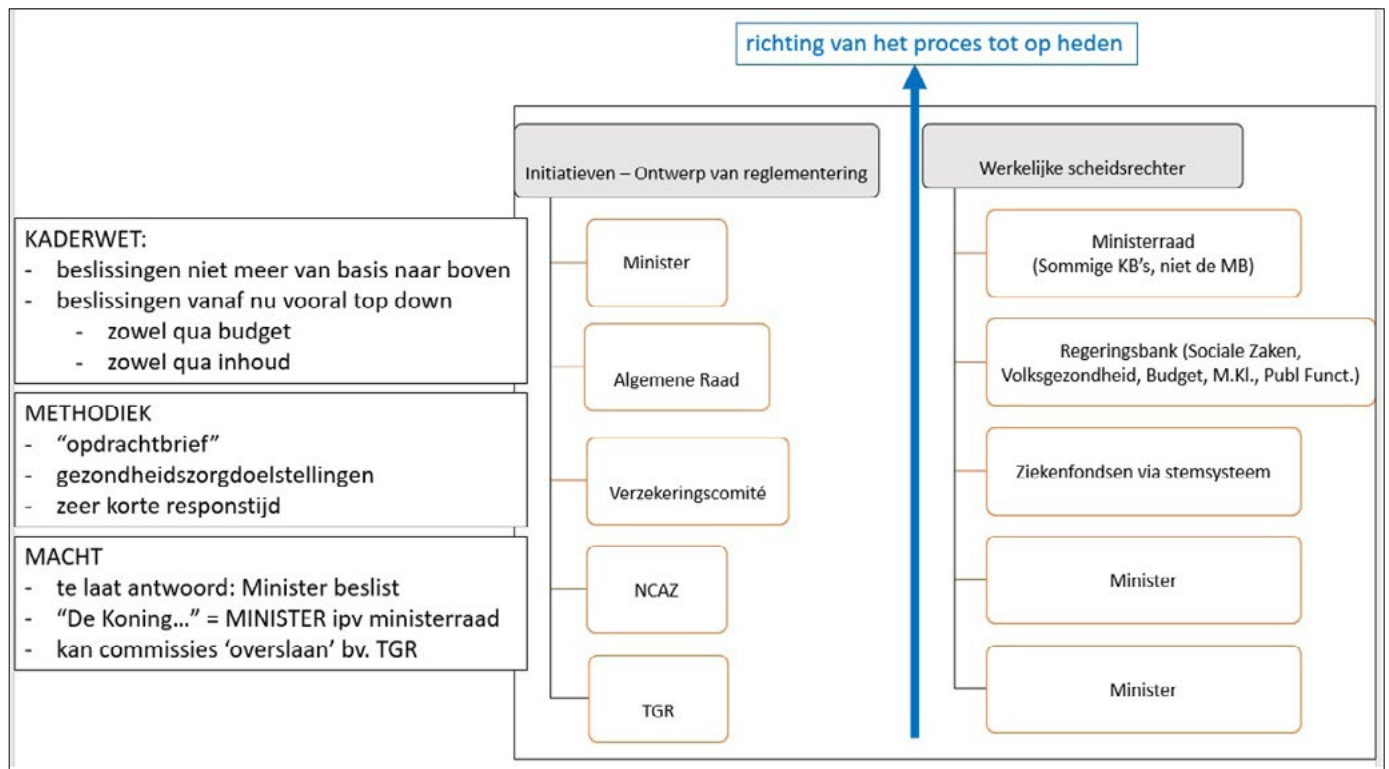
Het voorstel van Kaderwet werkt in detail uit hoe beslissingen qua budget en inhoud thans top-down zullen verlopen. Het gaat via verschillende methodieken: technische ramingen worden eerst besproken in de Ministerraad alvorens de Algemene Raad en het Verzekeringscomité te bereiken. De Minister schrijft een opdrachtbrief naar de Algemene Raad en kan zich baseren op de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, maar hoeft de werkzaamheden van deze commissie helemaal niet af te wachten om in details op eigen wijze de inhoudelijke details te regelen. Algemene Raad en Verzekeringscomité krijgen nog wel inspraak, maar dat moet in recordtempo afgeleverd worden. Zo werd op 30.06.2025 slechts 60 minuten voorzien voor het Verzekeringscomité om een advies te formuleren over een te realiseren besparing van 618,5 miljoen euro, waarna de Algemene Raad vergaderde over hetzelfde thema. Bovendien kan de Minister, maar kan ook het Verzekeringscomité de inbreng van verschillende akkoordcommissies en Technische Raden gewoon overslaan mocht zij dit willen. In Versie 1 van voorontwerp van Kaderwet trok de Minister bovendien quasi alle macht naar zich toe. Dit werd bijgesteld naar Versie 3 na de artsenstaking zodat de Ministerraad in de teksten in ere en in volle bevoegdheid werd hersteld. Nog dit: mocht in de chronologie der termijnen een commissie of raad te laat antwoord geven aan de Minister, dan beslist de Minister zelf.

Het is duidelijk dat het voorontwerp van Kaderwet een nieuwe invulling geeft van het "overlegmodel": waar vroeger overeenkomsten werden gesloten tussen partners (contract, pact, akkoord) evolueert men naar adviesinwinning of consultatie van zorgverstrekkers waarna het Kabinet en de Minister hun beslissingen nemen. De Algemene Raad en het Verzekeringscomité worden weliswaar niet afgeschaft om de schijn van democratische inbreng hoog te houden, maar het worden vooral protocollaire organen, belast met de uitvoering van het beleid, niet meer belast met het vorm geven van het inhoudelijke beleid, zeker wat de medische curatieve zorgsector betreft. Uit de dia's van 3 juni 2025 onthouden we dat een AOC of minister rechtstreeks voorstellen kunnen doen zonder voorafgaand de Technische Raad te moeten verzoeken een voorstel neer te leggen. Technische Raden behouden wel adviesbevoegdheid. Wijzigingen die het Verzekeringscomité doorvoert aan een voorstel, moeten niet meer terug in het proces. Dit alles wordt voorgesteld als een vereenvoudiging niet als een uitholling van het overlegmodel.

Onder het mom van uniformisering ontstaat er een degradatie van de akkoordencommissie van artsen en tandartsen die een aantal eigenheden kwijt geraken en valt het minder op dat er tal van commissies bijgecreëerd worden. Zo heeft men in de vorige legislatuur werk gemaakt van een nieuwe commissie "medische huizen" hoewel medische huizen niet anders zijn als een samenvoeging van huisartsen en/of verpleegkundigen en/of kinesisten. Binnenkort zien we akkoordencommissies ontstaan voor geïntegreerde zorg. De balkanisatie van de besluitvorming en de dilutie van de vertegenwoordiging aan de kant van de zorgverstrekkers in het Verzekeringscomité draagt ertoe bij dat ziekenfondsen en overheid veel makkelijker en zonder enig probleem alle beslissingen erdoor kunnen duwen die zij wensen. Het is immers véél moeilijker alle zorgverleners op een rij te krijgen als de 5 landsbonden. Aan de kant van de zorgverleners zien we intussen volgende beroepen vertegenwoordigd, zij het niet allemaal met een eigen commissie: artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, klinisch psychologen, ziekenhuizen via de ziekenhuiskoepels, medische huizen, orthopedisch technologen, logopedisten, dietisten, ergotherapeuten, podologen, audiciens, leveranciers van medische hulpmiddelen en invasieve medische implantaten.

Intermezzo: Het zal niet lang duren of deze lijst kan aangevuld worden met andere gezondheidsberoepen al-dan-niet paramedisch: osteopathen, sexuologen, zorgconsulenten, case-managers, straathoekwerkers, ambulanciers, niet-dringende medische transporten van patiënten, transporten van radioistopen en farmaca, medische pedicure, medische manicure, lichaamsverzorging, chiropractors, massage-specialisten, optometristen, orthoptisten, bewegingstherapeuten, huidverzorging, medische tatouages, medisch laboratorium technologen, audiologen, klinisch orthopedagogen, farmaceutisch-technische assistenten, zorgkundigen, praktijkassistenten, mondhygiëniste, technologen medische beeldvorming, stralingsfysici, anaplastologen (makers van epithezen), sekswerkers voor gehandicapten, en vele andere leveranciers van gezondheidsgerelateerde producten of diensten. Naast vroedvrouwen zouden binnenkort ook doula's kunnen opgenomen worden in het rijtje. Maar tal van andere expertises en vermeende expertises kunnen zich profileren: maquillage, schoonheidsspecialisten, massagesalons, geurdeskundigen, spirituele gidsen, paragnosten, tarot kaartleggers, sjamanen, geestenjagers, acupuncturisten, homeopathen, persoonlijke sportcoaches, fitness-coaches, tatouage-experten, verkopers van babyvoeding, huidverzorgingsproducten, cosmetica, huidverjongingsproducten, voedingssupplementen en andere. De vragen naar terugbetalingsmodaliteiten vanuit de ziekteverzekering zijn onuitputtelijk. (De grens waar het ziekteverzekeringspakket overgaat van vergoedbare zorg naar niet-vergoedbare zorg is evenmin blijvend afgebakend gezien de snelle evolutie van allerlei contactmiddelen met het menselijk integumentum; zo worden cosmetica volgens de Verordening (EG) nr. 1223/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 30 november 2009 als volgt gedefinieerd: "alle stoffen of mengsels die bestemd zijn om in aanraking te worden gebracht met de delen van het menselijke lichaamsoppervlak (opperhuid, beharing, haar, nagels, lippen en uitwendige geslachtsorganen) of met de tanden en kiezen en de mondslijmvliezen, met het uitsluitende of hoofdzakelijke oogmerk deze te reinigen, te parfumeren, het uiterlijk ervan te wijzigen en/of voornoemde lichaamsdelen te beschermen of in goede staat te houden of lichaamsgeuren te corrigeren". Is een haarpruik een terugbetaalbaar element?))

Echte procedures en criteria zijn er niet voor het oprichten van commissies. Een voorstel van het Kabinet kan in de toekomst rechtstreeks in het Verzekeringscomité landen, daar goedgekeurd worden en nadien in realiteit omgezet door de RIZIV-instellingen. Een voorbeeld daarvan zijn de medische huizen: ze hebben hun eigen commissie gekregen.



SECTOREN OF AKKOORDENCOMMISSIES

Het voorstel van kaderwet voorziet een uniformisatie tussen akkoordencommissies en conventiecommissies. In deze commissies worden akkoorden gesloten of conventies. Artsen en tandartsen sluiten akkoorden, alle andere zorgverleners sluiten conventies af. Het verschil zit oa. in de terugbetaling van de zorgprestatie voor de patiënt in functie van het conventiestatuut van de zorgverstrekker. Of een arts geconventioneerd is of niet maakt niet uit voor het terugbetalingstarief voor een medische prestatie. Hetzelfde geldt voor tandarts. Maar voor een kinesitherapeut speelt dit wel. Bij een geconventioneerde kinesitherapeut is de terugbetaling hoger dan bij een niet-geconventioneerde kinesitherapeut. De patiënt verliest 25% aan terugbetalingstarief indien hij/zij ervoor kiest om bij een niet-geconventioneerde kinesitherapeut in behandeling te gaan. Het voorstel van Kaderwet voorziet dat "conventie"-commissies afgeschaft worden en enkel akkoordencommissies overblijven. Dit heeft een structurele kost voor het RIZIV, maar verantwoord o.i.

Akkoordencommissies zijn paritair samengesteld: evenveel stemgerechtigden aan de kant van de zorgverstrekkers als aan de kant van de ziekenfondsen. De voorzitter is niet stemgerechtigd en is meestal een RIZIV-ambtenaar.

Het doel van akkoordencommissies is om akkoorden over terugbetalingstarieven af te sluiten tussen zorgverleners en de ziekenfondsen die zich in deze opstellen als de verdedigers van hun leden. Dit gaat effectief over bijna 97% van de Belgische bevolking. Patiënten zijn trouw aan hun ziekenfonds en veranderen zeer weinig van ziekenfonds. Ziekenfondsen hebben hun kenmerken en specificiteiten. Zo zijn VI 100 en VI 400 zeer sterk vertegenwoordigd in Vlaanderen, terwijl VI 200 sterk vertegenwoordigd is in de provincie Luik, VI 500 is sterk vertegenwoordigd in het Waalse gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, VI 600 is sterk vertegenwoordigd in Brussel. VI 300 staat gekend voor een zeer groot aandeel patiënten met een verhoogde tegemoetkoming onder hun leden: meer als 41% van alle patiënten met het statuut verhoogde tegemoetkoming zijn aangesloten bij dit ziekenfonds.

		ledenaantallen			
VI	Benaming – cijfers per 31.12.2023	2020	2021	2022	2023
100	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	4.593.032	4.600.893	4.617.219	4.598.127
200	Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	564.803	573.696	588.437	600.215
300	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	3.239.909	3.252.667	3.282.955	3.309.773
400	Landsbond van Liberale Mutualiteiten	540.599	539.577	540.994	540.234
500	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	2.207.814	2.232.397	2.259.946	2.287.766
600	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	113.720	118.857	136.056	139.800
900	Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail	100.962	99.548	98.542	97.704

De ledenaantallen bepalen ook het aantal stemgerechtigde afgevaardigden in de nationale commissie artsen-ziekenfondsen (NCAZ) en bepalen ook de financiering van de ziekenfondsen. Immers naast een bijdrage per lid betaald door de aangeslotene krijgen de landsbonden ook een administratieve toelage van de overheid. Zo ontvingen de landsbonden in 2023 samen €1.194.981.000 van de overheid. In 2024 liep dat bedrag op tot €1.285.441.000, een stijging van 7,6%. Dit jaar krijgen de ziekenfondsen nog eens 7% extra, waardoor het totaal op €1.375.165.000 uitkomt. Over twee jaar komt dat neer op een stijging van exact 15,07%.

De vertegenwoordiging van de artsen is gebaseerd op basis van medische verkiezingen die om de vijf jaar gehouden worden. De laatste medische verkiezingen dateren van juni 2023. Hieraan deden mee: BVAS-ABSyM; Kartel (ASGB-GBO-MODES); Alliantie Artsenbelang-Domus Medica, afgekort AADM. De resultaten van de verkiezingen bepalen de samenstelling onder andere in volgende organen: Nationale commissie artsen-ziekenfondsen; Verzekeringscomité; Technische Geneeskundige Raad; Nationale Raad voor kwaliteitspromotie; Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen; Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen; Profielencommissies; Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; Kamers van eerste aanleg en kamers van beroep; Beheerscomité van de dienst "Fonds voor de Medische Ongevallen".

BVAS-ABSyM behaalde 56,80% van alle stemmen, Het Kartel 24,45% en AADM 17,96%. Uitgesplitst tussen algemeen geneeskundigen en artsen-specialisten gaf dit volgende verhoudingen: Algemeen Geneeskundigen: BVAS-ABSyM (26,14%), Het Kartel (35,03%), AADM (38,26%). Artsen-specialisten: BVAS-ABSyM (79,31%), Het Kartel (16,68%), AADM (3,05%).

Deze verhoudingen bepalen de mandaatverdeling en de verdeling van de financieringstoelage van deze representatieve artsenorganisaties. Voor alle representatieve artsenorganisaties samen werd dit bedrag vastgelegd op 1.556.000 euro voor het jaar 2024. Door de paritaire samenstellingen moeten de artsenorganisaties samen vele duizenden manuren per jaar aan vergaderingen en voorbereidingen besteden, veelal tijdens de actieve werkuren overdag. Ook de secretariaten van deze organisaties, de verplaatsingskosten, studiemateriaal hebben een kostprijs. Deze toelage is verre van kostendekkend, maar het is wel de invulling van een maatschappelijke plicht die ertoe bijdraagt dat de patiënten in België de best mogelijke medische zorg kunnen krijgen in alle landsdelen die 'state-of-the-art' mag genoemd worden aan zo zeker mogelijke tarieven. Dat is de inzet van het overleg tussen ziekenfondsen en artsen: het sluiten van akkoorden over inhoud en verbintenistarieven. Dit biedt transparantie en tariefzekerheid voor patiënten en artsen gedurende een periode van gewoonlijk 2 jaar.

Zodra een akkoord gesloten is, wordt dit ter kennisgeving én ter stemming voorgelegd aan alle artsen van het land, zowel huisartsen als artsen-specialisten. Iedere arts die voldoet aan de opgelegde criteria, is stemgerechtigd en kan een stem uitbrengen. Het RIZIV noteert het aantal geldig uitgebrachte stemmen volgens medisch specialisme en volgens woonplaats en provincie. Ook arts-specialisten-in-opleiding en huisartsen-in-opleiding zijn stemgerechtigd. Iedere individuele arts kan kiezen om volledig toe te treden, gedeeltelijk toe te treden of niet toe te treden tot het voorgestelde akkoord. De representatieve artsenorganisaties weten niet welk deel van hun kiespubliek al-dan-niet toetreedt tot een voorgesteld akkoord. Zij hebben hier weinig invloed op. Het is de inhoud van het akkoord die de stemming bepaalt. In de akkoorden zijn er passages die eerder gericht zijn op huisartsen, andere op artsen-specialisten en nog andere op specifieke deeldisciplines bij artsen-specialisten. Maar ook het verschil tussen ziekenhuispraktijken en extramurale praktijken is vaak een onderscheidend element binnen akkoorden. Artsen krijgen 30 dagen de tijd om hun weigering tot toetreding kenbaar te maken. Doen ze dat niet dan worden ze automatisch beschouwd als toetgetreden.

Per administratief arrondissement treedt het akkoord in werking vijfenveertig dagen na de **verzending** van de tekst van de door de Ministerraad goedgekeurde akkoorden (tot op heden: “na de publicatie in het Belgisch Staatsblad”), behalve indien meer als 40% van de artsen (of tandartsen) binnen de 30 dagen na publicatie hun weigering via de online toepassing van de overheid hebben bekend gemaakt (ProGezondheid).

Tot op heden was het zo dat de inwerkingtreding van het akkoord in elk administratief arrondissement bovendien vereiste dat niet meer als 50% van de huisartsen of niet meer als 50% van de specialisten geweigerd hadden tot het akkoord toe te treden. In het voorontwerp van Kaderwet vervalt de regionale telling, maar blijft de vereiste dat voor de akkoorden met de artsen ook een bepaald quorum moet bereikt worden voor de algemeen geneeskundigen enerzijds en de artsen-specialisten anderzijds behouden. De telling zal alleen nog op nationaal niveau gebeuren. De telling per streek, en daaruit volgend de mogelijkheid dat een akkoord slechts in bepaalde streken in werking zou treden, worden geschrapt. Iedere individuele arts kan zonder motivatie weigeren tot het akkoord toe te treden. Sinds het ontstaan van akkoorden en overeenkomsten tussen verstrekkers en ziekenfondsen over tarieven en prestaties, konden de verstrekkers individueel kiezen om zich al dan niet te conventioneren, maar indien in één of meerdere arrondissementen een bepaald minimumquotum niet behaald werd, kon de minister de tarieven daar wel dwingend opleggen. Dat arrondissementeel of regionaal karakter verdwijnt dus. Dit levert een verlies van informatie op, maar ons insziens werd tot op heden nooit een arrondissementele tariefverplichting opgelegd, zodat deze wijziging niet gecontesteerd wordt door de artsen.

De akkoorden worden in principe gesloten voor een periode van twee jaar. De deconventiecijfers van 16.12.2024 kunnen in de tabel hieronder afgelezen worden.

Beschrijving	cijfers per 16.12.2024			
	% weigeringen	% toetredingen	% partiële toetredingen	% volledige toetredingen
Arts 000 & 009	1.41	98,59	0,15	99,85
Algemeen geneeskundige 001-002	3.66	96,34	0,00	100,00
Erkend huisarts 003-004-007-008	10.99	89,01	0,69	99,31
HAIO's	0.19	99,81	0,00	100,00
Totaal algemene artsen	8.17	91,83	0,50	99,50
Arts-specialist in opleiding	0.53	99,47	0,08	99,92
Geriatric	0.80	99,20	0,40	99,60
Medische oncologie	1.47	98,53	4,24	95,76
Andere specialiteiten	1.50	98,50	0,76	99,24

Acute geneeskunde en urgentiegeneeskunde	1.66	98,34	0,81	99,19
Klinische biologie	2.35	97,65	0,00	100,00
Inwendige geneeskunde + endocrino-diabetologie	3.70	96,30	3,98	96,02
Anesthesie-reanimatie	3.88	96,12	1,11	98,89
Nucleaire geneeskunde	5.11	94,89	0,30	99,70
Pathologische anatomie	6.54	93,46	0,50	99,50
Pneumologie	6.97	93,03	4,70	95,30
Radiotherapie	7.66	92,34	13,04	86,96
Psychiatrie	9.83	90,17	2,63	97,37
Neurologie	10.46	89,54	5,77	94,23
Neuropsychiatrie	11.48	88,52	0,93	99,07
Pediatrie + pediatrische neurologie	13.68	86,32	3,61	96,39
Gastro-enterologie	18.65	81,35	8,96	91,04
Heelkunde	19.27	80,73	6,30	93,70
Reumatologie	22.08	77,92	10,53	89,47
Neurochirurgie	26.67	73,33	15,00	85,00
Cardiologie	29.44	70,56	8,86	91,14
Fysische geneeskunde of fysiotherapie	32.37	67,63	7,67	92,33
O.R.L.	32.74	67,26	20,35	79,65
Röntgendiagnose	35.73	64,27	6,20	93,80
Urologie	39.18	60,82	20,73	79,27
Stomatologie	43.56	56,44	11,20	88,80
Orthopedie	45.68	54,32	22,25	77,75
Gynecologie en verloskunde	49.36	50,64	24,62	75,38
Plastische heelkunde	57.71	42,29	13,51	86,49
Ophtalmologie	62.71	37,29	19,88	80,12
Dermato-venereologie	70.22	29,78	21,66	78,34
Totaal artsen-specialisten	23.01	76,99	6,77	93,23
Totaal artsen-specialisten + artsen-specialisten in opleiding	19.10	80,90	5,34	94,66
Totaal	14.70	85,30	3,24	96,76

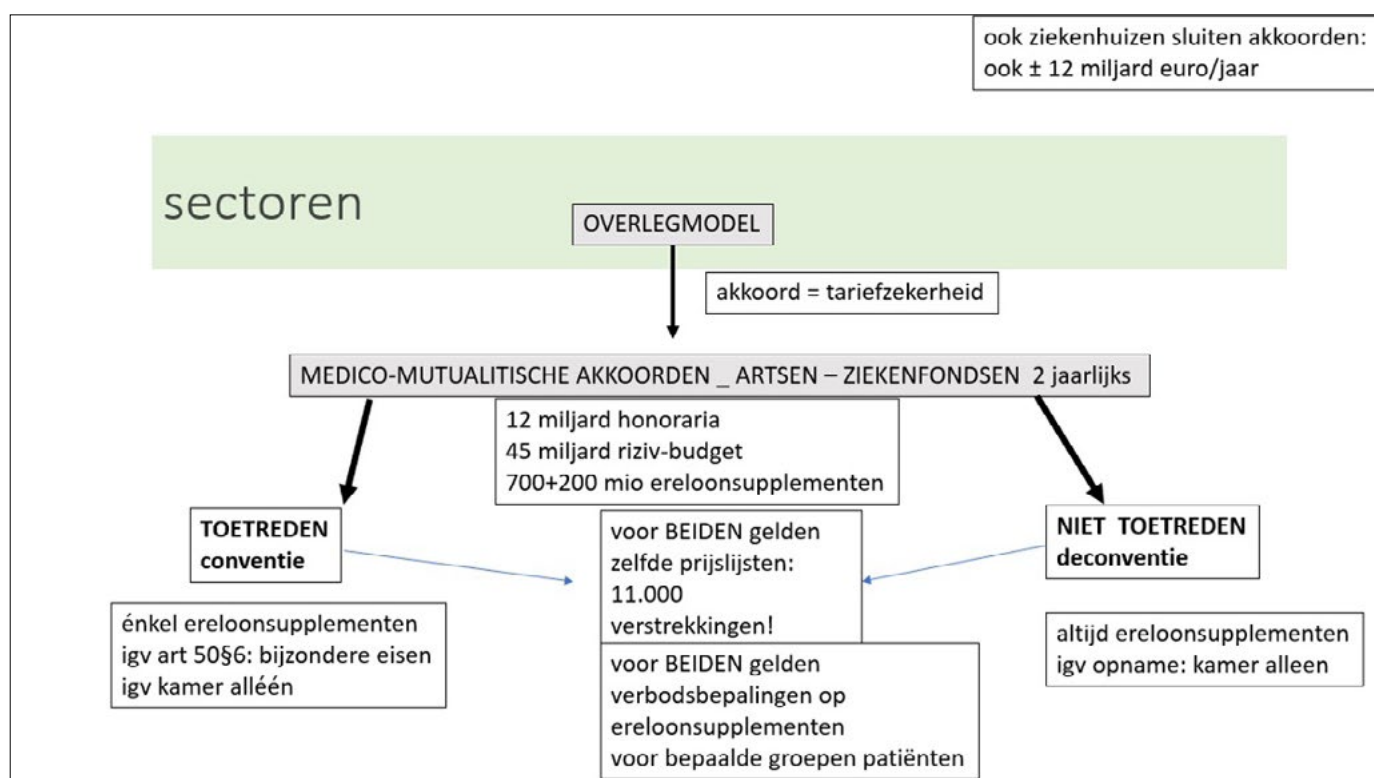
Het verdient aanbeveling om eens kennis te nemen van de inhoud van dergelijk Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 05.02.2025 (p. 13240- p. 13256). In dergelijk akkoord wordt vorm gegeven wordt de huisartsgeneeskunde en de somatische en geestelijke gezondheidszorg binnen en buiten de ziekenhuismuren. Tarieven vormen hier onderdeel van. Ereloonsupplementen vormen één van de 10 hoofdstukken.

Ook de organisatie van de geneeskunde krijgt vorm in deze akkoorden. Zo zal in de huisartsgeneeskunde aandacht uitgaan naar de langdurige individuele relatie tussen huisarts/huisartsengroep en de individuele patiënt, waarbij het beheer van het globaal medisch dossier een essentiële rol speelt. In de specialistische somatische geneeskunde zal de nadruk liggen op de langdurige relatie met het ziekenhuis en/of de uitbouw van een extramurale specialistische praktijk. In de geestelijke gezondheidszorg is

de federale inbreng (de ziekteverzekering is federaal) slechts één onderdeel van een zeer divers locoregionaal, provinciaal en federaal netwerk van voorzieningen om kinderen, jongeren en volwassenen van zo nabij mogelijk hulp te bieden. De verwevenheid van de geestelijke gezondheidszorg met allerlei federale overheidsdiensten, regionale en interfederale agentschappen overstijgt vaak hetgeen binnen een nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen kan besloten worden. Het gaat immers niet enkel over het individu, maar ook over het gezin, de sociale omgeving van het kind of jongere, geweldproblematiek of middelengebruik of forensische problemen die niet vanuit een tarief per interventie kunnen benaderd worden. De rijke schakeling van de gezondheidszorg in België komt niet aan bod in het voorontwerp van Kaderwet. Er is een eenheidsworst waar het criterium geldt: ofwel treedt een zorgverlener toe tot een akkoord ofwel treedt een zorgverlener niet toe tot een akkoord. Wanneer een zorgverlener toetreedt dan is voor hem of haar een sociaal statuut weggelegd. Treedt hij niet toe, dan géén sociaal statuut, maar vanaf de Kaderwet ook nog eens een bijkomende penaliserende onder de vorm van het niet toekennen van praktijkpremies en het penaliseren van de representatieve artsenorganisaties die het tariefakkoord sloten.

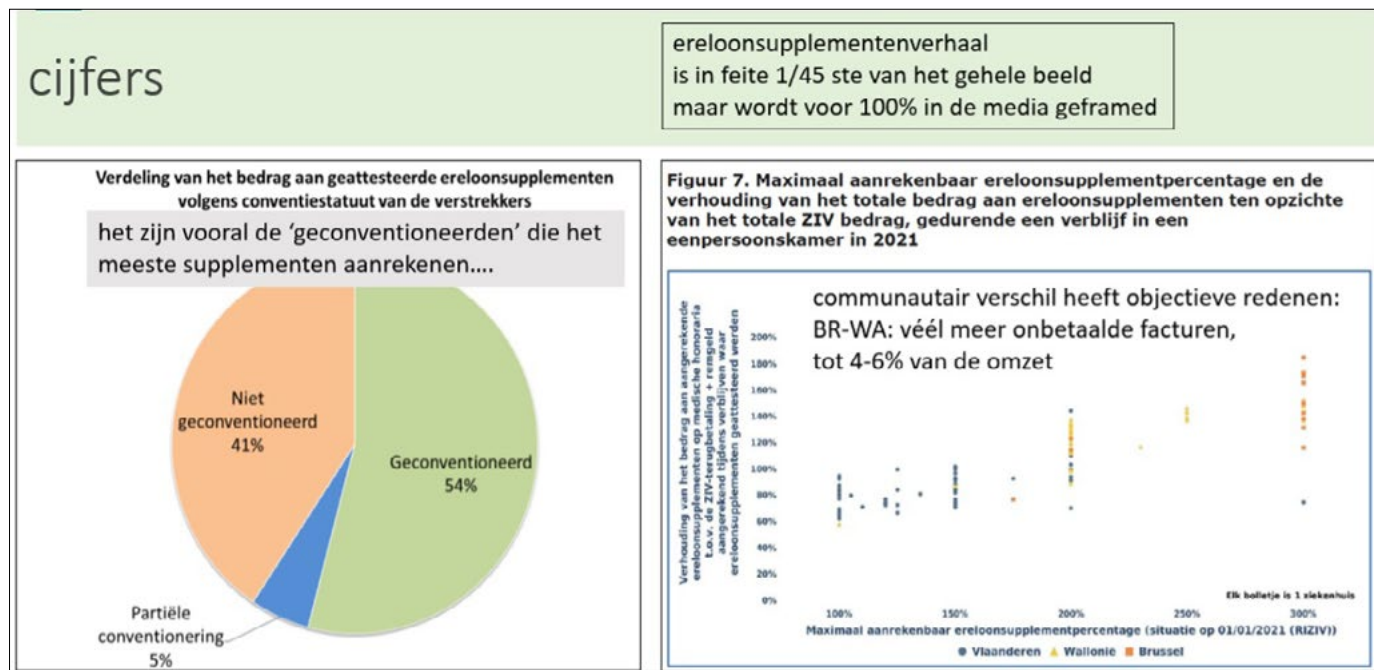
Dat 91,8% van de huisartsen en 80, 90% van de artsen-specialisten, met inbegrip van HAO's en ASO's, akkoorden onderschrijven is van geen tel. Dat er grote verschillen zijn tussen medische disciplines is evenmin van tel, want dan zou men oog moeten hebben voor de oorzaken en dat slechts 3,2% van de artsen gedeeltelijk zijn toegetreden was evenmin van tel in de eerste versie van Kaderwet.

Een akkoord legt grote verplichtingen op aan zowel (tand)artsen die toetreden als (tand)artsen die niet toetreden. Het gros van de tariefregels geldt voor alle zorgverstrekkers. Het gaat in de geneeskunde om ruim 11.000 individuele tarieven (wanneer men alle subcategorieën meetelt). Dat is best wat en eventuele verbodsbepalingen om tarieven te overschrijden gelden meestal voor beide categorieën artsen, toegetreden of niet.

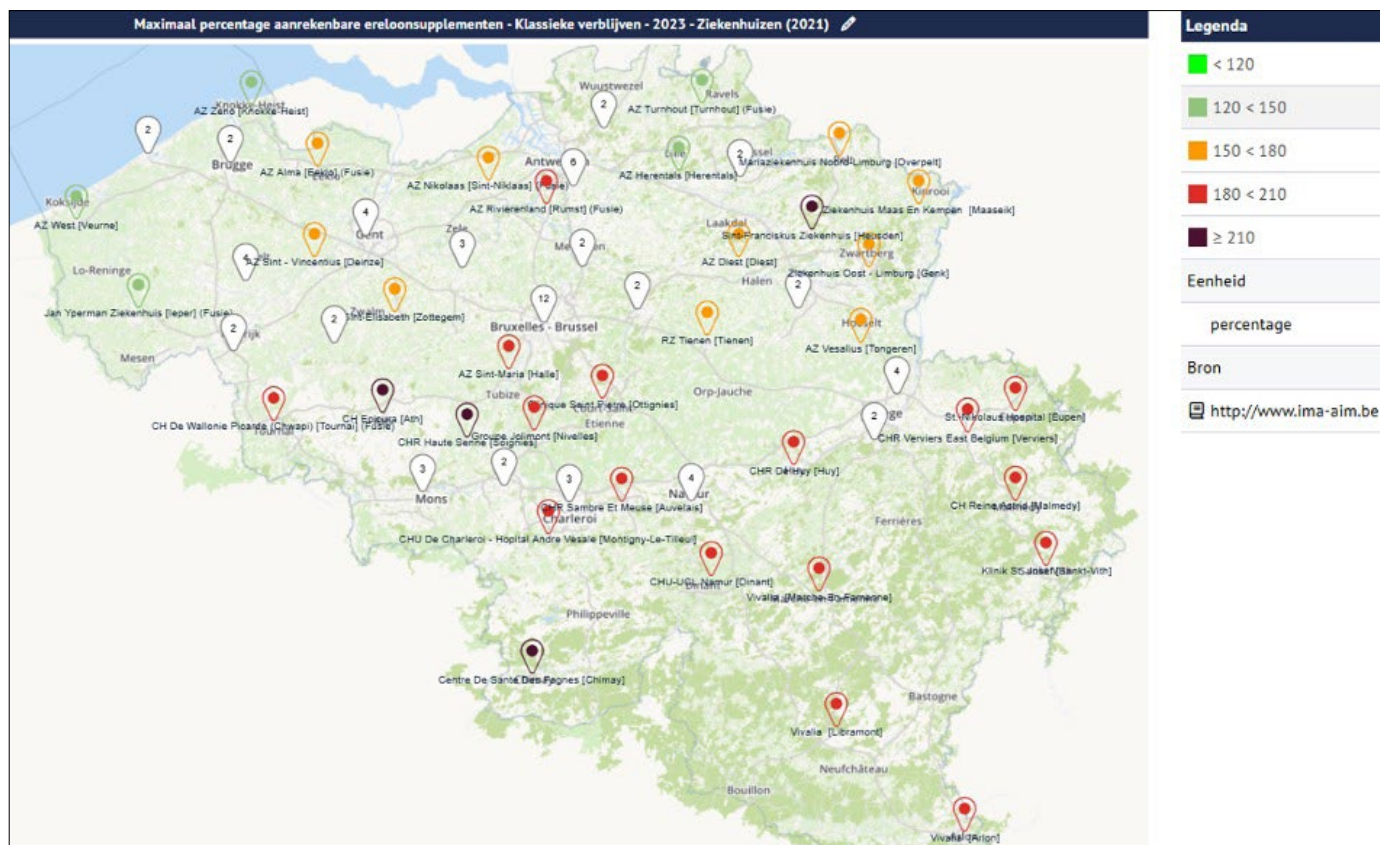


Binnen het totale pakket van de ziekteverzekering (zo'n 45 miljard euro/jaar) vormt de partiële begroting van de artsenhonoraria zo'n 12 miljard euro. Ereloon-supplementen vormen hooguit 690 (gehospitaliseerde patiënten) + zo'n 200 (ambulante patiënten) miljoen euro per jaar. Dus ereloon-supplementen vormen ongeveer 1/12 van het pakket honoraria en vormen ongeveer 1/45^{ste} van het pakket van de ziekteverzekering. Van de ereloon-supplementen wordt zo'n 80% gedragen door de

hospitalisatie-verzekeringen, niet door de patiënt zelf. Van de 690 miljoen ereloonsupplementen wordt ruim 60% gevraagd door geconventioneerde zorgverleners, maw artsen die toegetreden zijn tot de akkoorden. Dat komt omdat patiënten die kiezen voor een kamer alléén, zowel kamersupplementen krijgen aangerekend door het ziekenhuis, alsook ereloonsupplementen door de artsen (ongeacht hun conventiestatuut). Het is dan ook de kamer alléén die de olifant is in de kamer inzake ereloonsupplementen, maar nooit wordt benoemd, al zeker niet in het voorontwerp van Kaderwet



Er is tevens een groot communautair onderscheid inzake hoegrootheid van ereloonsupplementen. Dit heeft de maken met de meer precare financiële situatie van de ziekenhuizen in Brussel-Wallonië, maar ook met het feit dat de niet-betaalde facturen door patiënten in BR-WA ongeveer 3x zo hoog is als in Vlaanderen, waar het om zo'n 2% van de omzet gaat. Ook de dagprijzen die de overheid vastlegt voor de ziekenhuizen variëren individueel heel sterk van het ene ziekenhuis tot het andere. De ziekenhuizen publiceren transparant het plafond van ereloonsupplementen dat in voege kan zijn in hun instelling.



Ongeveer 45% van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen dient voor financieringsdoeleinden, innovatie en bouwfondsen. Innovatieve technieken die aangekocht worden (bv. robotchirurgie) worden vervolgens ten dienste gesteld van alle patiënten zonder onderscheid. Op die manier komt het ten goede aan alle patiënten.

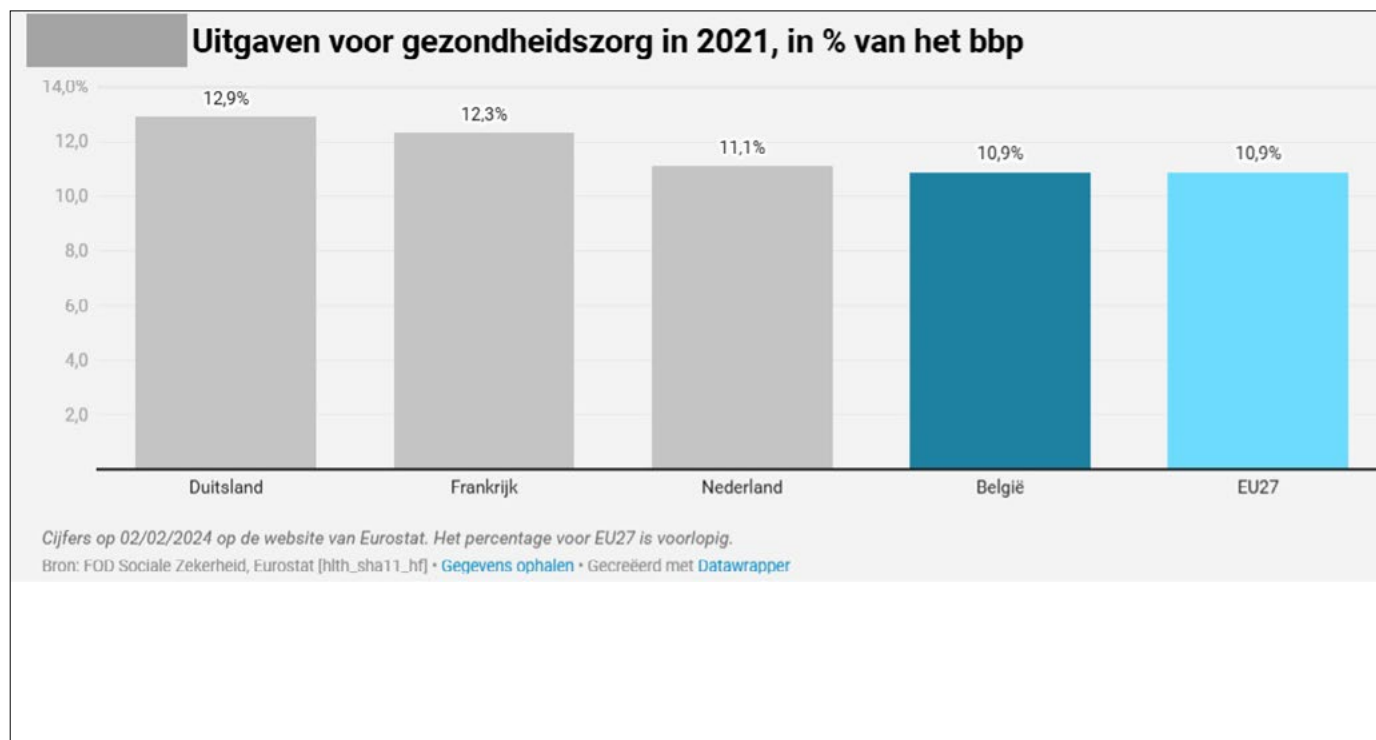
WAAROM ZIJN ERELOONSUPPLEMENTEN NODIG IN DE AMBULANTE PRAKTIJK?

Artsenpraktijken verschillen van mekaar. Sommige specialisaties kennen vooral een intellectuele inbreng met weinig techniciteit, weinig behoefte aan speciale infrastructuur of personeel. Andere zijn zeer technisch met veel personeelsinzet en veel verbruiksmateriaal. In het ziekenhuis hebben deze laatste disciplines toegang tot verschillende financieringsmodaliteiten om deze kosten te dragen:

- Ze kunnen werken met een veel groter palet aan nomenclatuurnummers waarvoor een terugbetaling geldt: art. 15§2 bepaalt immers dat alle prestaties met een waarde boven K120 of boven N200 enkel binnen de ziekenhuismuren een terugbetaling kennen (ongeacht of ze gehospitaliseerd, ambulant of poliklinisch plaats vinden – als het maar binnen de ziekenhuismuren is).
- Ze kunnen werken met tenlastelegging van kosten aan het budget financiële middelen (al dan niet via lijst A) of via RIZIV-forfaits.

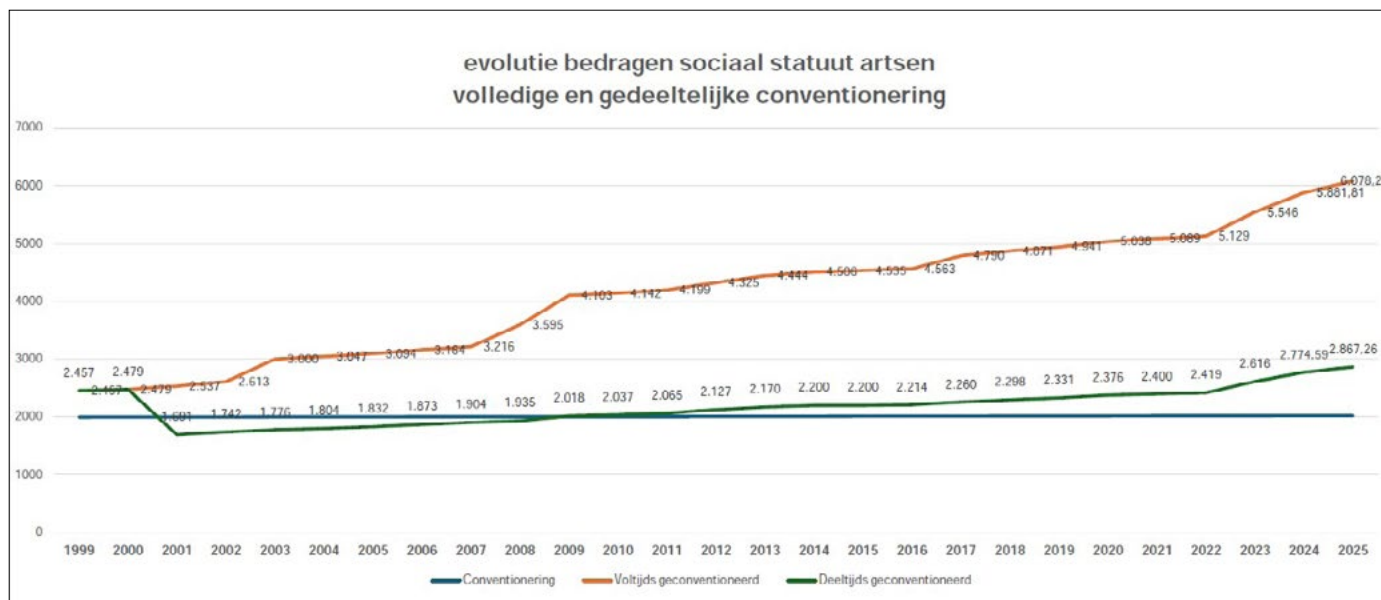
In de ambulante praktijk is dat allemaal niet voorhanden. Daar heeft men enkel toegang tot het honorarium waarmee alle kosten moeten gedekt worden. Bovendien verbiedt de wetgeving (art. 35§4) dat kosten van materiaal zomaar doorgerekend worden aan de patiënt. Je zou denken dat – net zoals in een garage – de factuur werkuren omvat enerzijds en materiaal anderszijds. In de medische ambulante praktijk zit alles vervat in het honorarium. Mochten nu alle prestaties kostendekkend zijn, dan was er geen enkel probleem. Maar lang niet alle prestaties die aangeboden worden waarvoor waarvoor

verbintenistarieven bestaan zijn kostendekkend. In de tandheelkunde wordt dit gedeeltelijk opgevangen door het toelaten van richttarieven (dit zijn tarieven die de tandarts mag doorrekenen aan de patiënt voor materialen en kosten die onvoldoende vervat zitten in het terugbetalingstarief). In de geneeskunde bestaat dit principe niet. In de geneeskunde moet men dit opvangen via ereloonsupplementen.



SOCIAAL STATUUT

Het sociaal statuut is tot op heden de manier geweest om artsen tot meer conventie te bewegen. Het sociaal statuut van de (toegetrede) arts is een financiële voordeel dat bestaat uit een jaarlijkse bijdrage die door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV aan een verzekeraar of een pensioenkas naar keuze wordt gestort. Met deze bijdrage geniet de arts/tandarts sociale voordelen voor de opbouw van een pensioen en/of een vervangingsinkomen bij ziekte en/of een overlijdenspremie. De artsen ontvangen dat bedrag niet alsdusdanig, het is een bedrag met een bepaalde bestemming. De artsen die niet tot de akkoorden toetreden, ontvangen deze voordelen niet.



In het huidig voorontwerp van Kaderwet stapt men af van incentivering en gaat men resoluut voor een bestraffings-strategie, zowel op individueel niveau als op collectief niveau.

AFSCHAFFING VAN DE GEÏNTEGREERDE PRAKTIJKPREMIE OF DE INDIVIDUELE PENALISATIE VAN DE HUISARTS BIJ DECONVENTIE.

Hoewel bijna 92% van de huisartsen geconventioneerd is, toch kiest de Minister ervoor om voor die 8% niet toegetreden huisartsen de geïntegreerde praktijkpremie te schrappen. Voor artsen-specialisten geldt dit niet want artsen-specialisten genieten niet van een Globaal Medisch Dossier noch van diverse praktijkpremies. De geïntegreerde praktijkpremie ontstond in 2016 uit een samenvoeging van de telematicapremie, de premie voor praktijkondersteuning en de SUMEHR premie.

Voor het boekjaar 2025 bedraagt de geïntegreerde praktijkpremie voor huisartsen een budget van 61.301.000 euro. De wettelijke basis is artikel 36sexies in de GVV wet van 14 juli 1994. Deze wordt gewijzigd in het voorontwerp van Kaderwet. Het zou een misvatting zijn te denken dat de geïntegreerde praktijkpremie voor de huisartsen een "bonus" is die wegvalt. We verwijzen hiervoor naar de riziv-website (<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/financiele-tegemoetkomingen/geintegreerde-praktijkpremie>). De geïntegreerde praktijkpremie is een forfaitair bedrag dat huisartsen jaarlijks ontvangen om de werking van hun praktijk en het gebruik van E-diensten te ondersteunen. De grootte van deze premie hangt af van de situatie van de huisarts tijdens het premiejaar en varieert tussen 0 euro en 6000 euro. De minimale intredevoorwaarde is dat de practicus effectief huisarts is en minstens één van de door de NCAZ 'erkende' softwarepakketten in de praktijk gebruikt: CareConnect (HealthConnect); HealthOne (HDMP); Daktari (Barista Software); Medinect (OFFIMED); Omnipro (Xperthis); Prodoc (CEGEKA); Topaz (Topaz Care SRL); Medispring (Medispring SCRL); NexuzHealthPRO (NexuzHealth). Daarnaast is de huisarts verplicht om zoveel mogelijk 'premie-parameters' te implementeren. Deze parameters worden jaarlijks herzien. Voor 2025 gelden:

1. de huisarts dient in het 2e semester van 2025 minstens 50% van de aanvragen van terugbetaling van geneesmiddelen hoofdstuk IV in via de dienst "Hoofdstuk IV" van MyCarenet uit te voeren.

Chapitre IV

Le médecin généraliste fait usage du service MyCarenet pour les demandes électroniques de remboursement de médicaments **chapitre IV** et introduit au moins 50% des demandes en question via MyCarenet au cours du second semestre de l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	59,10%	64,00%	67,70%	71,70%	73,37%
MG atteignant le critère	66,53%	68,22%	72,68%	76,28%	78,29%

2. In het 2e semester van 2025 maakt de huisarts gebruik van de dienst 'eFact' van MyCarenet voor elektronische facturatie voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming of dient de huisarts raadplegingsgetuigschriften in via de dienst eAttest van MyCarenet voor minstens 50% van de raadplegingen.

Facturation électronique

Le médecin généraliste utilise la **facturation électronique** de consultations via MyCarenet chez des patients ayant droit à l'intervention majorée ou introduit ses attestations de consultation via le service eAttest de MyCarenet pour au moins 50% de ses consultations au cours du second semestre de l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	-	-	-	73,20%	75,33%
MG atteignant le critère	-	-	-	74,53%	76,40%

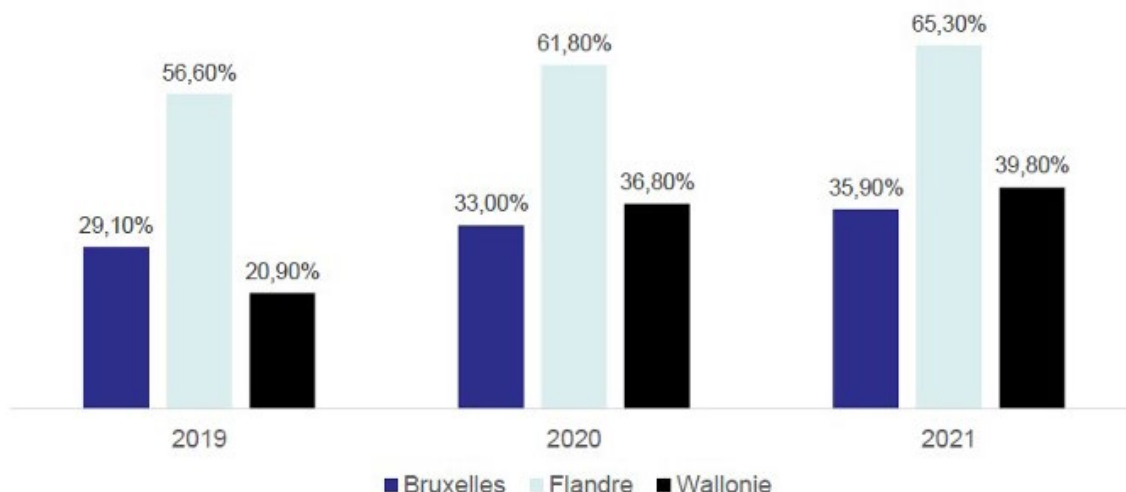
3. De verhouding tussen het totaal aantal verschillende patiënten waarvoor uiterlijk op 31 december 2025 een SUMEHR werd opgeladen via de digitale platformen Vitalink, RSW of Abrumet en het aantal patiënten waarvoor in 2025 een GMD-honorarium werd ontvangen, bedraagt minstens 60%. Deze parameter zou wel eens een probleem kunnen zijn in Brussel – Wallonië:

SumEHR

Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et aura atteint au 31 décembre de l'année de la prime une proportion minimale de **60%** (55% en 2023, 25% en 2022 et années antérieures) entre le nombre de patients différents pour lesquels il a chargé un **SUMEHR** et le nombre de patients pour lesquels il a reçu des honoraires DMG pour l'année de la prime.

	2020	2021	2022	2023	2024
Moyenne	38,60%	41,90%	46,30%	52,40%	55,39%
MG atteignant le critère	46,45%	48,47%	52,63%	50,83%	52,93%

Scores moyens, par région, pour le critère Sumerh



4. Tijdens het tweede semester van 2025 creëert de huisarts minstens 5 medicatieschema's of past minstens 5 medicatieschema's aan.

Schémas de Médication

Le médecin généraliste crée ou adapte au moins 5 **schémas de médication** au cours du second semestre de l'année de la prime

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	0	3	10	17
Moyenne	141,214	279,074	509,485	559,766	656,864
MG atteignant le critère	40,26%	42,73%	48,88%	54,93%	59,99%

5. Tijdens het tweede semester van 2025 gebruikt de huisarts minstens 5 keer de CEBAM evidence linker (via login).

CEBAM Evidence Linker

Le médecin généraliste utilise au moins 5 fois le **CEBAM evidence linker** (via login) au cours du second semestre de l'année de la prime

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	0	0	0	1
Moyenne	8,827	4,413	5,293	6,166	5,575
MG atteignant le critère	33,38%	24,82%	28,90%	33,89%	41,82%

6. Tijdens 2025 gebruikt de huisarts minstens 3 keer het elektronisch formulier "Evaluatie van de handicap – FOD Sociale Zekerheid" voor het versturen van medische informatie naar de FOD Sociale Zekerheid (DG Personen met een handicap). > meer info over de procedure Uitleg over het gebruik van het formulier "Evaluatie van de handicap – FOD Sociale Zekerheid"

Evaluation du handicap

Le médecin généraliste envoie au moins 3 fois lors de l'année de la prime le formulaire électronique «**Evaluation du handicap - SPF Sécurité sociale**» vers le SPF Sécurité Sociale

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	0	2	4	3	4
Moyenne	10,533	13,08	13,802	7,074	7,359
MG atteignant le critère	43,23%	46,74%	51,43%	53,62%	56,54%

7. De huisarts registreert zich via professionele software voor minstens 2 van de volgende 3 barometers:

- de barometer "diabetes",
- de barometer "antibiotica"
- de barometer "nierinsufficiëntie".

De registratie moet plaatsvinden:

- vóór 28/11/2025 voor de barometer "diabetes",
- vóór 21/12/2025 voor de barometer "antibiotica"
- vóór 12/12/2025 voor de barometer "nierinsufficiëntie".

Baromètres (critère introduit en 2023)

Le médecin généraliste s'inscrit, via son logiciel métier, à deux des trois **baromètres** suivants: le baromètre « diabète » avant le 28/11/2024, le baromètre « antibiotiques » avant le 21/12/2024 » et le baromètre "insuffisance rénale" avant le 10/12/2024 (en 2023, le critère concernait l'inscription au baromètre « diabète » et/ou au baromètre « antibiotiques »)

	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	-	-	-	-	2
Moyenne	-	-	-	-	1,708
MG atteignant le critère	-	-	-	58,99%	64,55%

8. Tijdens het vierde trimester van 2024, verstuurt de huisarts minstens 1 elektronisch getuigschrift van arbeidsongeschiktheid naar de ziekenfondsen via Mult-eMediatt

Mult-eMediatt (critère introduit en 2024)					
Le médecin généraliste envoie au moins 1 certificat d'incapacité de travail par voie électronique aux mutualités via Mult-eMediatt au cours du 4 ^e trimestre 2024					
	2020	2021	2022	2023	2024
Médiane	-	-	-	-	0
Moyenne	-	-	-	-	4,511
MG atteignant le critère	-	-	-	-	37,37%

Voldoet de huisarts aan de minimale bepalingen, en slaagt de huisarts in:

- < 5 parameters: dan ontvangt de huisarts 1000 euro
- 5 parameters: dan ontvangt de huisarts 3500 euro
- 6 parameters: dan ontvangt de huisarts 4500 euro
- 7 van de 8 parameters: dan ontvangt de huisarts 6000 euro.

Wat de geïntegreerde praktijkpremie 2022 betreft was de situatie als volgt:

Situatie	aantal artsen	bedrag	totaal
situatie 1	918	1.000	918.000
situatie 2	744	3.500	2.604.000
situatie 3	1.171	4.500	5.269.500
situatie 4	6.991	6.000	41.946.000
regularisaties <2021			4.203.300
	9.824		54.940.800

De uitgaven voor geïntegreerde praktijkpremie voor de huisarts doorheen de tijd zijn als volgt:

jaar	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
bedrag in mio euro	29.605	41.481	44.897	49.964	54.940	54.925	61.806	63.301

Was het echt nodig de geïntegreerde praktijkpremie in vraag te stellen? Blijkbaar volgens de Minister en volgens Domus Medica wél....hoewel diezelfde Domus Medica de antibioticabarometer de lucht in prees. Blijkbaar is die parameter minder belangrijk dan de conventie/deconventie parameter? Want geconventioneerd zijn primeert boven parameters als de antibioticabarometer. Het gaat om 1942 erkende huisartsen die niet toegetreden zijn tot het akkoord 2024-2025. De penaliserings-omvang van de geïntegreerde praktijkpremie is equivalent aan de omvang van het sociaal statuut, beide zo'n 6.000 euro.

Er zijn zo'n 11.000 artsen die genieten van de geïntegreerde praktijkpremie. Als we het aantal niet toegetreden artsen afronden op 2000 en ervan uitgaan dat ze alle (=100%) zouden beschikken over een geïntegreerde praktijkpremie in de verhouding zoals gekend in 2022, dan gaat het om een maximale besparing van 10,2 mio euro. De cijfers uit 2024 leren dat lang niet alle huisartsen erin slagen te voldoen aan alle opgelegde criteria. Dit is maximaal 50%. De maximale besparing wordt dan 50% van 10,2 miljoen euro of zo'n 5,1 miljoen euro.

Stippen we nog aan dat in de eerste versie van Kaderwet alle premies voor gedeconventioneerde artsen op de schop gingen. Dit is niet meer 'penaliseren' maar het hele financieringsmodel van de huisartsgeneeskunde in vraag stellen.



Conventiemodel: conventionering aanmoedigen

- Premies voorbehouden aan geconventioneerden (telematicapremie, kwaliteitspremie, geïntegreerde praktijkpremie,...)
- Meer flexibiliteit binnen akkoord: richttarieven
 - In kader van een overeenkomst of akkoord
 - Voor geconventioneerde zorgverleners
 - Tijdelijk karakter
 - Bijzondere situaties (innovatie – achterhaalde vergoedingen)
 - Opname in maximumfactuur
- Financiering beroepsorganisaties: parameter conventionering

wat volgt nog?
accreditering?
GMD?

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

COLLECTIEVE PENALISATIE

Naast de individuele penalisatie voorziet de Minister ook een collectieve penalisatie van de representatieve artsenorganisaties, waarbij gesteld wordt dat een gedeelte van de vergoeding afhankelijk wordt gesteld van de conventiegraad in die sector. In de opeenvolgende versies van voorontwerp van Kaderwet is de wijze waarop dit geformuleerd is, voor interpretaties vatbaar. Er is een interpretatie mogelijk waarbij de volledige toelage een compleet nieuwe berekeningsbasis krijgt waarbij niet meer het aantal behaalde stemmen bepalend is voor de bijdrage maar dat alle artsenorganisaties, groot of klein, een quasi gelijke toelage zouden krijgen. Dit zou een dermate opvallend 'cadeau' zijn voor Domus Medica dat het de schaamte voorbij zou zijn. We willen die interpretatie niet verder uitwerken in deze tekst aangezien we vermoeden dat representatieve organisaties wiens mandaten afhangen van het aantal behaalde stemmen het principe van financiering per behaalde stem blijven behouden. Dat is zo in de politiek, dat is zo bij de vakbonden, dat is zo bij de mutualiteiten (volgens het aantal leden).

PARTIËLE DECONVENTIE

Mochten artsen en tandartsen géén actie gevoerd hebben op 7 juli 2025, hadden artsen niet meer de optie om gedeeltelijk toe te treden tot de tariefakkoorden artsen-ziekenfondsen: het zou alles of niets zijn. De mogelijkheid tot partiële deconventie was in de eerste versie van het voorontwerp van Kaderwet niet meer in de tekst terug te vinden. Je kan velen in slaap wiegen met te zeggen dat het allemaal een uitvoering is van het Regeerakkoord, maar honderden universitaire professoren om de tuin leiden, neen dat lukt niet. Er werd vanuit de Medische Raden van alle Vlaamse Universitaire Ziekenhuizen een brief gericht naar de Minister op 19.06.2025 waarin duidelijk gemaakt dat de Minister te ver is gegaan: de partiële deconventie afschaffen kan niet. Een unanieme reactie van de Medische Raden van alle Vlaamse Universitaire Ziekenhuizen is du jamais vu. Hebben zij een punt?

In alle universitaire ziekenhuizen bieden universiteitsprofessoren en stafleden enkele uren per week privé-raadplegingen aan die ze volledig zelf doen zonder assistenten erbij. Dit is een één-op-één raadpleging met de patiënt. Tot hiertoe mochten universiteitsprofessoren hiervoor een 'ereloon-supplement' (= een toeslag) vragen. Kom je bij een professor urologie of gynecologie dan mag deze professor 32,84 euro vragen (tarieven 2025) en voor een privé-raadpleging een toeslag van 16,32 euro (50%), 32,84 euro (100%) of 49,26 euro (150%) of meer afhankelijk van het eventueel toegepaste ereloon-supplement. Vanaf 1 januari 2026 mag bij de groep van patiënten met verhoogde tegemoetkoming (VT) géén ereloon-supplement gevraagd worden. De professor zal deze patiënten in zijn privé-spreekuur zelf moeten zien en afwerken zonder hulp van assistenten aan hetzelfde tarief als op het gewone spreekuur waar de professor wel hulp heeft van assistenten en ondersteunend personeel. Tot 1.1.2026 was dat eigenlijk geen groot probleem, want het toeslagverbod betrof tot dan enkel de Weduwen, Invaliden, Gehandicapten en Wezen, een behartenswaardige groep waar sowieso al nagenoeg géén toeslag bij werd gerekend. Die groep verruimt vanaf 1.1.2026 tot een groep van 2,3 miljoen belgen én jaarlijks toenemend. Met de overige 9,2 miljoen personen zonder VT statuut was het nog mogelijk om die privé-raadplegingen aan te bieden. Dat hielp ook om de druk van de wachttijden op de gewone consultaties aanzienlijk te verminderen.

Vanaf 1.1.2028 dwingt de Minister nu, in de 1^e en 2^e versie van de Kaderwet, om deze privé-raadpleging aan te bieden aan een maximum-toeslag van 25% zijnde 8,21 euro, zodat het totaal bedrag voor de privé-consultatie komt op 41,05 euro. Aangezien universiteitsprofessoren een statuut van bediende of ambtenaar hebben, mogen zij alleen de toeslag op een aparte werkingsrekening plaatsen vanwaaruit zij welbepaalde beroepsuitgaven kunnen financieren (typisch in universitaire middens zijn nationale en internationale congressen, vakliteratuur en andere wetenschappelijke verplichtingen).

Dat betekent vanaf 1.1.2028 – als het voorstel tot Kaderwet ongewijzigd realiteit was geworden – voor een volledige dag privé-consultatie met 20 patiënten maximaal 164,2 euro (bruto) en als er van die 20 patiënten 5 bij zijn met een VT-statuuut, dan is dat 123,15 euro (bruto) op de werkingsrekening. *(In universitaire ziekenhuizen is de behartenswaardige groep patiënten niet beperkt tot patiënten met "VT" statuut, maar veel ruimer zodat niemand uit de boot valt. Bovendien geldt sowieso het wettelijk supplementenverbod bij vele groepen ziekenhuispatiënten.)* Hoe lang zou het nog duren denk je dat Universiteitsprofessoren nog een privé-raadpleging zouden aanbieden? Niet lang. Dat zal een verschraling zijn van het zorgaanbod, zondermeer. Dat verlies van aanbod zou ook wachttijden verlengen, want alleen de gewone raadplegingen blijven over die er toch al waren. Wie wint erbij? Niet de patiënten, niet de gezondheidszorg. De actie van 7.7.2025 en de daaropvolgende politieke inzichten hebben ertoe geleid dat partiële deconventie terug werd mogelijk gemaakt en dat ambulante supplementen tot minstens 1.1.2028 niet afgetopt worden tot 25%.

Men moge niet vergeten dat het aantal artsen met het statuut partiële deconventie 3,2% bedraagt van het totaal. Wat was hier mis mee? Toch moest dit mee op de schop in het voorontwerp van Kaderwet.

conventiecijfers 2024

- huisartsen: 91,83%
- artsen-specialisten: 80,90%
- totaal: 85,30%
- partiële deconventie: 3,24%

maw:

- voldoende keuze voor geconventioneerde artsen
- voldoende keuze voor medische huizen
- in het ziekenhuis verplichting voor artsen om patiënten ook aan geconventioneerde tarieven te behandelen volgens hun wens

partiële conventie aanvallen was voor niets nodig, zeer pijnlijk voor gesalarieerde artsen aan onze unieffs, want die mogen niet volledig deconventioneren.

waarom premies aanvallen van huisartsen als die al 91,5% geconventioneerd zijn waarom sommigen deconventioneren: omdat ze bv. een grote privé-parking in stad aanbieden voor patiënten en andere goede redenen

Conventiemodel: deconventionering minder aantrekkelijk

- Ereloonsupplementen
 - Wettelijke verboden blijven behouden
 - Verbod ereloonsupplementen VT in ambulante sector
 - Verbod twee- en meerpersoonskamers ziekenhuisopname
 - Geldende verboden zware medische beeldvorming
 - Verbod tijdens georganiseerde wachtdienst
 - Verbod bij niet-voorafgaandelijke informatie
 - Koning kan supplementen beperken

dus:
ten allen tijde?
géén beperking ingebouwd ?
welke modaliteiten?

Kabinet van vice-eersteminister en minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

Naast de individuele en de collectieve penalisatie in geval van deconventie wordt bijkomend bepaald dat de Koning (de Minister) voor die situaties waar nog ereloonsupplementen mogelijk zouden blijven, verder beperkt kunnen worden zowel qua hoogte alsook qua berekeningsbasis. Zelfs in situaties die voorheen buiten de akkoorden vielen (bijzondere eisen van de patiënt, artikel 50§6) wil het voorontwerp van Kaderwet toch een inspraak hebben met dwingend karakter. Dit is niet mis te verstaan in de teksten van de Minister.

Conventiemodel: deconventionering minder aantrekkelijk

- Vanaf 1 januari 2028, parallel met hervorming nomenclatuur
 - Maximumsupplement voor opgenomen patiënten: 125%
 - Maximumsupplement voor ambulant: 25%
 - Koning kan hiervan afwijken voor een of meerdere geneeskundige verstrekkingen
 - Uitsluiten of aanpassen
 - Koning kan aanrekenen supplementen beperken tot deel van het honorarium (cfr nomenclatuurnieuwvorming)
- Plafonnering ook voor toeslag bijzondere eisen.

dat viel tot hiertoe BUITEN de conventie

Kabinet van vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Frank Vandenbroucke

goed nieuws voor
hospitatieverzekeringen
want 80% supplementen wordt
gedragen voor verzekeringen

Dit alles wordt opgelegd in versie 1 en versie 2 van Kaderwet zonder de minste garantie dat erelonen minstens kostendeckend zullen zijn, dat intellectuele honoraria naar behoren zullen zijn, dat ziekenhuizen afdoende zullen gefinancierd zijn.

Conventiemodel

- Datum inwerkingtreding : 1 januari 2028
 - Koning kan vervroegen

‘Artsenlonen: zwartmaken van hele beroepsgroep zal sociale zekerheid niet betaalbaarder maken’

Vera Eenkhoorn
Endocrinoloog

‘De zorg moet betaalbaar blijven en ook wij als artsen hebben daar een verantwoordelijkheid in’, schrijft endocrinoloog Vera Eenkhoorn naar aanleiding van de discussie over de hervormingsplannen van de federale regering. ‘De discussie over de ereloonsupplementen kan gevoerd worden op het moment dat er duidelijkheid is over de ziekenhuisfinanciering en niet andersom.’

TIMING IS ZEER PROBLEMATISCH

NOMENCLATUURHERVORMING IS NOG NIET AF
ZIEKENHUISFINANCIERING IS NOG NIET BEKEND

TOCH WIL MEN NU “kader” vastleggen

quid afdrachten?

quid “zuiver” honorarium? ook ‘onaantastbaar’

quid innovatie, bouw, deficieten van ziekenhuizen? wie financiert?

situatie vele ziekenhuizen (vnl BR-WA) is precair: ook die patiënten hebben recht op gelijke gezondheidsuitkomsten

HUISARTSGENEESKUNDE

Voor de huisartsgeneeskunde was de lectuur van het ontwerp van Kaderwet een nuchter ontwaken. De Minister had in een visienota op 17 juni 2022 ten aanzien van de artsen in de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen een exposé opgebouwd over de huisartsgeneeskunde waarin volgende pijlers aan bod kwamen:

1. Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartsen(praktijken).
2. Verminderen van de zinloze administratieve overlast.
3. Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënt.
4. Inzetten op een goed organisatiemodel dat de huisarts(praktijk) in staat stelt om voor meer mensen zorg te dragen. Een organisatie met taakdelegatie en ondersteuning; ook voor nietplanbare zorg buiten de klassieke werkuren.
5. Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op beschikbaarheid, intra- en interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, kwaliteit, preventie en empowerment. Dat financieringsmodel voor huisartsen zou aan volgende eisen moeten voldoen: (1) voldoende stimulerend zijn, (2) de toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaren en waar nodig verbeteren, met specifieke aandacht voor de kwetsbare patiënt, (3) inzetten op continuïteit van zorg en beschikbaarheid, (4) huisartsen correct vergoeden voor taken tijdens en buiten de consultaties, (5) taakdelegatie toelaten, (6) de juiste incentives leggen, onder meer inzake preventie, populatiemanagement, multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit, beschikbaarheid..., (7) zowel overconsumptie als-onderconsumptie vermijden en (8) administratieve eenvoud maximaal nastreven.

Wat zijn de vaststellingen anno 2025?

1. De triageproblematiek 1733 is lang niet opgelost
2. De 'New Deal' kent zeer weinig animo bij de huisartsen. Einde 2024 waren 162 huisartsen betrokken in de New Deal en dan vooral in Antwerpen en Brussel
3. De zinloze administratieve overlast is zeker niet verminderd, wel integendeel
4. De huisarts wordt met de vinger gewezen dat er teveel langdurige ziektes worden uitgeschreven
5. De huisarts wordt met de vinger gewezen dat er te lange wachtlijsten zijn en patiëntenstops
6. De teleconsultaties zijn op waarde "0" gebracht (en dat was géén voorstel van BVAS in tegenstelling tot wat minister Vandenbroucke in Terzake beweerde).
7. Taakdelegatie is vooral taakverschuiving gebleken naar andere disciplines met behoud van de administratieve overlast.
8. Voor de zeldzame gedeconventioneerde huisartsen wordt nu de geïntegreerde praktijkpremie afgeschaft wat als signaal mag opgevat worden dat éénder welke element van de financiering van de huisartsgeneeskunde ingezet kan worden als middel om het gedrag van huisartsen bij te spijkeren.
9. Voor alle huisartsen is duidelijk geworden dat er een zeer krachtig "handhavingsluik" is ingeschreven in het voorontwerp van Kaderwet dat niet de bedoeling heeft om in overleg met huisartsen vooruitgang te boeken, maar wel met opgelegde normen en richtlijnen en een flinke stok achter de hand voor zij die niet voldoende in de pas lopen. We herinneren hierbij ook expliciet aan de tekst van de Minister van 28 januari 2022 : " Vergelijkende cijfers met ons omringende landen wijzen op een overprescriptie en -consumptie in België in meerdere sectoren, waaronder in het bijzonder de klinische biologie, de medische beeldvorming en geneesmiddelen. In het kader van de hervorming

van de klinische biologie is het dan ook aangewezen om de voorschrijvers te responsabiliseren. Concreet wordt gedacht om een virtueel normbedrag vast te stellen voor klinische biologie gekoppeld aan de kenmerken van het patiënteel van de voorschrijver buiten het ziekenhuis. Bij afwijking hiervan zal, desgevallend na een monitoringperiode, een financiële correctie worden doorgevoerd bijvoorbeeld in het kader van de accreditering." Maar daartoe hoeft het duidelijk niet te blijven: het nieuwe handavingskader geeft de Minister nog een heel andere 'stok achter de deur'. Niet alleen de huisarts is gevisieerd, ook de radioloog: "Om het doelmatig gebruik verder te stimuleren, wordt een responsabilisering voorzien van zowel de voorschrijver als de radioloog. Voor de voorschrijver wordt een verplicht elektronisch voorschrift ondersteund door clinical decision support ingevoerd. Het voorschrijfgedrag conform met clinical guidelines is aldus op te volgen. De radioloog wordt geresponsabiliseerd in zijn/haar substitutierecht. Alvorens een afspraak met de patiënt kan worden vastgelegd moet hij/zij een voorafgaand akkoord geven op basis van het elektronisch voorschrift. Bij afwijking hiervan zal, desgevallend na een monitoringperiode, een financiële correctie worden doorgevoerd bijvoorbeeld in het kader van de accreditering."

Wat het overlegmodel betreft inzake sectoriële akkoorden artsen-ziekenfondsen zien we op 3 juni 2025 in het voorontwerp van Kaderwet volgende elementen samenkomen:

- afschaffing partiële deconventie
- bemoeilijken collectieve deconventie (procedureel)
- tal van premies conventie-afhankelijk
- index conventie-afhankelijk
- De Koning ... de minister kan autonoom supplementen plafonneren
- conventie-afhankelijke financiering artsensyndicaten
- extramuraal-ambulant 25% - intramuraal 125% : veroorzaakt flux naar het ziekenhuis van prestaties die niet in het ziekenhuis thuis horen: er is al personeelstekort
- Minister bepaalt op welk gedeelte van het honorarium: 2028 nieuwe nomenclatuur: zal deze kostendekkend zijn? Kan extramurale praktijk nog overleven? opnieuw: nomenclatuurrhervorming-ziekenhuisfinanciering – afdrachten/suppl is één geheel
- uitstappen uit akkoord wordt sterk bemoeilijkt:
 - niet meer volgens bepalingen in het akkoord
 - enkel nog op basis van wettelijke bepalingen

Een aantal elementen hieruit werden gewijzigd naar versie 2 en versie 3, maar vele ervan blijven overeind.

Handhaving

• Riziv-nummer

- Basisprincipe: zorgverlener moet beschikken over een actief Riziv-nr om te kunnen aanrekenen aan ZIV. Dit RIZIV-nr kan geschorst worden ikv handhaving + automatisch als tijdelijk of permanent verbod uitoefening beroep (visum)
- Administratieve geldboete kan vervangen worden door schorsing Riziv-Nr
- Zorgverlener moet verzekerde verplicht informeren over schorsing
 - Indien hij dit niet doet: patiënt beschermd tegen ten onrechte aangerekende bedragen
- Koning kan nadere regels bepalen over informatieplicht

waarom niet enkel voor de 2%
"fraudeurs, malafide praktijken, excessen",
waarom het open trekken voor alle zorgverleners?

Minister en minister
van Volksgezondheid
en Welzijn

momenteel zijn dat 2 verschillende
instanties : aanklager – beklagde –
onafhankelijke rechter

De hele tekst van het voorontwerp van Kaderwet ademt vooral "handhaving" uit ten aanzien van zorgverleners, en dan vooral artsen en tandartsen. Een van de meest opmerkelijke passages in het voorontwerp van Kaderwet is de opschorting van het RIZIV-nummer als alternatief voor een administratieve geldboete. Dat is ongewijzigd gebleven doorheen versie 1,2,3. De Minister heeft dit onderwerp geframed als een middel om de meest zware vormen van fraude aan te pakken. De memorie van toelichting in versie 3 heeft echter duidelijk gemaakt dat het helemaal niet alléén om 'fraude' gaat, maar wel om art. 73bis 1°, 2°, 3°, 4° aan te pakken vanaf een betwist bedrag van 35.000 euro. Dat is natuurlijk een heel ander verhaal. Want art. 73bis 4° handelt over "verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven **die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73**". Artikel 73 van de GvU wet schrijft voor dat "zij er zich van onthouden overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, [of te laten voorschrijven] uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen."

- "Het onnodig dure of overbodige karakter van deze verstrekkingen wordt geëvalueerd [...] op basis van één of meerdere indicatoren van manifeste afwijking, vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) ten opzichte van aanbevelingen van goede medische praktijk."
- "Het [...] overbodige karakter van het voorschrijven van sommige farmaceutische specialiteiten [...] wordt geëvalueerd, [...] op basis van de aanbevelingen vastgesteld door de Commissie Tegemoetkoming geneesmiddelen en op basis van de indicatoren vastgesteld door het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen ingesteld op basis van artikel 19. De voornoemde indicatoren maken het mogelijk de drempel te bepalen waarboven het voorschrijfprofiel van de betrokken farmaceutische specialiteiten moet onderzocht worden wat betreft de naleving van de hierboven vermelde aanbevelingen."
- "Het onnodig dure karakter van bepaalde farmaceutische specialiteiten [...], wordt bepaald, [...] op basis van een algemeen percentage van voorschriften in de ambulante sector, bepaald voor elke categorie van [artsen] [...], dat dient verwezenlijkt te worden door elke zorgverlener, ten aanzien van het geheel van het volume voorschriften in defined daily dosis (DDD) van vergoedbare

farmaceutische specialiteiten [...] door voorschriften te maken van vergoedbare farmaceutische specialiteiten als bedoeld in artikel 34, [...] en vergoedbare farmaceutische specialiteiten als bedoeld in artikel 34, [...], die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten. “

Hiermee betreden we het hoofdstuk dat goed is uitgelegd op volgende RIZIV-website:

(<https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/indicatoren>). Onnodig dure of overbodige verstrekkingen of voorschriften worden dus bepaald aan de hand van indicatoren.

Indicatoren zijn, aldus het RIZIV, een hulpmiddel om het onnodig dure of overbodige karakter van verstrekkingen en farmaceutische specialiteiten te evalueren. Zorgverleners mogen immers geen overbodige of onnodig dure verstrekkingen (laten) voorschrijven of uitvoeren op kosten van de verplichte ziekteverzekering of onnodig risicovol voor patiënten (medische beeldvorming of een operatie, bijvoorbeeld met risico's). Indicatoren helpen ons de (on)doelmatigheid van zorg objectief te beoordelen. Indicatoren zijn maatstaven die duidelijk de grens aangeven tussen appropriate en inappropriate care. De patiënt is de eerste belanghebbende. Het is belangrijk dat die maatstaven ondubbelzinnig bepaald zijn, dat ze algemeen bekend zijn en dat de naleving ervan wordt opgevolgd. Daarom nemen we voor elke indicator de volgende stappen:

De **Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NKRK)** en het **Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen** definiëren deze indicatoren. Ook de **Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle**, wetenschappelijke verenigingen en instellingen die een algemene bekendheid genieten kunnen bij de NKRK en het Comité voor evaluatie een wetenschappelijk dossier indienen, waarin een voorstel van indicator(en) is opgenomen. Ter herinnering, de NKRK is samengesteld uit o.a. huisartsen en artsen-specialisten, artsen die de universiteiten vertegenwoordigen, medisch-wetenschappelijke verenigingen en de ziekenfondsen.

De NKRK op basis van wetenschappelijke studies en vergelijking met andere landen, **keurt een ondubbelzinnige drempelwaarde goed** waarmee de zorgverlener zijn/haar voorschrijf- en aanrekengedrag objectief kan opvolgen en eventueel aanpassen. **De indicator wordt bekendgemaakt in het Belgisch staatsblad.** Bij overschrijding van de drempelwaarde kan de zorgverlener ter verantwoording worden geroepen. Als de overschrijding niet te verantwoorden is, kunnen aangepaste maatregelen worden genomen.

Zorgverleners kunnen dankzij ondubbelzinnig bepaalde indicatoren eerst zelf hun aanreken- en voorschrijfgedrag evalueren. Indien nodig zullen bijkomende maatregelen hen aanzetten tot gedragswijziging naar meer appropriate care. Dat kan bv. via bijkomende sensibilisering, waarschuwing, vaststellingen die kunnen leiden tot recuperatie van onterecht betaalde bedragen aan zorgverleners. Exact daar grijpt art.73bis 4° op in en het huidige ontwerp van Kaderwet op in.

Er zijn indicatoren over:

- het voorschrijven en uitvoeren van overbodige verstrekkingen,
- het voorschrijven en uitvoeren van onnodig dure verstrekkingen,
- het overbodige voorschrijven van farmaceutische specialiteiten,
- De riziv-website bevat een overzicht van de vastgelegde indicatoren “van manifeste afwijking van goede medische praktijk”. De indicatoren treden in werking op de dag van de publicatie in het Belgisch staatsblad.
- **Maagzuurremmers (PPI): indicatoren voor het doelmatig voorschrijven van PPI door huisartsen**
 - De NKRK heeft het percentage patiënten met een voorschrift voor een PPI ten opzichte

van het totale aantal patiënten met minstens één voorschrift voor een farmaceutische specialiteit vastgelegd op maximum 25 %.

- De NRKP heeft het totale aantal DDD aan voorgeschreven PPI ten opzichte van het totale aantal patiënten met een voorschrift voor een PPI vastgelegd op maximum 90 DDD.

- **Antibiotica: indicatoren voor het doelmatig voorschrijven van antibiotica door huisartsen**

- De eerste indicator geeft het maximum percentage patiënten met een voorschrift voor een antibioticum weer ten opzichte van het totale aantal patiënten met een voorschrift voor een farmaceutische specialiteit. De NRKP heeft dat maximum percentage vastgelegd op 45% voor patiënten tot en met 14 jaar en op 23% voor patiënten vanaf 15 jaar.
- De tweede indicator geeft het minimum percentage DDD "zuivere" amoxicilline (niet gecombineerd met clavulaanzuur) weer ten opzichte van het totale aantal DDD amoxicilline (al dan niet gecombineerd met clavulaanzuur). De NRKP heeft dat minimum percentage vastgelegd op 80%.
- De derde indicator geeft het maximum percentage DDD tweedelijsantibiotica weer ten opzichte van het totale aantal DDD antibiotica. De NRKP heeft dat maximum percentage vastgelegd op 20%.

- **Bariatric: Minimaal interval tussen het 1e consult van de chirurg en de operatie.**

- Deze indicator is op 25 september 2023 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en op die datum in werking getreden: "Een periode van minimaal drie volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met een bariatrisch chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De drie volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de dag van de raadpleging."

- **NMR: "vermijding van 'ongepaste' supplementen tijdens niet-dringende, ambulatoire diensten**

- Deze indicator geldt sinds 18 augustus 2023: "De maximale incidentie van ambulante urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde en aangerekende ambulante NMR-onderzoeken per kalenderjaar. Het betreft de NMR-onderzoeken die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26, § 1 en § 9 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen." Deze indicator stelt, bij ambulatoire zorg, een maximale factureringsdrempel in van 5 dringende NMR's per 1.000 uitgevoerde MRI's per kalenderjaar. Dit zijn NMR-scans die worden vastgelegd door nomenclatuurcodes 599572 en 599594.

- **Arthroscopische meniscectomie bij patiënten ouder dan 50 jaar**

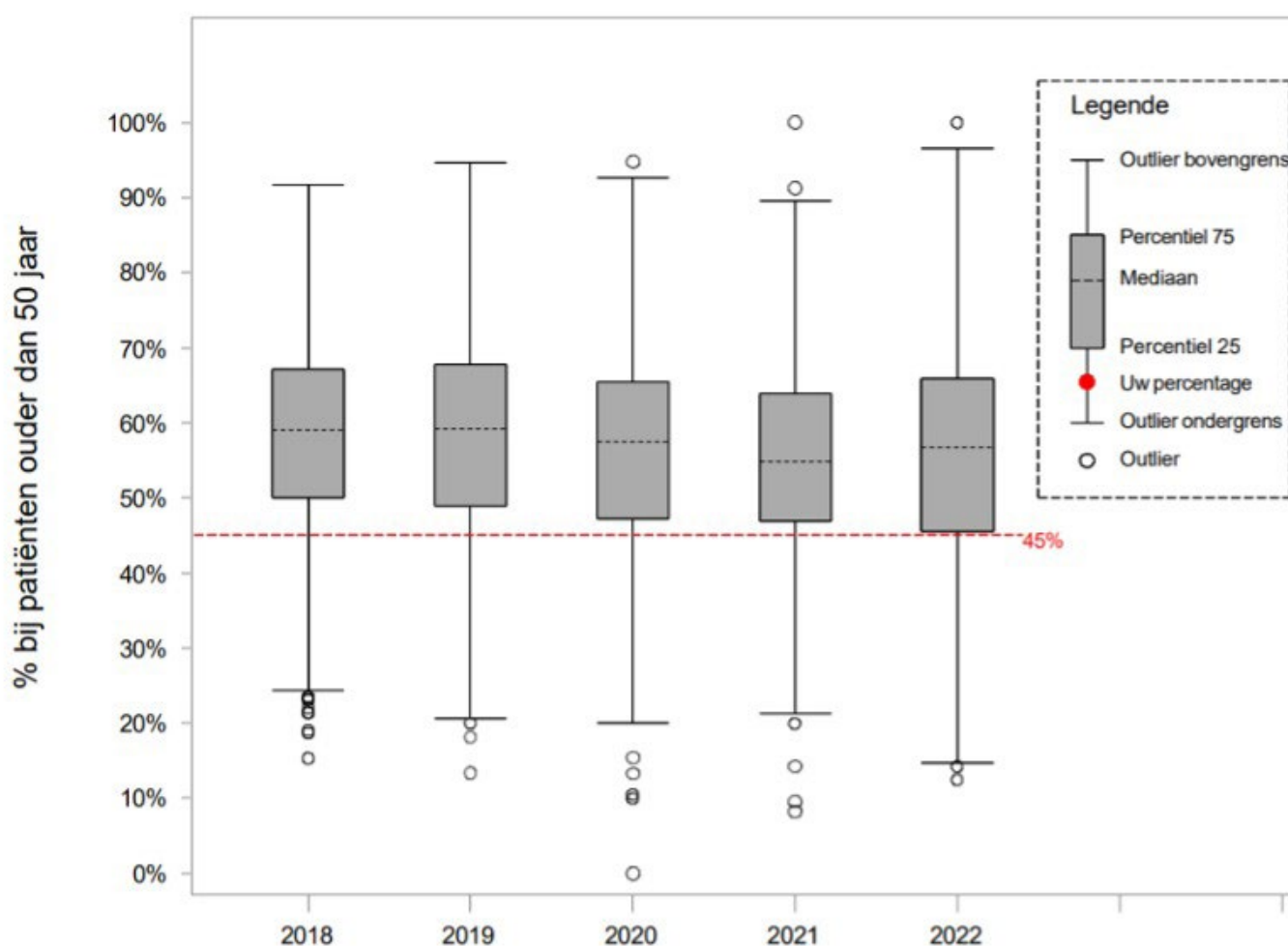
- Deze indicator werd op 17 april 2023 gepubliceerd in het Belgisch staatsblad en trad op die datum in werking: "De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50

jaar worden aangerekend." Uit een nationaal onderzoek van de DGEC van het RIZIV bleek dat 60% van de meniscectomieën in België gebeurden bij patiënten ouder dan 50 jaar. Bij patiënten ouder dan 50 jaar gaat het echter voornamelijk om degeneratieve letsels, waarvoor een meniscectomie geen directe voordelen biedt.

- De voorgestelde indicator beoogt dus het ondoelmatig gebruik van meniscectomie bij patiënten ouder dan 50 jaar te verminderen en de zorgverleners ertoe aan te zetten de indicatiestelling van deze ingreep af te stemmen op de klinische richtlijnen.
- Orthopedisch chirurgen kregen individuele feedback over hun facturatiegedrag van verstrekking 276636-276640 in de 5 jaar voor de publicatie van de indicator, met de bedoeling hun indicatiestelling voor deze ingreep aanpassen. Dergelijke feedback stuurde het RIZIV naar alle orthopedisch chirurgen die deze verstrekking minstens één keer aanrekenden in die 5 jaar. De informatie werd als volgt weergegeven

Figuur en toelichting bij het aanrekengedrag voor arthroskopische meniscectomie bij patiënten ouder dan 50 jaar.

Nomenclatuurnummer 276636-276640 - zorgverlener met RIZIV-nummer *****



De figuur werd begeleid met volgende uitleg: De rode lijn geeft de verantwoordingsdrempel weer die de NRKP heeft goedgekeurd. Zorgverleners met een resultaat boven deze lijn overschrijden de indicator.

De figuur geeft ook de outliergrenzen weer. Outliergrenzen geven geen informatie over uw positie t.o.v. de verantwoordingsdrempel en/of over de kwaliteit van de verleende zorg. Ze geven wel aan of uw aanrekeningedrag aanzienlijk afwijkt van dat van de andere zorgverleners. De formule voor de 'Outlier bovengrens' is $P75 + 1,5 \times$

($P75 - P25$); die voor de 'Outlier ondergrens' is $P25 - 1,5 \times (P75 - P25)$.

Handhaving



- Personen die veroordeeld werden/zijn, kunnen niet zetelen in Riziv-organen
- Verduidelijking slagkracht voor Adva en hun teams
 - Ook vaststellingen van kine, verpleegkundigen en paramedische medewerkers (onder delegatie Adva) hebben bewijskracht tot bewijs van het tegendeel
 - NCAA: bevoegdheid alle verstrekkingen art.34

Het **Nationaal college van adviserend artsen (NCAA)** is bevoegd voor de opvolging van en controle op de afhankelijkheidsgraad die wordt bepaald op basis van onder meer de Katz-schaal (evaluatie van fysieke en psychische afhankelijkheid) en dit in de thuisverpleging, in de oudereninstellingen en in de psychiatrische verzorgingstehuizen.



onder het mom dat het gaat om de "2-3% outliers of excessen of malafiede praktijken", wordt de volledige artsengroep gegijzeld in de Kaderwet

Adva staat voor Arbeidsongeschiktheidsverzekering en is het onderdeel van het RIZIV dat uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid behandelt.

Tabel 5. Afgesloten controleonderzoeken in 2022, volgens beslissing van de arts-inspecteur-generaal

Beslissing	Aantal onderzoeken	%	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Negatief	94	13	0,00	0,00
Informatief	229	32	0,00	0,00
Waarschuwing	49	7	0,00	0,00
Vaststelling zonder adm. procedure	188	27	3.919.409,37	3.919.416,20
Vaststelling met adm. procedure	82	12	6.206.947,91	1.880.142,39
Zonder gevolg DGEC	67	9	1.546.881,15	544.729,60
TOTAAL	709	100	11.673.238,43	6.344.288,19

Binnen het handhavingsbeleid wordt de rol van IMA steeds meer een rol op zich van DGEC. De bevoegdheid tot fraudeonderzoek door het IMA wordt wettelijk verankerd in art 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002. Het IMA zal dat doen aan de hand van van de analyse van de verzamelde cijfers van het Intermutualistisch Agentschap. Het gaat niet enkel over fraude, maar ook over "overconsumptie, ondoelmatige zorg, enz". Vraag is steeds opnieuw waar de grens is van deze slippery slope. Ook dit is Staatsgeneeskunde wanneer niet duidelijk bepaald wordt wat "ondoelmatige" zorg is.

Op 27.06.2025 verscheen volgende nota van de Minister om context en toelichting te verschaffen bij bepalingen inzake RIZIV-nummers in de hervormingswet.

"Het voorontwerp hervormingswet gezondheidszorg voorziet dat RIZIV-nummers van zorgverleners opgeschort kunnen worden in geval van ernste inbreuken op de RIZIV-wetgeving, op de FODwetgeving inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering en bij schorsing/schrapping door de Orde.

Opschorting van het RIZIV-nummer betekent geen definitief verlies, maar wel dat de zorgverlener gedurende een welbepaalde periode niet kan factureren aan de ziekteverzekering. De bepaling richt zich op zorgverleners die definitief of tijdelijk geen visum hebben, of waarvoor de sociaal inspecteurs van de DGEC een inbreuk vaststelden waarvoor een administratief rechtscollege ingesteld bij het RIZIV (dus niet door de leidend ambtenaar van de DGEC) deze maatregel als sanctie oplegt. De maatregel heeft, geenszins tot doel om 'dure' artsen te schorsen of -laat staande minister de mogelijkheid te geven om arbitrair RIZIV-nummers te schrappen. Het voorontwerp is aangepast om die misverstanden de wereld uit te helpen.

In het voorontwerp van hervormingswet handelen de artikelen X+49 en X+51 tot X+54 over de schorsing van de RIZIV-nummers. De lezing ervan leidt tot veel misverstanden, bezorgdheden en verzet op terrein, en dit op basis van interpretaties die haaks staan op de doelstelling van deze artikelen, met name het viseren van zorgverleners die ernstige inbreuken op de regelgeving hebben begaan. Deze artikelen worden daarom aangepast, zodat ze voor iedereen eenduidig leesbaar zijn.

Wat is de doelstelling?

Eerst en vooral is er momenteel geen algemene regeling die stelt dat een zorgverlener een actief RIZIV-nummer moet hebben om te kunnen aanrekenen en attesteren in de ziekteverzekering. Deze algemene regel, die een administratief gegeven is, wordt voorzien. Verder is er momenteel geen eenduidig juridisch kader om een RIZIV-nummer te schorsen. Dat wordt voorzien, en dit in volgende gevallen.

Inbreuken op de FOD-wetgeving inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering.

Een eerste regel die voorzien wordt, is dat, wanneer een zorgverlener tijdelijk of definitief zijn visum verliest ten gevolge van een beslissing van de Federale Toezichtscommissie (die instaat voor de handhaving van de FOD-wetgeving inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering), automatisch – voor de duur van het verlies van het visum – ook zijn RIZIV-nummer opgeschort ziet. De Toezichtscommissie treedt op bij schendingen van de wetgeving op de kwaliteit van de praktijk van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Die wetgeving bepaalt wat de randvoorwaarden zijn om veilige en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor patiënten te verzekeren. De Toezichtscommissie heeft meerdere sanctie-instrumenten ter beschikking; de tijdelijke of definitieve intrekking van het visum wordt enkel bij ernstige inbreuken op de wetgeving toegepast. Denk bv. aan mensen die zodanig verslaafd zijn dat ze een gevaar vormen voor hun patiënten, of mensen die ondanks een diploma geworden zijn tot charlatans. Het is logisch dat een zorgverlener die niet wordt toegestaan de praktijk uit te voeren, ook niet mag aanrekenen. Dit is geen nieuw gegeven, en was vandaag al de stelregel. Maar op het terrein blijkt dat dit niet altijd correct wordt toegepast. Een analyse van de DGEC toonde zo aan dat er in 2021-2022 28 tuchtsancties (schorsingen of schrappingen) werden uitgesproken door de Orde van Artsen of de Orde van Apothekers en 39 schorsingen of intrekkingen van visa door de toenmalige Provinciale Medische Commissie. Deze 67 beslissingen betroffen in totaal 56 zorgverleners. Twaalf van hen hebben tijdens deze periode verstrekkingen aangerekend aan de ziekteverzekering terwijl ze hun beroep niet mochten uitoefenen als gevolg van intrekking van het visum (9), schorsing door de Orde van Artsen (1) en schrapping door de Orde van Artsen (2). Dat je zorgverstrekkers die hun visum tijdelijk of definitief verliezen, verhindert om nog prestaties te leveren en voor te schrijven die terugbetaald worden door het RIZIV is ook belangrijk ter bescherming van de patiënt. Zolang prestaties van een zorgverlener terugbetaald worden is het voor individuele burgers heel moeilijk om te weten dat iemand van de Toezichtscommissie een verbod op praktijkvoering gekregen heeft. Hetzelfde geldt voor een schorsing of schrapping door de Orde der

Artsen en de Orde der Apothekers. Het voorontwerp voorziet tevens dat de zorgverlener de patiënt moet inlichten dat zijn RIZIV-nummer geschorst is. Dit is nodig om te vermijden dat hij/zij alsnog aanrekenen aan de patiënt, waarna de patiënt geen terugbetaling van de mutualiteit verkrijgt. Indien hij deze informatie niet verstrekt, zal de mutualiteit de aangerekende bedragen kunnen terugvorderen.

Ernstige inbreuken op de RIZIV-reglementering

Een tweede regel die voorzien wordt, is dat voortaan, bij ernstige inbreuken op de RIZIV-wetgeving het administratief rechtscollege de mogelijkheid heeft om, als alternatief voor een geldboete, een tijdelijke schorsing van het RIZIV-nummer op te leggen. Het gaat met name om inbreuken die een ernstgraad hebben die de behandeling door de leidend ambtenaar overstijgen en aldus vanaf eerste aanleg op het niveau van het administratief rechtscollege van de DGEC van het RIZIV worden behandeld. Het gaat dus om ernstige inbreuken. Vandaag kan in geval van ernstige inbreuken aan de zorgverleners, naast het terugbetalen van het onterecht aangerekend bedrag, een administratieve geldboete (al dan niet met uitstel) worden opgelegd. Deze sanctie heeft een dubbel doel, enerzijds repressief voor de gepleegde inbreuken, anderzijds preventief naar de toekomst toe om de zorgverlener te ontraden nog inbreuken te plegen. De praktijk leert evenwel dat een administratieve geldboete sommige malafide zorgverleners niet afschrikt. Sommige zorgverleners betalen zonder problemen de opgelegde maatregelen maar rekenen verder onterechte prestaties aan. Andere zorgverleners betalen soms gewoon niet. Alhoewel dan verdere stappen gezet kunnen worden, bijvoorbeeld via de invordering door de FOD Financiën, zijn dit vaak tijdrovende procedures, en kan de zorgverlener ondertussen blijvend en onjuist aanrekenen aan de ziekteverzekering. Vandaar dat de mogelijkheid wettelijk verankerd wordt om in zware gevallen het RIZIV-nummer tijdelijk te schorsen. Het gaat om een tijdelijke maatregel, en dus geen intrekking van het nummer. Het zal ook enkel mogelijk zijn bij ernstige inbreuken die starten voor de administratieve rechtscolleges van het RIZIV, en niet in lichtere dossiers die door diezelfde rechtscolleges in beroep worden behandeld. Dit wordt verduidelijkt in het voorontwerp. De maatregel die voorzien wordt in het kader van handhaving kan enkel opgelegd worden door de administratieve rechtscolleges in het kader van een administratieve procedure waarin de zorgverlener zoals steeds zijn rechten van verdediging kan uitoefenen. Het zal in die zin geen eenzijdige beslissing zijn maar een beslissing die genomen wordt door een rechtscollege volgend op vaststellingen van de sociaal inspecteur van de DGEC.

Enkele voorbeelden

Ernstige inbreuken op de regelgeving van de ziekteverzekering krachtig bestrijden is cruciaal. Niet enkel om ervoor te zorgen dat de middelen goed worden besteed maar ook om het vertrouwen in de zorgverleners hoog te houden. Alhoewel uitzonderlijk, komen zware inbreuken voor zoals blijkt uit onderstaande voorbeelden uit de praktijk.

1. Thuisverpleegkundige

Controleonderzoeken:

- 2017: controleonderzoek met vaststelling + sanctie, voor in totaal 67.800 EUR. Nog verschuldigd aan het RIZIV: 32.300 EUR Vaststelling: aanrekening van 524 niet uitgevoerde prestaties (toiletten en forfaits) en 14.745 niet conform aangerekende prestaties (overscoring van de afhankelijkheidsgraad van de verzekerde)
- 2020: controleonderzoek met vaststelling + sanctie, voor in totaal van 1.660.000 EUR. De zorgverlener betaalt niets terug, en blijft verder hoge bedragen aanrekenen aan de ziekteverzekering. Vaststelling: aanrekening van 610 niet uitgevoerde prestaties en twee inbreuken van niet conforme prestaties: 626 forfaits zonder toilet en 29.774 aanrekeningen op basis van een overscoring van de afhankelijkheidsgraad van de verzekerde.

Aanrekening:

- *2021: aanrekening prestaties RIZIV: 787.000 EUR*
- *2022: aanrekening prestaties RIZIV: 1.150.000 EUR*
- *2023: aanrekening RIZIV: 1.108.000 EUR*
- *2024 S1: aanrekening RIZIV: 456.000 EUR*

Het gaat hier dus om een zorgverlener die het RIZIV 1,7 miljoen EUR verschuldigd is; en dit gelijktijdig elk jaar nog zo'n miljoen euro aan de ziekteverzekering aanrekent.

2. Arts

Controleonderzoek:

- *2019: controleonderzoek met vaststelling + sanctie van in totaal 972.830 EUR. Nog verschuldigd aan het RIZIV: 935.830 EUR.*

Vaststelling: aanrekening van 5.920 niet uitgevoerde prestaties en twee niet conforme inbreuken. Enerzijds 13.605 onterechte aanrekening van het dringendheidshonorarium en anderzijds 17.760 aanrekeningen van een consult in plaats van een advies. Aanrekening:

- *2020: aanrekening prestaties RIZIV: 780.000 EUR*
- *2021: aanrekening prestaties RIZIV: 600.000 EUR*
- *2022: aanrekening prestaties RIZIV: 591.000 EUR*
- *2023: aanrekening prestaties RIZIV: 572.000 EUR*
- *2024 S1: aanrekening prestaties: 312.000 EUR*

Het gaat hier dus om een zorgverlener die het RIZIV 1.935.000 EUR verschuldigd is; en dit gelijktijdig elk jaar zo'n 600.000 euro aan de ziekteverzekering aanrekent.

3. Tandarts

Controleonderzoeken:

- *2002: controleonderzoek met vaststelling + sanctie van in totaal 27.000 EUR. Volledig terugbetaald.
Vaststelling: 53 niet uitgevoerde prestaties en 122 niet conforme prestaties.*
- *2017: controleonderzoek met vaststelling + sanctie van in totaal 425.600 EUR. Nog verschuldigd aan het RIZIV: 227.700 EUR*

Vaststelling: 30 niet uitgevoerde prestaties en drie soorten niet conforme prestaties. 985 kanaal-vullingen zonder radiografische controle, 256 niet conforme radiologische controles en 2800 esthetische behandelingen

- 2019: controleonderzoek met vaststelling + sanctie van in totaal 462.200 EUR. Nog verschuldigd aan het RIZIV: 400.000 EUR
Vaststelling: 1.616 niet uitgevoerde prestaties en drie soorten niet conforme prestaties. 317 aanrekeningen van radiografische onderzoeken zonder de nodige toelating, 86 kanaalvullingen zonder radiografische controle en 665 esthetische prestaties.

Aanrekeningen:

- 2020: aanrekening prestaties RIZIV: 728.000 EUR
- 2021: aanrekening prestaties RIZIV: 924.000 EUR
- 2022: aanrekening prestaties RIZIV: 551.000 EUR
- 2023: aanrekening prestaties RIZIV: 849.000 EUR
- 2024 S1: aanrekening prestaties RIZIV: 278.000 EUR

Het gaat hier dus om een zorgverlener die het RIZIV 627.000 EUR verschuldigd is; en dit gelijktijdig elk jaar grote bedragen aan de ziekteverzekering aanrekent.

Conclusie

Het voorontwerp gaat dus over zorgverleners die ernstige inbreuken op de regelgeving hebben begaan. Het is geenszins de bedoeling om artsen die te 'duur' zouden zijn te schorsen of om de minister de mogelijkheid te geven om zomaar het RIZIV-nummer te schorsen. Er was misverstand ontstaan doordat het voorontwerp voorzag dat op een latere datum, in een Koninklijk Besluit, andere redenen (andere dan fraude) ingevoerd kunnen worden om een RIZIVnummer in te trekken. Deze passage -die ook sprak over gebruik en toekenning van het Rizivnummer- was ingegeven vanuit administratieve en praktische overwegingen. Daarbij werd bijvoorbeeld gedacht aan gepensioneerde zorgverleners die al lang niet meer presteren. De artsenorganisaties zijn zelf vragende partij om deze mensen uit de RIZIV-statistieken over het aantal artsen te halen. Gegeven de begrijpelijke bezorgdheden die rond deze bijkomende mogelijkheden ontstaan zijn, wordt deze passage volledig geschrapt. Het gaat concreet om: "Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet. De Koning kan de nadere regels bepalen inzake de uitreiking, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid."

Versie 2 en Versie 3

Vanaf versie 2 werd de bedoelde passage effectief geschrapt: "Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet. De Koning kan de nadere regels bepalen inzake de uitreiking, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid."

Wat de inbreuken betreft is er niets gewijzigd. In tegenstelling tot wat bovenstaande duidelijke voorbeelden van fraude laten vermoeden ligt de weg open naar sanctionering van iedere arts, huisarts of andere die inzake indicatoren afwijkt van de indicator die in het Belgisch Staatsblad is verschenen.

Standpunt artsen

Binnen artikel 73bis is de grootste kans op fraude, zeker niet altijd, in 73bis,1°. De sancties zijn in dat geval ook nu al het zwaarst. Bij artikel 73bis, 2° gaat het om interpretatieverschillen tussen DGEC en zorgverleners: dat is niet altijd heel erg clearcut. De discussies gaan vaak over begrippen in de huidige

nomenclatuur, zoals 'resectie', 'opereerstreek', 'heelkundig', 'diepliggend', enzoverder. 73bis, 3° komt quasi niet voor. Artikel 73bis, 4° is een brug te ver om een opschorting van het RIZIV-nummer op te lopen tot 2 jaar. Wie bepaalt wat 'overconsumptie' is of niet? In het voorontwerp van Kaderwet is de arts hier te weinig beschermd. Voor ons moet art. 73bis, 4° verdwijnen uit de voorwaarden waarop men zich kan beroepen om een opschorting van het RIZIV-nummer uit te spreken als sanctie.

HANDHAVINGSBELEID BUITEN DE KADERWET MAAR BINNEN HET REGEERAKKOORD

Het regeerakkoord voorziet in een versterking van de Federale Toezichtscommissie. Hiertoe heeft Minister Vandenbroucke een voorontwerp van wet tot wijziging van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (CO-A-2025-110) ingediend. Hierover heeft de Gegevensbeschermingsautoriteit een advies geformuleerd op 20 oktober 2025 dat we in extenso hieronder weergeven.

Het voorontwerp van wet beoogt de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (hierna "Kwaliteitswet") te wijzigen, teneinde de procedures voor de Federale Toezichtcommissie¹ te verbeteren en te vereenvoudigen; de controlemiddelen van diens inspecteurs uit te breiden en de bevoegdheden van deze Toezichtcommissie uit te breiden tot inbreuken op de wetgeving die de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen regelt². Het voorontwerp van wet wil ook de naleving van het wettelijk kader verbeteren door de invoering van een systeem van administratieve geldboetes ter aanvulling van de gerechtelijke procedures.

Het voorontwerp van wet betreft de aanzienlijke uitbreiding van de controlemiddelen (onderzoeks- en vaststellingsbevoegdheden) van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie, zoals beschreven in artikel 52 van de Kwaliteitswet. Thans beperkt artikel 52 van de kwaliteitswet zich tot verwijzing naar "toegang tot de lokalen waar de gezondheidszorgbeoefenaars gezondheidszorg verstrekken" en "zich alle inlichtingen die noodzakelijk zijn voor het toezicht laten verstrekken en zich alle bescheiden of elektronische dragers laten overhandigen die zij voor de uitoefening van hun controleopdracht behoeven". Met het voorontwerp van wet, voorgenomen uitbreiding van artikel 52 Kwaliteitswet, wordt aan deze onderzoeksbevoegdheden o.m. toegevoegd:

- zonder voorafgaande verwittiging alle plaatsen betreden en doorzoeken waar gezondheidszorg wordt verleend of ook andere plaatsen die aan hun toezicht zijn onderworpen;
- overgaan tot elk onderzoek, elke controle, en elk verhoor en daarbij gelijk welke persoon ondervragen alsook de identiteit opnemen van gelijk welke persoon (en dit met inbegrip van foto's, film- en video-opnamen);
- overgaan tot inbeslagname en verzegeling van informatiedragers en andere voorwerpen;
- bijstand van de openbare macht vorderen;
- toegang tot de applicatie Dolsis en (niet nader gedefinieerde) federale databanken over de praktijk, de praktijkomstandigheden, het sociaal statuut en de bedrijfsgegevens van gezondheidszorgbeoefenaars;
- gebruikmaking van een fictieve identiteit in het licht van de 'mysteryshopper-techniek';
- gegevensdeling met (niet nader gedefinieerde) autoriteiten belast met toezicht op andere wetgevingen;

- gegevensverzekrijging van alle diensten van de Staat.

De hiervoor opgelijste bevoegdheden kunnen de verwerking van persoonsgegevens met zich meebrengen, of het nu gaat om gegevens betreffende het beheer van het onderzoek en het betrokken dossier, dan wel om de uitvoering van specifieke maatregelen die de verwerking van bepaalde persoonsgegevens met zich meebrengen. De Autoriteit zal hieronder nagaan of en in welke mate het voorontwerp van wet en de daarmee gepaard gaande gegevensverwerkingen, stroken met de gegevensbeschermingsprincipes zoals deze, in het bijzonder, voortvloeien uit de AVG en de WVG. Het voorontwerp van wet voorziet in een aanzienlijke uitbreiding van het arsenaal aan controlemiddelen voor de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie, welke enigszins geïnspireerd lijkt op bevoegdheden die thans reeds bestaan voor de sociale inspectie (artikelen 18 e.v. van het Sociaal Strafwetboek) en de economische inspectie (artikelen XV.1 e.v. van het Wetboek van economisch recht).

Het staat buiten kijf dat een dergelijk uitgebreid arsenaal onderzoeks- en inspectiemogelijkheden en de daarmee gepaard gaande gegevensverwerkingen een aanzienlijke inmening uitmaken in de rechten en vrijheden van de betrokkenen. Het voorontwerp van wet beschrijft de nieuwe controlemiddelen in uitermate ruime bewoordingen (wat de voorzienbaarheid geenszins ten goede komt) terwijl dit niet steeds gepaard gaat met de nodige waarborgen en garanties ter beperking van de risico's voor de rechten en vrijheden van de betrokken personen (zoals bv. toezicht/bevestiging door het openbaar ministerie of een onderzoeks-rechter). De Autoriteit acht het bijgevolg aangewezen hieronder een aantal belangrijke algemene beginse-len inzake de normatieve omkadering van gegevensverwerkingen in herinnering te brengen.

Elke verwerking van persoonsgegevens die door regelgeving wordt ingevoerd, houdt in principe een beperking in van het recht op bescherming van persoonsgegevens. Bij de voorbereiding van een ontwerp van normatieve tekst die verwerkingen van persoonsgegevens regelt, dient bijgevolg eerst te worden nagegaan of de geviseerde maatregel wel noodzakelijk is om het legitieme doel te bereiken dat ermee wordt beoogd. Deze noodzakelijkheidstoets impliceert dat de opsteller van een ontwerp van normatieve tekst een voorafgaande analyse uitvoert van enerzijds de feiten die de invoering van de maatregel rechtvaardigen en anderzijds de efficiëntiegraad van de maatregel in het licht van het doeleinde dat ermee wordt beoogd (noodzakelijkheids- en evenredigheidsbeginsel).

Indien de noodzaak van de verwerking van persoonsgegevens aangetoond is, moet daarnaast ook nog worden aangetoond dat de verwerking in verhouding staat (in strikte zin) tot het nagestreefde doel, d.w.z. dat er een juist evenwicht is tussen de verschillende aanwezige belangen en de rechten en vrijheden van de betrokkenen; er dient met andere woorden nagegaan te worden of de nadelen veroorzaakt door de geplande verwerking niet buitensporig zijn ten opzichte van het nagestreefde doel.⁵ Bij deze analyse dient de opsteller ook na te gaan of zijn doel eventueel kan worden bereikt via een maatregel die vanuit gegevensbeschermingsoogpunt minder ingrijpend is.

De opsteller van een normatieve tekst die verwerkingen van persoonsgegevens regelt, moet kunnen aantonen dat deze voorafgaande analyse van noodzakelijkheid en evenredigheid is uitgevoerd. Uit het adviesaanvraagformulier blijkt evenwel dat geen gegevensbeschermingseffectbeoordeling werd uitgevoerd. De Autoriteit herinnert er in dit verband aan dat een dergelijke gegevensbeschermingseffectbeoordeling overeenkomstig artikel 35.3 van de AVG⁶ moet worden uitgevoerd voordat enige door het voorontwerp van wet gegenereerde gegevensverwerking plaatsvindt. Deze moet daarenboven voor advies aan de Autoriteit worden voorgelegd indien blijkt dat hoog restrisico persisteert voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen (noodzakelijkheids- en evenredigheidsbeginsel).

De Autoriteit brengt voorts in herinnering dat elke verwerking van persoonsgegevens een rechtmatigheidsgrond moet hebben, zoals bepaald in artikel 6, lid 1, van de AVG. Gegevensverwerkingen die bij een normatieve maatregel zijn ingevoerd, zijn bijna altijd gebaseerd op artikel 6, lid 1, punt c) of e), van de AVG. Krachtens artikel 22 van de Grondwet⁸, artikel 8 van het EVRM en artikel 6, lid 3, van de AVG, moet

voor dergelijke verwerkingen duidelijke en nauwkeurige regelgeving gelden, waarvan de toepassing voor de betrokkenen voorzienbaar moet zijn. Met andere woorden, de regelgeving die de gegevensverwerking regelt of waarvan de toepassing een gegevensverwerking met zich meebrengt, moet voldoen aan de vereisten van voorzienbaarheid en nauwkeurigheid, zodat bij lezing ervan, de betrokkenen duidelijk kunnen begrijpen welke verwerkingen met hun gegevens zullen worden verricht en onder welke omstandigheden deze verwerkingen zijn toegestaan (Legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel).

De graad van nauwkeurigheid en precisie en daarbij het voorzienbaar karakter van het wetgevend kader is des te belangrijker wanneer dat een aanzienlijke inmenging vormt op de rechten en vrijheden van de betrokken personen, niettegenstaande het feit dat dit kader an sich een gerechtvaardigd doel kan nastreven. Hoewel de Autoriteit begrijpt en ook al eerder erkende dat een strikte afbakening van toezichts-, onderzoeks- en controleopdrachten en inzonderheid de daarmee gepaard gaande gegevensverwerkingen conform het legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel niet altijd evident is, schiet het voorontwerp van wet op dit vlak tekort (zoals hieronder in detail zal worden besproken). Een herwerking dringt zich alleszins op met aandacht voor duidelijk en nauwkeurig omschreven begrippen en bevoegdheden.

Bevoegdheden van de inspecteurs van de Toezichtcommissie en de daarmee gepaard gaande gegevensverwerkingen worden uitgebreid in volgende domeinen:

- overtredingen vaststellen;
- huiszoekingen;
- controle,
- verhoor en identificatie van elke persoon;
- opvragen van bescheiden en elektronische dragers;
- inbeslagname en verzegeling; bijstand openbare macht;
- toegang federale databanken;
- aanwending van mystery-shopping techniek;
- vrijgave van informatie aan alle autoriteiten;
- opvragen van informatie bij alle diensten van de Staat.

Met betrekking tot de vaststelling van overtredingen stipuleert het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 1° Kwaliteitswet dat de door de Koning aangewezen inspecteurs van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid (hierna "de inspecteurs"), die de Toezichtcommissie bijstaan, "overtredingen van de wetgeving waarop zij toezicht uitoefenen vaststellen". Deze inspecteurs worden in de toekomst bevoegd om "feiten die een strafrechtelijke inbreuk kunnen vormen, gepleegd door eenieder die geen gezondheidszorgbeoefenaar is, te onderzoeken en er aangifte van te doen in de zin van de strafbepalingen van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 (...), de wet van 29 april 1999 (...) of de wet van 23 mei 2013 (...)". Ingevolge samenlezing van het nieuw in de Kwaliteitswet in te voeren artikel 51 en het gewijzigde artikel 45, tweede lid, van de Kwaliteitswet, zijn deze inspecteurs eveneens bevoegd om de Federale Toezichtcommissie, bij te staan met het oog op:

"1° toezicht uitoefenen op de fysieke en psychische geschiktheid van de gezondheidszorgbeoefenaars om zonder risico's de uitoefening van hun beroep voort te zetten;

2° toezicht uitoefenen op de naleving door de gezondheidszorgbeoefenaars van de bepalingen van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan;

3° het onderzoeken en aangeven van het plegen van feiten die een strafrechtelijke inbreuk kunnen vormen door gezondheidszorgbeoefenaars in het kader van de strafbepalingen van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 (...), de wet van 29 april 1999 (...) of de wet van 23 mei 2013 (...);

4° toezicht uitoefenen op de naleving door de gezondheidszorgbeoefenaar van de rechten van de patiënt zoals bedoeld in hoofdstuk 3 van de wet van 22 augustus 2002 (...);

5° desgevallend dringende maatregelen te nemen ten aanzien van een gezondheidszorgbeoefenaar, indien zijn verdere beroepsuitoefening voor zware gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid doet vrezen." (onderlijning door de Autoriteit)

De hiervoor onderlijnde begrippen 'risico's' en 'zware gevolgen' moeten worden uitgeklaard en nauwkeurig gedefinieerd met het oog op een duidelijke afbakening van de inspectiebevoegdheden. Afgezien hiervan, is de Autoriteit van oordeel dat uit voormelde oplijsting kan worden afgeleid dat daarbij (persoons) gegevens zullen worden verwerkt van:

- gezondheidszorgbeoefenaars;
- iedere persoon die ervan verdacht wordt een strafrechtelijke inbreuk te hebben gepleegd op voormelde wetten van 10 mei 2015, van 29 april 1999 en van 23 mei 2013;
- patiënten.

De Autoriteit merkt daarbij op dat met betrekking tot de patiënten, die niet zozeer zelf het voorwerp uitmaken van voormeld toezicht, voor zoveel als mogelijk gebruik moet worden gemaakt van niet rechtstreeks identificerende persoonsgegevens (maar veeleer van geanonimiseerde gegevens of gepseudonimiseerde persoonsgegevens) en dit in het licht van het beginsel van minimale gegevensverwerking (artikel 5.1.c) AVG).

Met betrekking tot (huis)zoeking geeft het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 2° Kwaliteitswet aan voormelde inspecteurs de mogelijkheid om zonder voorafgaande verwittiging "alle plaatsen (te) betreden en (te) doorzoeken waar gezondheidszorg wordt verleend, of andere plaatsen die aan hun toezicht onderworpen zijn, zelfs indien deze voor het publiek niet toegankelijk zijn" en meer in het algemeen "alle plaatsen waar zij redelijkerwijze vermoeden dat er inbreuken gepleegd worden op de bepalingen van de wetgevingen waarop zij toezicht uitoefenen". Wanneer deze zoeking plaatsvindt tussen 21u en 5u of wanneer de zoeking bewoonde lokalen betreft, vereist deze een voorafgaande toelating vanwege de politierechtbank. In het licht van voormeld evenredigheidsbeginsel is de Autoriteit van oordeel dat een (her)evaluering zich opdringt inzake de inbreuken die qua ernst en impact een dergelijk intrusief controlemiddel kunnen rechtvaardigen. Een gebeurlijke bijkomende afbakening terzake in het voorontwerp van wet lijkt daarbij aan de orde.

Met betrekking tot het aspect "Controle, verhoor en identificatie van elke persoon" laat het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 3° Kwaliteitswet de inspecteurs toe "(over te gaan) tot elke onderzoek, elke controle en elk verhoor, zo nodig onaangekondigd, alsook alle inlichtingen (in te winnen) die zij nodig achten om zich ervan te vergewissen dat de bepalingen van de wetgeving waarop zij toezicht uitoefenen werkelijk worden nageleefd, en inzonderheid:

- a. gelijk welk persoon wiens verhoor zij nodig achten, ondervragen over alle feiten die dienstig kunnen zijn voor de uitoefening van het toezicht;
- b. de identiteit opnemen van gelijk welk persoon, wiens verhoor zij nodig achten voor de uitoefening van het toezicht; daartoe kunnen zij van deze personen de overlegging vorderen van officiële

identiteitsdocumenten, of deze identiteit trachten te achterhalen met andere middelen met inbegrip van het maken van foto's, film- en video-opnamen".

De Autoriteit stelt vast dat ook deze bepaling aan de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie een uitermate ruime bevoegdheid verleent ('élk onderzoek', 'élk verhoor', 'gelijk welke persoon', welke eveneens verduidelijking en gebeurlijke beperking vereist in het licht van voormeld evenredigheidsbeginsel. De Autoriteit adviseert daarbij tevens het woord 'nodig' of 'dienstig' steeds te vervangen door 'strikt noodzakelijk', wat in lijn ligt met het beginsel van minimale gegevensverwerking (artikel 5.1.c) AVG). De Autoriteit merkt daarbij op dat de lijst van betrokkenen, ingevolge voormelde bepaling moet worden aangevuld met iedere persoon waarvan de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie het verhoor noodzakelijk achten.

Met betrekking tot het "opvragen van bescheiden en elektronische dragers" bepaalt het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 4° Kwaliteitswet o.m. dat de inspecteurs "alle inlichtingen die noodzakelijk zijn voor het onderzoek opvragen en zich, zonder verplaatsing, alle bescheiden of elektronische dragers die zij voor de uitoefening van hun controleopdracht behoeven, doen voorleggen en uittreksels, afschriften, afdrukken, uitdraaien, kopieën of fotokopieën ervan nemen of zich (die) kosteloos laten verstrekken". In de mate dat een gebrek aan medewerking aan onderzoeksdaden, in navolging van het gewijzigde artikel 58/1, §1, tweede lid, van de Kwaliteitswet, aanleiding kan geven tot een administratieve geldboete, lijkt het gepast dat wordt voorzien in een redelijke termijn -in verhouding tot de omvang van het verzoek van de betrokken inspecteurs- om aan het gevraagde te voldoen. Tot slot vraagt de Autoriteit zich af in hoeverre de mogelijkheid om elektronische dragers (zoals bv. harde schijven) die nodig zijn voor hun onderzoek en vaststellingen, 'zonder verplaatsing te laten verstrekken' geen bevoegdheid uitmaakt die reële gelijknissen vertoont met inbeslagname. De Autoriteit is bijgevolg van oordeel dat deze mogelijkheid gepaard moet gaan met soortgelijke waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokken personen. De Autoriteit merkt met name op dat de inbeslagneming zou moeten worden bevestigd door het rechterlijke macht (binnen een termijn van ten hoogste vijftien dagen), naar analogie met wat artikel XV.5 van het Wetboek van economisch recht terzake voorziet in het kader van de economische inspectie.

Met betrekking tot de "inbeslagname en verzegeling" laat het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 5° Kwaliteitswet de inspecteurs o.m. toe over te gaan tot "inbeslagname of verzegeling van (voormelde) informatiedragers en van elk voorwerp dat dient als bewijs of dat het mogelijk maakt handelingen te verrichten die een gevaar vormen voor de volksgezondheid of patiënten, ongeacht of de gezondheidszorgbeoefenaar, de werkgever, zijn aangestelden of zijn lasthebbers al dan niet eigenaar zijn van deze informatiedragers" (...). Het hiervoor vermelde begrip 'gevaar (voor de volksgezondheid of patiënten)' moeten worden uitgeklaard en nauwkeurig gedefinieerd met het oog op een duidelijke afbakening van de inspectiebevoegdheden van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie. In het licht van voormeld evenredigheidsbeginsel is de Autoriteit van oordeel dat een (her)evaluering zich opdringt inzake de inbreuken die qua ernst en impact een dergelijke intrusieve controlemiddelen kunnen rechtvaardigen. Een gebeurlijke bijkomende afbakening terzake in het voorontwerp van wet lijkt daarbij aan de orde. Naar analogie met wat artikel XV.5 van het Wetboek van economisch recht voorziet in het kader van de economische inspectie, adviseert de Autoriteit te voorzien dat een inbeslagname of verzegeling moet worden bevestigd door de rechterlijke macht binnen een termijn van 15 dagen.

Met betrekking tot "Bijstand openbare macht" geeft het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 6° Kwaliteitswet de inspecteurs de mogelijkheid "de bijstand van de openbare macht te vorderen" evenals "de bevoegde autoriteiten tevens bijstand (te verlenen) bij de uitoefening van hun taken". Wat het gebeurlijk opvorderen van de openbare macht betreft, is de Autoriteit ook hier van oordeel dat -in het licht van voormeld evenredigheidsbeginsel- een (her)evaluering zich opdringt inzake de inbreuken die qua ernst en impact een dergelijke machtsontplooiing kunnen rechtvaardigen. Een gebeurlijke bijkomende afbakening terzake (incl. waarborgen en controlesystemen) in het voorontwerp van wet lijkt daarbij aan de orde. De Autoriteit bevroeg de aanvrager voorts inzake voormelde bijstand die de inspecteurs kunnen leveren

aan 'de bevoegde autoriteiten bij de uitoefening van hun taken'. De aanvrager repliceert: "Il s'agit d'assistance, par exemple en qualité d'experts, qui est faite au Parquet ou aux services de polices, aux services de l'INAMI ou de l'AFMPS". In de mate dat voormelde bijstand een verwerking van persoonsgegevens kan impliceren, moet deze in het voorontwerp van wet nader gedefinieerd worden in het licht van het legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel, evenals een exhaustieve oplijsting van de autoriteiten die om deze bijstand kunnen verzoeken.

Met betrekking tot de "Toegang federale databanken" voorziet het nieuw in te voegen artikel 52, §1, 7° Kwaliteitswet voor de inspecteurs, in het kader van hun toezicht, "toegang tot (en gebruik van) de applicatie DOLSIS en (van) de relevante gegevens uit de federale databanken over de praktijk, de praktijkomstandigheden, het sociaal statuut en de bedrijfsgegevens van de gezondheidszorgbeoefenaars". De Autoriteit bevroeg de aanvrager omtrent deze uitermate ruim geformuleerde toegang voor de inspecteurs tot DOLSIS, enerzijds, en tot (niet nader gedefinieerde) federale databanken, anderzijds. Inzake de applicatie DOLSIS, verwijst de aanvrager naar: https://www.socialsecurity.be/site_nl/inspection/Applics/dolsis/index.htm waarop wordt vermeld: "Met de DOLSIS-applicatie kan men de gegevens raadplegen van het Rijksregister en het Bis-register, van de werkgeversrepertorium, van het Interactief personeelsregister, van de DmfA en van het Limosa-kadaster. De toegang tot de DOLSIS-applicatie is strikt voorbehouden aan bepaalde medewerkers van federale, regionale en communautaire diensten die bevoegd zijn voor de verschillende verificaties om fraude tegen te gaan.

De KSZ oefent de controle uit op de informatieaanvragen uitgevoerd door deze medewerkers.". Op <https://www.smals.be/nl/project/overheidsinformatie-beter-toegankelijk-de-strijd-tegen-sociale-fraude> las de Autoriteit voorts: "In de strijd tegen sociale fraude staat basisinformatie vanuit de sociale zekerheid al meerdere jaren ter beschikking van de verschillende sociale inspectiediensten. De toepassing DOLSIS helpt om de toegang te verbreden naar bijkomende informatiebronnen en naar andere diensten. DOLSIS geeft namelijk ook toegang tot gegevens uit het Rijksregister, het Bis-register, de werkgeversrepertoria van de RSZ en van ex-DIBISS, het Interactief Personeelsregister, DmfA, Dimona, KBO, Aangifte van Sociaal Risico, Aangifte van Werken, CheckinAtWork, Gotot IN en het Limosa-kadaster.

De toegang tot Dolsis is strikt voorbehouden voor gemachtigde medewerkers van federale, regionale of lokale overheden voor inspecties in de strijd tegen sociale fraude. De KSZ ziet toe op de informatieaanvragen van deze medewerkers. Een automatische logging van alle consultaties helpt om de persoonlijke levenssfeer van de burger te beschermen en een strikt rationeel gebruik van de gegevens te garanderen." De Autoriteit kon niet onmiddellijk een regelgevend kader terugvinden omtrent de binnen 'DOLSIS' samengebrachte 'basisinformatie vanuit de sociale zekerheid' welke, volgens de hier voor aangehaalde informatie de 'sociale fraude' zou moeten helpen bestrijden. Afgezien van het feit dat de afwezigheid van een wettelijk kader voor een dergelijke gegevenscentralisatie voor controle-doeleinden problematisch voorkomt, is de Autoriteit bijgevolg niet in de mogelijkheid het noodzakelijk en proportioneel karakter van de aanwending van deze applicatie in het licht van de bevoegdheden van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie (welke zich overigens niet onmiddellijk op het vlak van 'sociale fraude' lijken te situeren) te beoordelen. Behoudens bijkomende precisering en rechtvaardiging (welke gegevens van sociale zekerheid zijn noodzakelijk in het licht van welke inspectiebevoegdheden/-domeinen) dringt schrapping van de systematische toegang tot deze applicatie uit het voorontwerp van wet zich op. Inzake voormelde "federale databanken over de praktijk, de praktijkomstandigheden, het sociaal statuut en de bedrijfsgegevens van de gezondheidszorgbeoefenaars", verwijst de aanvrager, bij wijze van voorbeeld, en zonder enige verdere duiding, naar volgende websites: <https://ima-aim.be/-Donnees-de-sante->, <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-des-medicaments/statistiques-sur-les-medicaments-delivres-en-pharmacies-publiques-pharmaceutiques> en <https://www.farmaflux.be/fr-BE>. De aanvrager voegt daaraan enkel toe: "Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Il s'agit de permettre aux inspecteurs d'avoir accès aux données détenues par des institutions et organes de l'Etat fédérale qui sont pertinentes dans le cadre de leur compétences légales de contrôle." Het voorzien in een toegang voor de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie

tot niet nader bepaalde 'relevante' gegevens uit niet nader gedefinieerde 'federale databanken' is niet alleen onevenredig maar strookt evenmin met voormeld legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel, nu het de facto een blanco cheque uitmaakt in hoofde van deze inspecteurs. De vermelding van 'relevante' gegevens biedt geen enkele juridische meerwaarde, nu het enkel een zeer vereenvoudigde verwijzing uitmaakt van het beginsel van minimale gegevensverwerking dat uit hoofde van artikel 5.1.c) AVG rechtstreeks van toepassing is. Door de onbeperkte draagwijdte van deze bepaling, kan de Autoriteit niet anders dan te besluiten tot het absoluut overmatig karakter van deze toegang in hoofde van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie, welke bijgevolg wegens strijdig met het beginsel van minimale gegevensverwerking van artikel 5.1.c) AVG moet worden geschrapt. Aan het voorgaande wordt geenszins verholpen door het bepaalde onder de nieuw in te voeren §3, 1°, meer bepaald: "In zoverre dat het in de bedoelde gegevens van voormelde databanken gaat over persoonsgegevens, met name gegevens over de gezondheid van patiënten, worden deze, ingevolge de toepasselijke verplichtingen voortvloeiende uit de (AVG), slechts verwerkt in het kader van de in artikel 5117 omschreven doelstelling. De bewaartermijn van de verwerkte gegevens is 1 jaar na het sluiten van het dossier. De Toezichtcommissie is de verwerkingsverantwoordelijke in de zin van de hiervoor genoemde Verordening. De ontvangers van de bedoelde gegevens zijn de Toezichtcommissie, de inspecteurs en het secretariaat van de Toezichtcommissie." De Autoriteit merkt inzake voormelde bepaling vooreerst op dat het onduidelijk is of hierin alle mogelijke persoonsgegevens worden bedoeld of enkel 'gegevens over de gezondheid van patiënten'. Verduidelijking dringt zich op. De meerwaarde van de eerste zin is voor de Autoriteit ook niet geheel duidelijk: wil men gewoon aangeven dat uit federale databanken gerecupereerde persoonsgegevens door de inspecteurs enkel kunnen worden aangewend in het licht van toezicht op gezondheidszorgbeoefenaars (met uitzondering van de personen die géén gezondheidszorgbeoefenaar zijn en waaromtrent de inspectiebevoegdheid wordt beschreven in het nieuw in de Kwaliteitswet in te voeren artikel 50, §1)? De Autoriteit neemt voorts akte van de in deze nieuwe §3 voorzien bewaringstermijn van 1 jaar na het sluiten van het dossier en van de aanduiding van de Toezichtcommissie als verwerkingsverantwoordelijke. Ze neemt -ingevolge de uitdrukkelijke bevestiging van de aanvrager terzake na bevraging- tevens akte van het feit dat deze bewaartermijn en aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke enkel en alleen geldt voor de in het kader van de inspectiebevoegdheden uit federale databanken gerecupereerde persoonsgegevens van gezondheidszorgbeoefenaars. Dit betekent dat voor de verwerkingen van alle andere persoonsgegevens (zowel deze die op een andere manier werden ingezameld als deze die betrekking hebben op andere personen dan gezondheidszorgbeoefenaars) het voorontwerp van wet zwijgt omtrent de maximale bewaartermijn(en) en omtrent de verwerkingsverantwoordelijke(n). Aan deze lacune moet worden verholpen.

Met betrekking tot de "Aanwending van mystery-shopping techniek" geeft het nieuw in te voegen artikel 52, §2 Kwaliteitswet de inspecteurs ook volgende onderzoeksmogelijkheid: "zich begeven in alle plaatsen waar zij hun controle uitoefenen, ook online, zich voordoende ten aanzien van personen die geen gezondheidszorgbeoefenaars zijn als zijnde patiënten of potentiële patiënten en kunnen gezondheidszorg krijgen, indien nodig ook met gebruikmaking van een fictieve identiteit, zonder dat zij hun hoedanigheid en de omstandigheid dat de bij deze gelegenheid gedane vaststellingen kunnen worden aangewend voor de uitoefening van het toezicht, moeten mededelen. De betrokken natuurlijke of rechtspersonen (...) mogen niet worden geprovoceerd in de zin van artikel 30 van de voorafgaande titel van het Wetboek van Strafvordering. (...) deze bevoegdheid enkel uitoefenen indien het voor de uitoefening van het toezicht noodzakelijk is om de reële omstandigheden die gelden voor gewone patiënten of potentiële patiënten te kunnen vaststellen. Zij blijven vrij van straf indien in dit kader strikt noodzakelijke strafbare feiten worden gepleegd." Op heden is deze mystery-shopping techniek alreeds ingeschreven in artikel 42/1 van het Sociaal Strafwetboek en in artikel XV.3, 9° van het Wetboek van economische inspectie. Inzonderheid het Sociaal Strafwetboek biedt evenwel meer waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen dan het voorontwerp van wet. In het licht van voormeld evenredigheidsbeginsel is de Autoriteit van oordeel dat een (her)evaluering zich opdringt inzake de inbreuken die qua ernst en impact een dergelijk intrusief controlemiddel kunnen rechtvaardigen. Een gebeurlijke bijkomende

afbakening terzake in het voorontwerp van wet lijkt daarbij aan de orde. Naast voormelde afbakening van inbreuken waarvoor de aanwending van dit controlemiddel gerechtvaardigd is, kan zulks eveneens gepaard gaan met enkele bijkomende voorwaarden (naar analogie met wat artikel 42/1 van het Sociaal Strafwetboek terzake voorziet), zoals:

- het voorhanden zijn van een onderbouwde klacht of melding;
- bij objectieve en ernstige aanwijzingen van een onrechtmatige praktijk;
- de onmogelijkheid om de vaststellingen op een andere manier te laten gebeuren (subsidiariteit).

De Autoriteit merkt daarbij eveneens op dat het steeds de taak van de rechter zal zijn, en niet van de Autoriteit, om in elk concreet geval soeverein te oordelen over de rechtmatigheid en betrouwbaarheid van de in deze context aangebrachte (en veelal heimelijk ingezamelde) elementen (inclusief de rechtmatigheid van de verwerking van persoonsgegevens die desgevallend heeft plaatsgevonden). De Autoriteit neemt akte van het feit dat de inspecteurs die dit controlemiddel aanwenden, vrij blijven van straf voor de in dit kader gepleegde strikt noodzakelijke strafbare feiten. De Autoriteit merkt vooreerst op dat het toch mogelijk moet zijn om de strafbare feiten die onlosmakelijk verbonden zijn met de kenmerken van 'mystery shopping' reeds uitdrukkelijk in het voorontwerp van wet te vermelden. De Autoriteit adviseert voorst om het proces-verbaal van dergelijke vaststelling, waarvan sprake in het laatste lid van het nieuw in de Kwaliteitswet in te voeren artikel 52, §2, ook aan te vullen met vermelding van de door de inspecteur in kwestie gepleegde strikt noodzakelijke strafbare feiten.

Met betrekking tot "Vrijgave van informatie aan alle autoriteiten" voorziet het nieuw in te voegen artikel 52, §3, 2° Kwaliteitswet dat de inspecteurs "de inlichtingen die ze bij hun onderzoek hebben ingewonnen (kunnen meedelen) aan alle autoriteiten belast met het toezicht op andere wetgevingen, in zoverre die inlichtingen deze laatsten kunnen aanbelangen bij de uitoefening van het toezicht waarmee ze belast zijn. Het is verplicht om deze inlichtingen mee te delen wanneer de andere in het vorige bedoelde autoriteiten erom verzoeken. Evenwel mogen inlichtingen die werden ingewonnen tijdens de uitvoering van plichten voorgeschreven door de rechterlijke overheid slechts worden meegedeeld mits toestemming van deze laatste." Deze bepaling voorziet in een zeer ruime mogelijkheid tot mededeling van de gegevens die de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie verwerken aan (niet nader gedefinieerde) 'autoriteiten'. De Memorie van toelichting gaat hierop niet verder in en preciseert terzake niets. Na bevraging terzake antwoordt de aanvrager wat volgt: "Il apparaît difficile de lister de manière exhaustive l'ensemble des autorités compétentes aux divers niveaux de pouvoir et de lister de manière exhaustive les données auxquelles ces diverses autorités compétents ont accès.". De Autoriteit merkt op dat het niet opgaat de (categorieën van) derde-ontvangers dermate ruim te formuleren om alle mogelijke (toekomstige) mededelingen naar niet nader gedefinieerde 'autoriteiten' daarmee te kunnen vatten. Zulks druist in tegen het legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel. De Autoriteit wees er in het verleden al op dat wanneer een mededeling van persoonsgegevens (tussen overheidsdiensten) bij wet wordt voorgeschreven in de zin van artikel 6.1.c) van de AVG, deze op duidelijke en nauwkeurige wijze de betrokken instanties moet beschrijven, evenals het met de mededeling beoogde concrete doeleinde zodat er geen appreciatiemarge bestaat in hoofde van de instantie waarop de mededelingsverplichting rust. Dergelijke wetsbepalingen moeten noodzakelijk en evenredig zijn. Op die manier wordt een kwaliteitsvolle informatie-uitwisseling ter vervulling van een taak van algemeen belang gewaarborgd, die discriminatie vermijdt en welke voorzienbaar is en beantwoordt aan de redelijke verwachtingen van de betrokkenen. De Autoriteit merkt daarenboven nog op dat de huidige bewoordingen van deze bepaling het voorontwerp van wet de facto een gebeurlijk overmatige en contraproductieve mededeling van (persoons)gegevens toelaten naar een zeer ruim amalgaan van 'autoriteiten', terwijl te allen tijde moet worden vermeden dat gegevens 'en masse' worden gedeeld, en dat het alsdan, na ontvangst ervan, aan de 'autoriteiten' in kwestie toekomt te bekijken of en wat ze ermee aan kunnen. Dergelijke werkwijze strookt niet met het principe van minimale gegevensverwerking zoals beschreven in artikel 5.1.c) AVG.

Bijkomende precisering van de voorgenomen mededelingen van persoonsgegevens aan voormelde 'autoriteiten', evenals de omstandigheden waarin en de redenen waarom de gegevens worden verstrekt, dringt zich bijgevolg op.

Met betrekking tot het "Opvragen van informatie bij alle diensten van de Staat" stipuleert het nieuw in te voegen artikel 52, §3, 3° Kwaliteitswet o.m. dat, op verzoek van de inspecteurs "alle diensten van de Staat, met inbegrip van de parketten en de griffies van de hoven en van alle andere rechtscolleges, de gemeenschappen, de gewesten, de provincies, de agglomeraties, de federaties van gemeenten, de gemeenten, de verenigingen waartoe ze behoren, en van de openbare instellingen die ervan afhangen, zijn gehouden (aan de inspecteurs) alle in hun bezit zijnde inlichtingen te verstrekken, hen inzake te verlenen van alle akten, stukken, documenten, of van gelijk welke andere informatiedragers en hen alle uittreksels, afschriften, afdrukken, uitdraaien, kopies of fotokopies ervan te verstrekken die zij nuttig achten voor het toezicht op de naleving van de wetgevingen waarmee zij belast zijn. (...) Evenwel mogen de akten, stukken, registers, documenten of inlichtingen betreffende gerechtelijke procedures enkel worden meegedeeld met de uitdrukkelijk toelating van de procureur-generaal of de auditeur-generaal." De Autoriteit is van oordeel dat ook deze bepaling in haar huidige vorm onevenredig is en moet worden aangepast. Vooreerst vereist het beginsel van minimale gegevensverwerking (artikel 5.1.c) AVG) dat alleen persoonsgegevens door de betrokken diensten van de Staat worden verstrekt die 'noodzakelijk' zijn (en niet alleen deze die 'nuttig worden geacht') voor de uitvoering van hun taken als inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie. De bepaling moet dan ook in die zin worden aangepast. De Autoriteit vraagt zich voorts af of de bepaling niet zodanig kan worden gewijzigd dat zij onderworpen is aan de regels inzake de taken van algemeen belang en de wettelijke verplichtingen waaraan deze andere overheidsdiensten zijn onderworpen. In ieder geval herinnert de Autoriteit eraan dat de overheidsdienst die de bron van de gegevens is, als verwerkingsverantwoordelijke die een wettelijke verplichting uitvoert, niet zal worden vrijgesteld van de verplichting ervoor te zorgen dat de verstrekking van de gevraagde gegevens in overeenstemming is met de AVG. Deze verplichting moet worden geanalyseerd als een verdere verwerking van gegevens die onderworpen is aan artikel 6.4 van de AVG.

De Autoriteit merkt tot slot op dat het voorontwerp van wet, noch de huidige Kwaliteitswet, voorziet in een beroepsgeheim in hoofde van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie. In de mate dat een dergelijke bepaling de bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkenen tegen het risico van onwettige openbaarmaking van door de inspecteurs verwerkte persoonsgegevens daadwerkelijk verstrekt, adviseert de Autoriteit om aan deze lacune te verhelpen.

De Gegevensbeschermingsautoriteit is van oordeel dat volgende aanpassingen zich in het voorontwerp van wet opdringen:

- uitklaring en definiëring van de begrippen 'risico's' en 'zware gevolgen' in het gewijzigde artikel 45, tweede lid, met het oog op een duidelijke afbakening van de inspectiebevoegdheden;
- herwerking van de mogelijkheid tot (huis)zoeking;
- vervanging van 'nodig' of 'dienstig' door 'strikt noodzakelijk' in het nieuw in te voeren artikel 52, §1, 3°, in lijn met het beginsel van minimale gegevensverwerking;
- herwerking van mogelijkheid tot opvragen van bescheiden en elektronische dragers;
- herwerking van de mogelijkheid tot inbeslagname en verzegeling;
- herwerking van de mogelijkheid tot opvorderen van de openbare macht evenals bijstand aan openbare autoriteiten.;

- behoudens bijkomende precisering en rechtvaardiging, schrapping van de systematische toegang tot de Dolsis applicatie;
- schrapping van de onbeperkte toegang tot federale databanken wegens strijdig met het beginsel van minimale gegevensverwerking;
- verduidelijking van de eerste zin van het nieuw in te voeren artikel 53, §3, 1°;
- uitwerking van een bewaarbeleid en aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke(n);
- herwerking van mogelijkheid tot aanwending van mystery-shopping techniek;
- precisering van de voorgenomen mededelingen van persoonsgegevens aan derde-autoriteiten;
- herwerking van de mogelijkheid tot het opvragen van informatie bij alle diensten van de Staat;
- voorzien in een beroepsgeheim in hoofde van de inspecteurs van de Federale Toezichtcommissie;

De Gegevensbeschermingsautoriteit wijst op het belang van:

- grondige analyse van de nieuw in te voeren controlemiddelen in het licht van het noodzakelijkheids- en evenredigheidsbeginsel;
- het uitvoeren van een gegevensbeschermingseffectbeoordeling overeenkomstig artikel 35.3 van de AVG, voordat enige door het voorontwerp van wet gegenereerde gegevensverwerking plaatsvindt;
- een correcte invulling en implementering van het legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel
- in voorkomend geval, een gepaste en AVG-conforme inperking van de rechten van de betrokkenen.

Getekend: Alexandra Jaspar, Directeur GVA

WORDT DE PATIENT BETER VAN HET VOORONTWERP VAN KADERWET ?

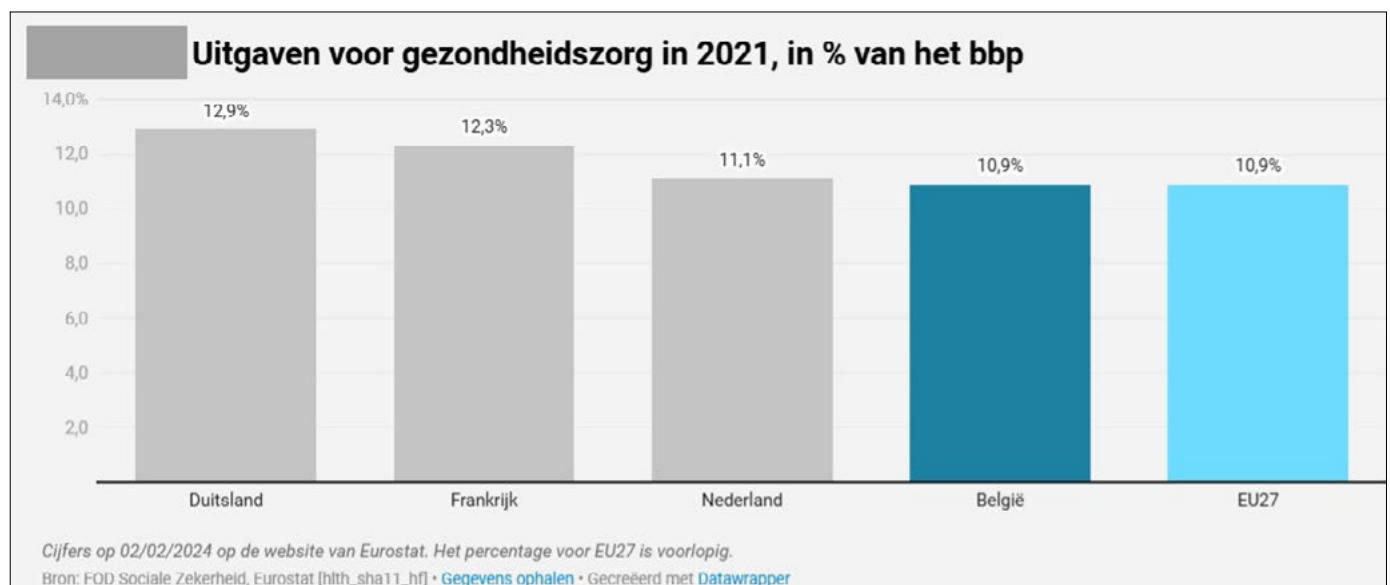
De Minister houdt voor dat zorg moet voor iedereen betaalbaar, effectief beschikbaar en van topkwaliteit zijn. Er is géén enkel artikel in het voorontwerp van Kaderwet dat daartoe bijdraagt.

BETAALBARE ZORG

Zorg is in België uitermate betaalbaar door een zeer ruime dekking van de medische verstrekkingen. Remgelden zijn zeer laag of onbestaand. Bovendien bestaat er een sociaal vangnet onder de vorm van de 'Maximumfactuur'.

Ereloonsupplementen worden voor ruim 80% opgevangen door hospitalisatieverzekeringen of andere privé-verzekeringen en vormen géén hinderpaal inzake toegang tot betaalbare zorg aangezien de wetgever alle ziekenhuizen verplicht om zorg , naar keuze van de patiënt, ook aan conventietarieven ter beschikking te stellen.

De betaalbaarheid van de zorg wordt vooral bepaald door het BBP. Indien het land economisch achteruitgaat is hetgeen beschikbaar blijft voor de ziekteverzekering ook geringer en wordt alles moeilijker betaalbaar. Zoals herhaaldelijk wordt geponeerd: "Je kunt geen sociaal en ecologisch paradijs bouwen op een economisch kerkhof." De toenemende overheidsschuld dwingt tot beheersingsmaatregelen, ook inzake gezondheidszorg.



Ondanks de saneringsmaatregelen, nemen het begrotingstekort en de schuldgraad verder toe



INDEX

Het niet toekennen van de index door dit afhankelijk te maken van een akkoord is een progressieve besparing in de partiële begrotingsdoelstelling van de curatieve zorg. Het spreekt voor zich dat dit de zorg minder betaalbaar maakt omdat de kosten (loonkosten personeel) de facto geïndexeerd worden.

GROEINORM

Nog los van het al of niet toekennen van de index, is de vaststelling dat de Minister al enkele jaren opeenvolgend de groeinnorm niet meer besteedt aan curatieve zorg maar aan allerlei andere projecten (art. 56§1, §2), mesostructuren, administraties en allerlei praatbarakken en consultancy honoraria en consultancy bureau's gespecialiseerd in het schrijven van lijvige documenten inzake geïntegreerde zorg, doorspekt met managementsjargon, waar men op het microniveau (= niveau van de patiënt zelf die zorg krijgt van artsen, tandartsen, verpleegkundigen) niets aan heeft. Typisch voorbeeld: *“Deze afspraken gaan uit van een samenspel van verschillende actoren in zorg en welzijn, zowel op micro-, meso- als macroniveau in combinatie met cruciale ondersteunende maatregelen op vlak van financiering en digitalisering. De afspraken hebben een evolutief karakter en richten zich op verschillende componenten, binnen de drie niveaus of overkoepelend, en het is de combinatie ervan die het toepassen van geïntegreerde zorg een boost moet geven”*

DEFENSIEVE GENEESKUNDE

Het handhavingsbeleid dat in het vowerp van Kaderwet ronduit repressief van aard is met zelfs nieuwe strafmaten zoals opschortingen van RIZIV-nummers tot 2 jaar voor artsen die volgens NRKP indicatoren 'onnodig dure' of 'overbodige' zorg bieden, zal vele artsen ertoe aanzetten om een zéér defensieve vorm van geneeskunde uit te voeren en zich in te dekken (middels onderzoeken die anders niet zouden aangevraagd worden) voor alle beslissingen die enigszins van de norm zouden afwijken om de juiste zorg aan de juiste patiënt aan te kunnen bieden. Dit handhavingsbeleid zal op zich de kosten van de ziekteverzekering doen toenemen.

GOEDKOPE INGREPEN WORDEN DUUR DOOR ZE IN DURE INFRASTRUCTUUR UIT TE VOEREN

Wanneer eenvoudige ingrepen uitgevoerd worden in dure operatiezalen terwijl ze even goed buiten het ziekenhuis hadden kunnen uitgevoerd worden in véél goedkopere en even veilige omstandigheden, dan is betaalbare zorg énkél realiseerbaar door de extramurale geneeskunde volwaardig te omkaderen en te laten ontwikkelen. Door de extramurale geneeskunde te brandmerken als 'villageneeskunde' en er alles aan te doen om ze te onmogelijk te maken, dan wordt de ziekteverzekering alsmáar minder betaalbaar. Juiste zorg op de juiste plaats is een slogan, die vooral dat blijft: een slogan die echter nooit uitvoering heeft gekend.

EFFECTIEVE BESCHIKBAARHEID

Om effectieve beschikbaarheid te bereiken heeft men over het land een goed gespreide inplanting nodig van huisartsen, artsen-specialisten en ziekenhuizen. Wanneer men huisartsen verbiedt stedelijke levensduurte te compenseren is het evident dat er vestigingsarme zones ontstaan in sommige steden, ook in de specialistische geneeskunde en in de tandheelkunde. Wanneer bovendien de zorg dermate laagdrempelig wordt (gratis zorg) dan wordt de eerste lijn overspoeld en worden ook spoedgevallen overspoeld, zeker wanneer een beloofd triagesysteem (1733) niet in werking is.

Door het in voege treden van een ereloonsupplementenverbod voor de ambulante praktijk, eerst bij een groep behartenswaardige patiënten (volkomen terecht), en vervolgens ook bij een grote groep patiënten die niet te vergelijken is met de eerste groep behartenswaardige patiënten, dan is het evident dat zorgverleners terughoudend reageren met het aanbieden van een maximale beschikbaarheid. Gevolg: nog meer wachttijden.

Het opvoeren van huisartsenquota is een oplossing als studenten geneeskunde ook willen instromen in de huisartsgeneeskunde, maar is géén oplossing als studenten geneeskunde niet wénen in te stromen in de huisartsgeneeskunde. Instromen doe je maar graag als je professionele voldoening kunt vinden in de huisartsgeneeskunde. Niets in de voorbij en huidige legislatuur maakt de huisartsgeneeskunde méér aantrekkelijk. De Minister is niet bereid om deze problematiek te bekijken vanuit het standpunt van de meeste huisartsen. De éniqe visie die gevolgd wordt is deze van Domus Medica. Maar ook tál van artsen lid van Domus Medica hebben tijdens de laatste staking hun publieke afkeur laten weten tegenover het voorontwerp van Kaderwet.

Niets in de kaderwet faciliteert een inplanting van nieuwe huisartsenpraktijken in regio's met een penurie aan huisartsen. In Wallonië spreekt de AVIQ (l'Agence pour une Vie de Qualité) van:

penurie aan huisartsen:

- < 90 huisartsen/100.000 inwoners
- < 120 huisartsen/100.000 inwoners in een gemeente met minder dan 125 inwoners/km²
- - < 180 huisartsen/100.000 inwoners in een gemeente met mindeer dan 75 inwoners/km²

ernstige penurie aan huisartsen:

- < 50 huisartsen/100.000 inwoners
- < 90 huisartsen/100.000 inwoners in een gemeente met minder dan 125 inwoners/km²

- < 120 huisartsen/100.000 inwoners in een gemeente met mindeer dan 75 inwoners/km²

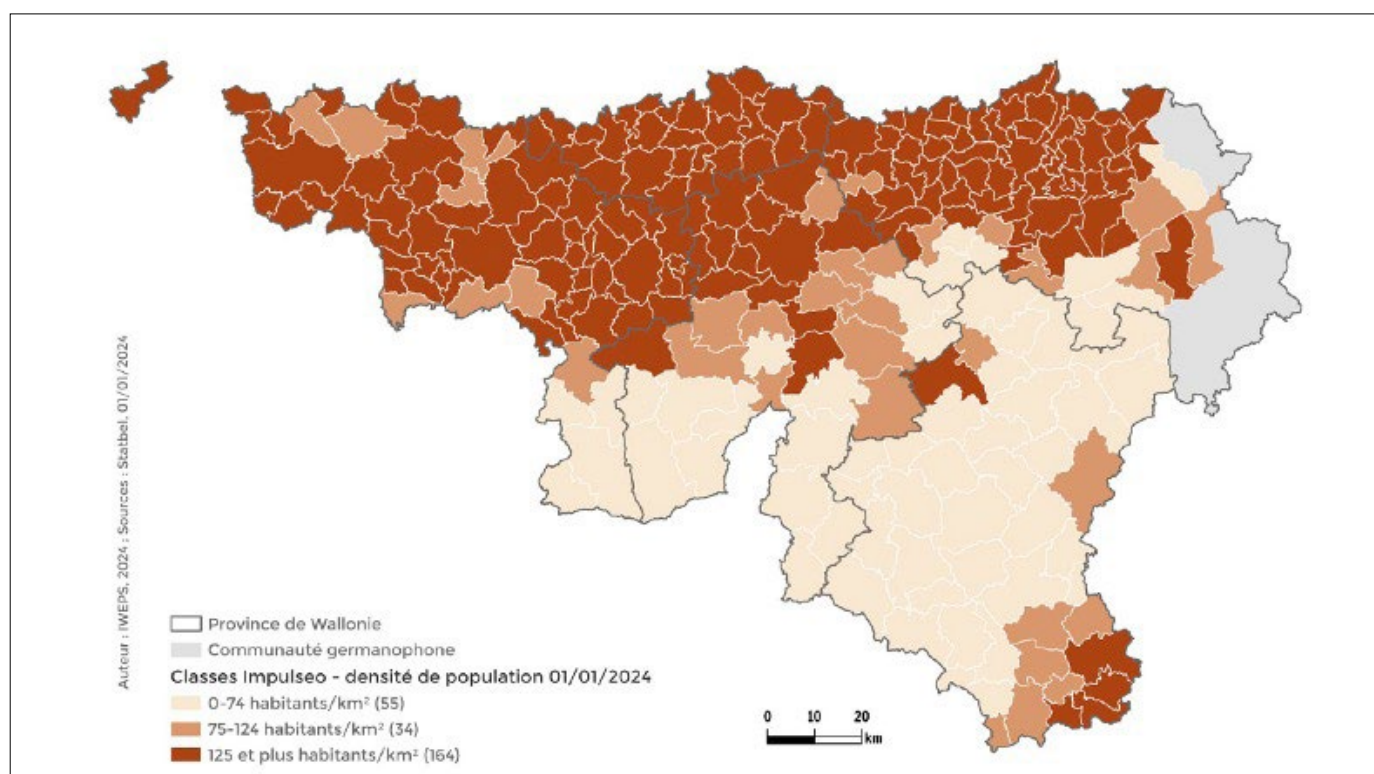
Het besluit van de Waalse Regering van 20 juli 2017 hanteert volgende tabel voor de indeling van penurie.

Medische dichtheid (maximaal aantal huisartsen per 100.000 inwoners)	Minimaal aantal inwoners per huisarts	Penurie of ernstige penurie volgens bovenstaande maatstaf
50	2000	Ernstige penurie voor gemeenten met => 125 inwoners/ km ²
90	1111	penurie voor gemeenten met => 125 inwoners/ km ² ernstige penurie voor gemeenten met < 125 inwoners/ km ²
120	833	Ernstige penurie voor gemeenten met < 75 inwoners/km ²
180	556	Penurie voor gemeenten met < 75 inwoners/km ²

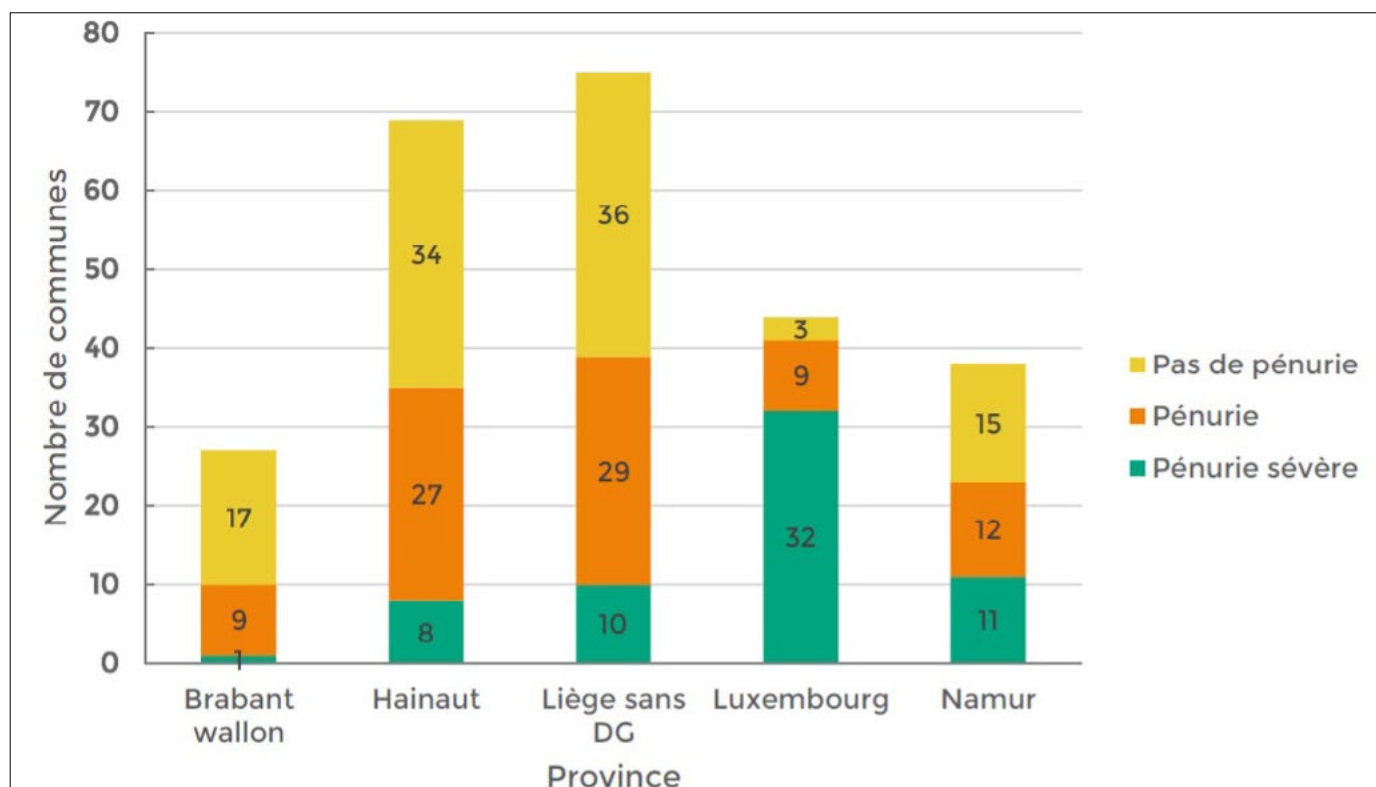
Uit deze tabel blijkt dat de Waalse wetgever van oordeel is dat zeer rurale gebieden met minder dense populatie al sneller in artsen-penurie geraken.

Zo'n 20% van de Waalse huisartsen zou in 2022 géén nieuwe patiënten meer aanvaarden (Working paper n°44. Accessibilité géographique à la médecine générale en Wallonie francophone - juni 2025 - L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique). Wallonië kent een kadaster voor huisartsen en telt op 31.12.2023 3757 artsen werkzaam in 2564 artsenpraktijken voor een populatie van 3.621.219 mensen. Vooral jonge artsen werken in een groepspraktijk: 71% van de waalse artsen tussen 25-34 jaar werken in een groepspraktijk. De Waalse bevolking verwacht een zeer nabije eerste lijn. Van spoeddiensten en ziekenhuizen vinden ze het in orde dat de bereikbaarheid verder af is dan de eerste lijn: 94,3% van de waalse bevolking woont op minder dan 20 minuten van een urgentiedienst.

De densiteit van de bevolking in Wallonië werd als volgt in kaart gebracht (2024), per gemeente:



Bekeken per waalse provincie kan de penurie aan artsen als volgt gecatalogeerd worden (31.12.2023):



Men zou denken dat een dergelijke spreiding wettigt dat huisartsen in zones van zeer lage dichtheid en grote af te leggen afstanden, minstens voor de huisbezoeken een gedifferentieerd tarief zouden mogen hanteren dat rekening houdt met de af te leggen afstanden, ook tijdens wachtdiensten. Er wordt in de Waalse studie ook gewezen op het feit dat de afstand tussen patiënt en artspraktijk fysiek moet overbrugd worden door de patiënt en dat zulks voor socio-economisch zwakkere patiënten moeilijk is bij onregelmatig openbaar vervoer. Teleconsultaties zijn een mogelijk alternatief, maar daarvan werd de waarde op "0" geplaatst... Benieuwd of in de groeinorm van 2026 hiervoor ruimte wordt gemaakt. Een dergelijke definitie van penurie wordt niet gehanteerd in Brussel noch in Vlaanderen. De problematiek is daar geheel anders.

Het zal niet de Kaderwet zijn die de 'toegankelijkheidsproblematiek' van de geneeskunde zal oplossen. Toegankelijke eerste lijn vergt vooreerst een stimulerend en aantrekkelijk vestigingsbeleid; denken dat men dit kan oplossen met een handhavingsbeleid lijkt bij de jonge artsen weinig indruk te maken. Toegankelijkheid heeft niet enkel te maken met financiële drempels, spreiding van artspraktijken maar ook met aanrijtijden. Weginfrastructuur, openbaar vervoer en files zijn evenzeer en mogelijks een groter probleem in de toegankelijkheid van ziekenhuizen.

GEPENSIONEERDE ARTSEN

Vivalis Brussels is het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en heeft een studie gepubliceerd "Huisartsenzorg in het Brussels Gewest: beschikbaarheid en geografische toegankelijkheid op lokaal niveau 2025". In sommige welzijns- en gezondheidswijken in Ukkel wordt meer als een derde van de huisartsenzorg ingevuld door deze oudere artsen. Heel wat van die artsen zijn bereid verder te werken. Het is aan de overheid om de juiste randvoorwaarden aan te bieden om het voor die huisartsen voldoende interessant te maken om door te werken.

In de ziekenhuissector is het vaak anders. Daar is doorwerken na de pensioenleeftijd géén evidente optie omdat jongere collegae progressief willen opklimmen in de hiërarchie (zeker in universitaire ziekenhuizen) of omdat het behoud van een oudere collega de intreding belemmert van een jongere arts-specialist die nieuwe technologie aanbrengt. In de niet-universitaire ziekenhuizen bestaat vaak de mogelijkheid om nog een zeer beperkt aantal jaren door te werken mits een jaarlijks hernieuwbare toestemming van de medische dienst en medische raad. Die oudere artsen-specialisten zouden zéér goed ingezet kunnen worden in specialistische praktijken buiten het ziekenhuis, kleinschaliger maar daarom niet minder maatschappelijk zinvol. Dit vergt echter een andere mindset dan de afbraak van de extramurale sector die het voorontwerp van Kaderwet nastreeft.

TOPKWALITEIT

Kwaliteit van zorg komt in geen enkele bepaling van het voorontwerp van Kaderwet voor. Topkwaliteit dwing je niet af met een handhavingsbeleid en evenmin met strafmaatregelen. Bovendien is dit een holle frase. Wat voor zin heeft het om aan 'iedereen' topkwaliteit te beloven terwijl patiënten het meest gediend zijn met juiste zorg op de juiste plaats. Er is voor vele aandoeningen een belangrijke socio-economische gradient. Waar begoede patiënten een lager risicoprofiel hebben en wél baat hebben bij de allerlaatste ontwikkelingen van zeer dure kankermedicatie hebben minder begoede patiënten met een hoger en ander risicoprofiel véél minder baat bij dezelfde zeer dure kankermedicatie. Topkwaliteit betekent voor medisch oncologen de allerlaatste medicamenteuze ontwikkelingen ter beschikking stellen van alle patiënten: "wij behandelen alle patiënten gelijk". Net dát hoeft géén synoniem te zijn van topkwaliteit. Het kan ook de uiting zijn van therapeutische hardnekkigheid. Soms is goede palliatieve zorg voor patiënten de beste topkwalitieve zorg. Het is niet met slogans dat beleid gevoerd moet worden.

de patiënt, wordt die er beter van?

streng gecontroleerde omgeving,
maar vrije geneeskunde



groei-norm is al jaren niet meer
adequaat toegekend aan honoraria-
budget

extreme laagdrempeligheid blijft:
overdrukte in 1^e lijn- spoed:
wachttijden

regio's met veel VT: artsen-penurie

verschraling van zorg, minder keuze

toename gezondheidszorgkosten
door defensieve geneeskunde

minder beschikbare artsen door
aanschaffen partiële deconventie

streng gecontroleerde omgeving,
en staatsgeleide geneeskunde



THEMA'S KERNPUNTDOSSIERS

BUDGET VAN DE ZIEKTEVERZEKERING

Er wordt vaak gegoocheld met cijfers. Zo is het budget van de ziekteverzekering ongeveer 45 miljard euro, maar waar gaat dat naar toe? Een kort overzicht om de grote lijnen helder te hebben.

Hoofdstukken	budget (miljard)	in %		commentaar
ZORGVERLENERS			44,4%	
Honoraria van artsen	11,6	25,7%		inclusief ± 45% kosten
medische huizen	0,373	0,8%		artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten
LVZ forfaitaire honoraria	0,439	1,0%		
nierdialyse - nefrologie	0,6	1,3%		
Honoraria van tandartsen	1,6	3,5%		
Verpleegkundige thuiszorg	2,3	5,1%		
Kinesitherapeuten	1,3	2,9%		
Bandagisten	0,3	0,7%		
Opticiens	0,05	0,1%		
Audiciens	0,127	0,3%		
vroedvrouwen	0,05	0,1%		
logopedie	0,2	0,4%		
psychologische zorg	0,25	0,6%		
honoraria voor apothekers	0,86	1,9%		
INSTELLINGEN			26,2%	
ziekenhuizen	8,5	18,8%		
Externe overdrachten oa 2,7 miljard naar ziekenhuizen	2,7	6,0%		
militair hospitaal	0,01	0,0%		
psychiatrische ziekenhuizen	0,006	0,0%		
revalidatie/herscholing	0,6	1,3%		
herstelverblijven	0,0088	0,0%		
FARMA + BIOTECH INDUSTRIE			20,3%	
Farmaceutische verstrekkingen	6,14	13,6%		
Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen	1	2,2%		
medicamenten art 111/81	2	4,4%		

PERSONEEL			0,7%
eindeloopbaan	0,028	0,1%	
bijzonder solidariteitsfonds	0,009	0,0%	
sociale akkoorden	0,3	0,7%	
PATIENTENGROEPEN			1,5%
verblijf- en reiskosten	0,0024	0,0%	
regularisaties	0,004	0,0%	
maximumfactuur	0,4	0,9%	
chronische zieken	0,165	0,4%	
palliatieve zorgen (patiënt)	0,03	0,1%	
geïnterneerden	0,037	0,1%	
diverse voordelen patiënten	0,018	0,0%	
DIVERSE PROJECTEN			3,9%
speciale zorgprogramma's	0,026	0,1%	
geïntegreerde zorg (mesostructuren)	0,02	0,0%	
menselijk lichaamsmateriaal	0,014	0,0%	
covid-maatregelen	0,017	0,0%	
mobile health	0,004	0,0%	
Diverse uitgaven	1,6	3,5%	
Transversale gezondheidsdoelstellingen	0,074	0,2%	
ADMINISTRATIEVE UITGAVEN			3,0%
Beheerskosten	1,2	2,7%	
onverdeeld	0,024	0,1%	
niet te besteden	0,12	0,3%	
	45,1062	100,0%	100%

Uit dit overzicht blijkt dat de ziekteverzekering in 2025 grofweg:

- 44,4 % zal uitgegeven hebben aan zorgverleners, waar bij de artsen de kanttekening moet gemaakt worden dat zo'n 45% daarvan dient om personeel en directe/indirecte kosten te dekken
- 26,2% aan instellingen, voornamelijk ziekenhuizen
- 20,3% aan medicatie en invasieve medische hulpmiddelen
- ± 4% aan diverse uitgaven en diverse projecten
- ± 2% aan specifieke patiëntengroepen + sociaal statuut personeel
- ± 3% aan administratieve uitgaven

ERELOONSUPPLEMENTEN

De Minister heeft – volkomen terecht- duidelijkheid gevraagd over ereloonsupplementen en heeft het initiatief aan de sector overgelaten om met een uitgewerkt voorstel te komen. Het betaamt dan ook hierover een reflectie te ontwikkelen als basis voor verdere verfijning en discussie.

Vooraleer men over 'supplementen' kan spreken moet men eerst weten wat het ereloon inhoudt, want supplementen zijn toeslagen bovenop een ereloon.

Een ereloon bevat meerdere componenten:

- Een vergoeding voor de intellectuele prestatie van de arts bij de uitvoering van een medische prestatie die de ziekteverzekering ten laste neemt
- Een vergoeding voor de kosten van de medische prestatie zelf of die samenhangen met de medische prestatie die de ziekteverzekering ten laste neemt
- Ereloonsupplementen zijn toeslagen bovenop de verbintenistarieven voor medische prestaties die de ziekteverzekering ten laste neemt.
- Een vergoeding voor medische prestaties die de ziekteverzekering niet ten laste neemt is een ereloon, maar is géén ereloonsupplement! Dit noemen we een niet-vergoedbare prestatie.

NIET-VERGOEDBARE MEDISCHE PRESTATIES VALLEN BUITEN DE ZIEKTEVERZEKERING

Er zijn heel wat medische prestaties die niet ten laste genomen worden door de ziekteverzekering. Dat gebeurt om vele redenen:

- Omdat ze buiten het veld van de ziekteverzekering vallen: sportonderzoeken, medische experimenten, medische klinische studies voor ontwikkeling van behandelingen of ontwikkeling van medicamenten, onderzoeken voor het verkrijgen van bepaalde attesten of levensverzekeringen, esthetische ingrepen
- Omdat ze wel binnen het veld van de ziekteverzekering vallen, maar omdat de patiënt niet voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden: wanneer voor bepaalde verstrekkingen leeftijdsgrenzen bestaan (minimaal of maximaal) en de patiënt daarbuiten valt. Een typisch voorbeeld zijn tandextracties tussen 18 en 50 jaar: tandextracties zijn terugbetaald via de ziekteverzekering onder de 18 jaar en boven de 50 jaar, maar niet daartussen.
- Omdat ze wel binnen het veld van de ziekteverzekering vallen, maar omdat de plaats van de verstrekking niet voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Zo bepaalt artikel 15§2 van de riziv-wet dat ingrepen met een bepaalde waarde (> K120, > N200) slechts terugbetaling van de ziekteverzekering genieten wanneer ze in het ziekenhuis uitgevoerd worden, maar niet daarbuiten.
- Omdat ze wel binnen het veld van de ziekteverzekering vallen, maar omdat de techniek van de verstrekking niet precies overeenkomt met de afgesproken techniek die wel tot terugbetaling aanleiding geeft.

- Omdat ze wel binnen het veld van de ziekteverzekering vallen, maar omdat het aantal vergoedbare beurten van de verstrekking al verbruikt is bij de patiënt voor een bepaald tijdsinterval
- Omdat ze wel binnen het veld van de ziekteverzekering vallen, maar omdat de bevoegdheidscode van de arts niet overeenstemt met de bevoegdheidscode van artsen voor wie wel een terugbetaling voorzien is bij eenzelfde prestatie. Zo is een echografie door de huisarts geen terugbetaalde verstrekking, maar ze is dat bv. wel voor een specialist in de radiologie.

Vanuit administratief standpunt wordt vooral het onderscheid gemaakt tussen medische prestaties waarvoor géén nomenclatuurcode bestaat en medische prestaties waarvoor wel een nomenclatuurcode bestaat maar waarvoor de terugbetalingsvoorwaarden niet voldaan zijn. In beide gevallen betreft het niet-vergoedbare prestaties in het kader van de terugbetaling door de ziekteverzekering.

VERGOEDING VOOR DE INTELLECTUELE PRESTATIE VAN DE ARTS

In België bestaan hiervoor géén 'uurtarieven' aangezien artsen onder verschillende systemen werken. Artsen kunnen in loondienst zijn bv. aan de universiteit, in een ziekenfonds, bij het riziv, in de pharmaindustrie, als arbeidsarts in bedrijven of in het onderwijs of in het onderzoek, of als medisch directeur in een ziekenhuis, Artsen kunnen werken via een abonnementsstelsel, waarbij ze een gemengde financiering krijgen: per prestatie voor technische verstrekkingen, gecombineerd met werkingstoelagen voor de praktijk en ook een abonnement per ingeschreven patiënt (dus ook zonder een prestatie voor deze patiënten uitgevoerd te hebben). Artsen kunnen ook per prestatie werken, waarbij ze énkelt vergoed worden als de prestatie ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

We laten de vraag voorlopig in het midden of artsen énkelt moeten vergoed worden voor het daadwerkelijke patiëntencontact zélf of ook voor de telefonische opvolging van de patiënt, het schrijven en opzoeken van de uitslagen, het opmaken van allerlei uitgebreide attesten voor terugbetaling van medicatie en invaliditeit, het intercollegiaal overleg tussen artsen, het multidisciplinair overleg met verschillende zorg'actoren', de gesprekken met familie, de begeleiding van patiënten naar het ziekenhuis of bv. naar een abortuskliniek.

Er zijn wel een aantal ijkpunten die kunnen aangereikt worden.

Bruto-Uurtarieven dienstverlening zorgprofessionals Nederland in euro (excl. BTW)			
Maximum redelijke bruto-tarieven per uur dienstverlening zorgprofessionals 2025 in euro (excl. BTW)			
Categorie	Geïndexeerde maximale uurtarieven 2025	Geïndexeerde maximale uurtarieven 2024	Geïndexeerde maximale uurtarieven 2023
Hoogleraar	299	284	267
Universitair geneeskundige vervolgopleiding > 3 jaar	209	199	187
Universitair geneeskundige vervolgopleiding ≤ 3 jaar	150	142	133
Universitaire master zonder geneeskundige vervolgopleiding	127	121	113
HBO/Bachelor	112	107	100

Het riziv zelf hanteert al jaren in de conventies voor artsen als ijkpunt het barema van een adviserend arts werkzaam in een verzekeringsinstelling met een anciënniteit van 15 jaar. Voor 2025 is dit 198.115,99

euro voor 1632 werkuren overdag (= 1 VTE) . Meestal – niet altijd - stromen adviserend artsen in via een algemeen geneeskundige opleiding en meer zeldzaam na een opleiding tot arts-specialist in een bepaalde medische discipline.

Parameters die bijkomend te overwegen zijn:

- Nacht- en weekendtoeslagen zijn regel :
 - Toeslag avondwerk: tussen 18u en 23u = 20%
 - Toeslag nachtwerk: tussen 23u en 8u = 35%
- Differentiatie tussen huisarts en arts-specialist vindt zijn grondslag in volgende elementen:
 - Opleidingsduur: huisarts: 6+ 3 jaar – arts-specialisten (minimaal 6+5 jaar tot 6+8 jaar)
 - Arts-specialisten in ziekenhuizen moeten stoppen op de pensioengerechtigde leeftijd (in universiteiten is dit full-stop)
 - Artsen-specialisten hebben een inkoopsom: ziekenhuizen zijn schaarse entiteiten; de ambulante praktijk wordt sterk ontmoedigd door dit te bestempelen als 'villageneeskunde' (ook in dit voorontwerp van kaderwet versie 1 en 2 wordt een groot onderscheid gemaakt tussen de ambulante praktijk en de ziekenhuispraktijk); dit heeft een inflatoir effect op de inkoopsommen van artsen-specialisten in de ziekenhuizen. De inkoopsom vertraagt een volledige inloop met gemiddeld drie jaar.

Op dit ogenblik zijn de nacht- en weekendtoeslagen voor medische verstrekkingen geregeld bij art.26 van de nomenclatuur. We geven ze mee als richtinggevend (tarieven mei 2024).

1. Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen, met uitzondering van de in § 8 vermelde verstrekkingen									
a) Voor ambulante rechthebbenden									
Codenummer			Rechthebbenden met voorkeurregeling		Rechthebbenden zonder voorkeurregeling				
	AMB	HOS		100 %	90 % *	100 %	75 % *	85 % *	88 % *
K = 1,330374	599513	= K 150		199,56	179,61	199,56	149,67	190,88	197,08
K = 1,330374	599535	= K 120		159,64	143,68	159,64	119,73	150,96	157,16
K = 1,330374	599550	= K 100		133,04	119,74	133,04	99,78	124,36	130,56
K = 1,330374	599572	= K 80		106,43	95,79	106,43	79,83	97,75	103,95
K = 1,330374	599594	= K 60		79,82	71,84	79,82	59,87	71,14	77,34
K = 1,330374	599616	= K 40		53,21	47,89	53,21	39,91	45,23	50,73
K = 1,330374	599631	= K 20		26,61	23,95	26,61	19,96	22,62	24,13
K = 1,330374	599653	= K 12		15,96	14,37	15,96	11,97	13,57	14,05

b) Voor **gehospitaliseerde** rechthebbenden

Codenummer				Rechthebbenden met voorkeurregeling		Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
				100 %	90 % *	100 %	75 % *
K = 1,995560	599524	= K 150		299,33	269,40	299,33	224,50
K = 1,995560	599546	= K 120		239,47	215,53	239,47	179,61
K = 1,995560	599561	= K 100		199,56	179,61	199,56	149,67
K = 1,995560	599583	= K 80		159,64	143,68	159,64	119,73
K = 1,995560	599605	= K 60		119,73	107,76	119,73	89,80
K = 1,995560	599620	= K 40		79,82	71,84	79,82	59,87
K = 1,995560	599642	= K 20		39,91	35,92	39,91	29,94
K = 1,995560	599664	= K 12		23,95	21,56	23,95	17,97

* Voor het bijkomend honorarium voor de 's nachts of tijdens het weekeind verrichte dringende technische verstrekkingen is er een persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbende onder dezelfde voorwaarden als voor de verstrekkingen zelf

2. Bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen, uitgevoerd door de algemeen geneeskundige tijdens een dringend bezoek, dat tussen 18 en 21u wordt afgelegd

Codenummer				Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
					100 %	75 % **
K = 1,330374	590015	= K 20		26,61	26,61	19,96
K = 1,330374	590030	= K 10		13,30	13,30	9,98
K = 1,330374	590052	= K 6		7,98	7,98	5,99

** Vergoeding voor de verstrekkingen waarvoor de rechthebbende een persoonlijk aandeel moet betalen

Een ander ijkpunt is de gemiddelde loonkost van een VTE verpleegkundige. Volgens de MAHA studie bedroeg de gemiddelde loonkost van een VTE verpleegkundige in 2023 het bedrag van 87.692 €/jaar. Voor sommige ziekenhuizen bedroeg dit 93.662 euro in functie van de anciënniteit van de verpleegkundige equippe.

VERGOEDING VOOR DE KOSTEN EIGEN AAN DE MEDISCHE PRESTATIE

1. Huisartsenpraktijk

Indirecte kosten

In de visienota van Minister Vandenbroucke van 27 juni 2022 (NCAZ) gaat de minister in op studies die erop wijzen dat niet minder dan 1/3de van de taken van de huisarts gedelegeerd zouden kunnen worden aan:

- administratieve medewerkers (onthaal, administratie, agenda...);
- verpleegkundigen (vaccinatie, zorg voor chronische patiënten, ...);
- nieuwe profielen als praktijkassistenten of
- andere zorgverleners zoals psychologen, apothekers,...

Ondersteuning van een huisartsenpraktijk middels een medisch secretariaat, praktijkassistent of verpleegkundige is mogelijk op basis van artikel 36octies van de GvU-wet bepaalt dat bij koninklijk besluit een financiële tegemoetkoming kan verleend worden in de kosten verbonden aan de organisatie van een praktijk.

Dit is goed uitgewerkt voor de huisartsenwachtposten. Deze kunnen dienen om een blik te krijgen op de organisatiekosten van een huisartsenpraktijk. In het budget 2025 bedragen de honoraria: 11.643.286.000 euro. Hierin is een ondersteuning voorzien voor de weekwachten van 12.758.000 euro en 51.527.000 euro voor de weekendwachten. Om in aanmerking te komen voor financiering dient de weekwachtpost minimaal gedurende 20u geopend te zijn van maandag tot donderdag (van 18u tot 23u). Deze wachtposten kunnen zelfstandig uitgebaat worden, maar zijn soms onderdeel van het Wit-Gele Kruis of van een Ziekenhuis. Per zo'n 110.000 inwoners is er een kost te voorzien voor een weekendwachtpost van om en bij de 530.000 euro (zie hieronder). Dit betekent dat voor zo'n 11.000.000 inwoners zo'n 52.000.000 euro ondersteuning bestaat voor de weekendwachtpost van 61 uur of 4,7 euro per burger. Het aantal burgers dat jaarlijks gebruik maakt van de weekendwacht kan afgeleid worden uit de frekwentie van de nomenclatuurnummers 590052-590030-590015-102454-102476-102410-102432-101091-101113. De tabel hieronder geeft de cijfers aan voor 2023.

jaar 2023	nr	aantal
Bijkomend honorarium dringende raadplegingen - Huisarts	102410	765.059
Bijkomend honorarium dringende raadplegingen - Huisarts	102432	289.770
Bijkomend honorarium dringende raadplegingen - Huisarts	102454	13.274
Bijkomend honorarium dringende raadplegingen - Huisarts	102476	5.334
Permanentie en beschikbaarheid	101091	67.426
Permanentie en beschikbaarheid	101113	4.209.033
Dringende technische verstrekkingen	590015	474
Dringende technische verstrekkingen	590030	840
Dringende technische verstrekkingen	590052	291
		5.351.501

Er zijn niet minder dan 5,3 mio contacten na 18 u, 's nachts of in het weekend tussen huisartsen en patiënten. De maatschappelijke inzet is belangrijk. Op 5.2.2025 worden 46 huisartsenwachtposten in Vlaanderen gefinancierd, 27 in Wallonië en 8 in Brussel.

Als voorbeeld geven we (naamloos) een huisartsenwachtpost in een gebouw dat overdag tijdens de week een andere zorgfunctie heeft.

Totale oppervlakte van het gebouw	405,327
buitenafmetingen gelijkvloers	224,475
buitenafmetingen verdiep 1	103,572
buitenafmetingen verdiep 2	77,28
totale oppervlakte deel gebruikt voor huisartsenwachtpost in m2	169,44

oppervlakte van wachtzaal+ consultatieruimtes+onthaal/secretariaat in m2	57,82
idem met doorgangen	92,16
aantal consultatieruimtes	3
details oppervlakten	
consultatie 1	15,05
consultatie 2	11,57
consultatie 3	14,98
wachtzaal	8,31
onthaal	7,91
doorgang 1	8
doorgang 2	6,57
doorgang 3	6,57
sas	3,77
verdiep 1	77,28
totaal:	169,44

De meeste kostenplaatsen die we zien verschijnen in een huisartsenwachtpost zijn ook van toepassing in een groepspraktijk huisartsen, tenzij het vervoer met chauffeur voor de huisarts van weekendwacht (ook 's nachts_veiligheid).

Kostenrubriek (61 uren huisartsenwachtpost weekendwacht)	bedrag in euro/ jaar
Huur inclusief nutsvoorzieningen en brandverzek.	36.191
Sensibilisering	1.700
Verzekeringen BA uitbating	750
Provisie sociaal passief	6.000
Sociaal secretariaat	7.000
Boekhouding	7.000
Telefoon, internet inbegrepen	4.500
Onderhoudscontract + meldkamer beveiliging	1.500
Kantoomateriaal	3.000
Schoonmaak en onderhoud inclusief wasserij en producten	13.731
Provisie hardware	1.750
IT software en onderhoud	22.000
Betaalterminal	2.659
Lonen onthaal	148.096
VTE backoffice VTE 1,40 voor 61 uren HWP	112.405
Loon Manager	50.000
Opleiding	3.000
Vervoer (1 chauffeur) - 61 uur Paritair Comité 140	155.818
Inningskorsten-eFact	7.661
Andere kosten	6.000
Totaal	590.762

Voor vervoer geldt per 1.1.2025:

- 1 voertuig + chauffeur tijdens 62u (vrijdag 18u tot maandag 8u) in het WE : 174.331,59 €
- Ingeval van 1 voertuig + chauffeur tijdens 62u in WE + 2e voertuig met chauffeur tijdens de dag in het WE (8u tot 20u) : 241.814,79

De forfaitaire bedragen voor dubbel onthaal worden op dezelfde manier geïndexeerd als de werkingskosten van de wachtpost in 2025 :

- Tussen 10.000 en 20.000 contacten : 7.721,23 €
- Meer als 20.000 contacten : 15.442,48 €

INVESTERINGSKOSTEN	
Aard van de kosten	
Zonneschermen	€ 6.918,07
Aankoop informatica	€ 12.250,00
Medisch Materiaal	€ 3.000,00
Airco	€ 17.342,19
Communicatie (logo, website, lichtreclame, affiches en flyers)	5.362,67
Juridische bijstand	€ 10.000,00
Sociaal secretariaat	€ 4.000,00
Diverse kosten	€ 3.000,00
Totaal	€ 64.372,93

In de huisartsenwachtpost zitten deze indirecte kosten van de medische praktijkvoering niet inbegrepen in het intellectuele honorarium van de huisarts.

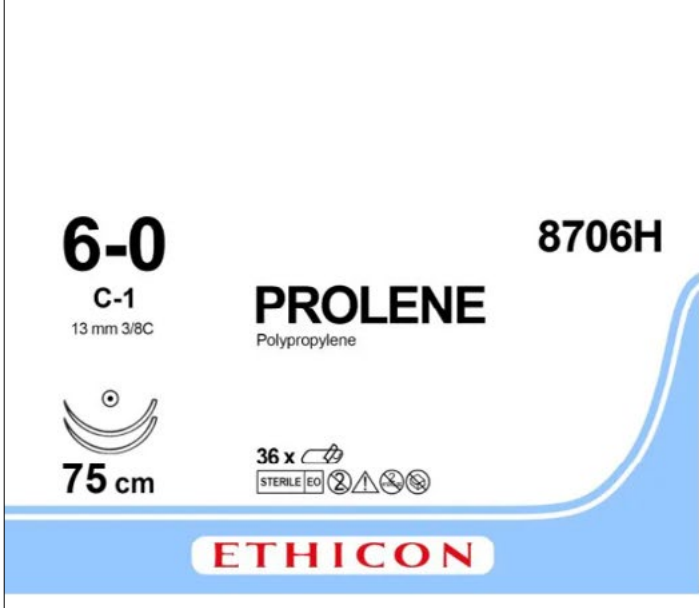
Alvorens het gesprek over ereloonsupplementen aan te gaan dient het kostengedeelte van het honorarium opgelost te zijn, zowel wat de directe kosten van de medische acten betreft alsook de indirecte kosten van de praktijkvoering.

Directe kosten

Wanneer een arts een wonde in het gelaat hecht voorziet de ziekteverzekering daarvoor een bedrag van 41,59 euro (één wonde) of een bedrag van 69,32 euro (twee wonden). De reglementering zegt hierbij dat voor het 'hechten met draad of wondlijm van wonden van het gelaat, het materiaal inbegrepen is'.

In 2023 ging het om 84.330 gevallen (148013 - 148024) met één wonde en in 4.341 betrof het minstens 2 wonden (148035 - 148046). Men kan zich voorstellen dat de ene wonde de andere niet is en dat de ene patiënt de andere niet is. Naast het feit dat de ziekteverzekering bij deze specifieke prestatie zegt dat het materiaal inbegrepen is, is er ook aan andere bepaling die geldt en die stelt dat "verplaatsingskosten, personeelskosten, kosten verbonden aan gebruik van lokalen, kosten van aanschaffing, vernieuwing, grote herstellingen en onderhoud van de benodigde uitrusting, kosten van materiaal en medische verbruiksgoederen evenals administratieve kosten en kosten verbonden aan de uitreiking van documenten voorzien door of krachtens de wet, inbegrepen zijn in de tarieven die de verplichte verzekering voor de geneeskundige verstrekkingen vaststelt, behoudens uitzonderingen voorzien door of krachtens de wet." (art.35§4 van de GVVU-wet). Het komt daarop neer dat de arts die de wonde hecht buiten het ziekenhuis dit moet kunnen doen met 41,59 euro. Dat is mogelijk als je de wonde niet uitzuivert, géén plaatselijke verdoving toepast, géén steriel veld gebruikt, géén dure draad gebruikt en géén handschoenen aandoet

bij het hechten en na gebruik het materiaal eens afspoelt onder de kraan met lopend water alvorens het materiaal te gebruiken bij een volgende patiënt. Géén enkele arts zou dergelijke handelswijze voor zijn eigen kind wensen en dus ook niet voor de patiënten. Patiënten zullen verzorgd worden, indien mogelijk onder plaatselijke verdoving, waarna de wonde mooi gezuiverd wordt, eventuele randen netjes bijgesneden worden om geen flarden te laten bestaan, en zal nadien een steriel veld aanbrengen rond de wonde om proper te werken, zal vervolgens een steriele set open doen met gesteriliseerde instrumenten en verbruiksmateriaal (spoelvocht, compressen, hechtmateriaal, steri-strips om de wonde af te dichten). Afhankelijk van de plaats van de wonde, dicht bij het oog of dicht bij de lip, zal de arts een steeds fijnere draad gebruiken en soms de wonde in verschillende lagen hechten. Is de wonde dicht bij het oog zal de arts vaak een vergrotingsbril opzetten of onder de microscoop werken om de wonde netjes te hechten. Voor fijne draad is de kost al snel ongeveer 10 euro per draad.



Prolene blauw 6-0, C-1 naald, 8706H, 36 stuks

Artikel nr: 246400769

Merk: [Ethicon](#)

Prolene blauw 6-0 (8706H) is een niet-opneembaar monofilament hechtdraad taperpoint-naalden. Met een draadlengte van 75 cm biedt dit hechtdraad precisie voor delicate chirurgische ingrepen.

[+ Lees meer](#)

€ 350,59 incl. btw € 321,64 excl. btw

• Speciaal voor u besteld 📦 Levertijd gemiddeld 2-5 werkdagen

- 1 + [Voeg toe aan winkelmandje](#)

Waarom Remka de juiste keuze is

- ✓ Meer dan 120 jaar ervaring in medische benodigdheden.
- ✓ Altijd scherp geprijsd, zonder concessies aan kwaliteit.
- ✓ Snelle levering en gratis verzending vanaf €100.

Het spreekt voor zich dat het afgesproken tarief binnen de ziekteverzekering van 41,59 euro nooit de kosten kan dekken van het materiaal, de verdoving, de verbruiksgoederen, de kleefpleisters, laat staan de inspanning van de arts ook vergoeden. Toch houdt de Minister voor dat de ziekteverzekering alle medische prestaties correct vergoed. Helaas is dat in zeer vele gevallen helemaal niet het geval, althans niet buiten het ziekenhuis. Want dezelfde medische prestaties, uitgevoerd binnen het ziekenhuis, hebben zeer vaak bijkomende vergoedingen voor het ziekenhuis zodat de arts zich verder geen zorgen moet maken om materiaalkosten of andere verbruiksgoederen.

Buiten het ziekenhuis heeft de arts maar één mogelijkheid om toch kostendekkend te werken: via de ereloonsupplementen. Zolang het kostenaspect in de nieuwe nomenclatuur niet afdoende geregeld en gekend is, kan géén zinvolle uitspraak gebeuren, tenzij in voorwaardelijke wijze, over de plafonnering van ereloonsupplementen.

2. Medisch-specialistische private praktijk buiten het ziekenhuis

De medisch-specialistische private praktijk buiten het ziekenhuis verschilt niet met wat hierboven beschreven is, behalve dat er voor géén enkele indirecte kost (personeel, infrastructuur, verbruiksgoederen, materiaal, informatica, veiligheid, parking, telefonie, internet, verslaggeving) en voor géén enkele directe kost andere vergoedingsbronnen bestaan als het verbintenistarief dat binnen een akkoord werd afgesproken.

In de medisch-specialistische praktijk is er enkel de mogelijkheid om kostendekkend te zijn door die prestaties te selecteren waarvan het verbintenistarief ook effectief kostendekkend is en de andere prestaties in het ziekenhuis uit te voeren. Een andere uitweg zijn de ereloonsupplementen. Een derde weg bestaat voorlopig in de tandheelkunde: richtttarieven (maximumtarieven). Hier laat de Minister toe voor een aantal prestaties dat tandartsen die de verbintenistarieven volgen, toch voor die lijst van prestaties naar keuze (al-dan-niet) een bedrag mogen toevoegen boven het verbintenistarief ten laste van de patiënt. Zij moeten de patiënt hiervan vooraf in kennis stellen. Deze verbintenistarieven zijn geplafonneerd.

3. Medisch-specialistische ziekenhuispraktijk

In de medisch-specialistische ziekenhuispraktijk heeft het ziekenhuis een viertal mogelijkheden om toch volledig kostendekkend verstrekkingen te laten uitvoeren. Het ziekenhuis geniet immers van een budget financiële middelen en ook een aantal forfaitaire vergoedingen die enkel voor ziekenhuizen zijn weggelegd. Bovendien is het zo dat voor vele prestaties énkél in het ziekenhuis een terugbetaling voorzien is. De ereloonsupplementen in het ziekenhuis moeten dus op een veel bredere basis bekeken worden dan de loutere kostendekkendheid. Daar gaat het ook om het spijsen van fondsen voor innovatie, voor ziekenhuisbouw, voor afdoende financiering van het ziekenhuis.

ERELOONSUPPLEMENTEN

Ereloonsupplementen dienen besproken te worden nadat:

- Het intellectueel gedeelte van de honoraria voor alle medische disciplines een afdoende financiering mogelijk maakt
- De directe en indirecte kosten eigen aan de uitvoering van medische prestaties die voorzien zijn in de ziekteverzekering zowel in de ambulante als in de gehospitaliseerde sector afdoende gefinancierd zijn zonder beroep te doen op het intellectueel gedeelte van de honoraria
- De ziekenhuissector de nodige fondsen voor innovatie, bouw en financiering kan realiseren zonder beroep te moeten doen op de honoraria van de artsen met inbegrip van ereloonsupplementen.

Gezondheid en langer leven kennen geen grenzen. Een mens kan altijd nog gezonder zijn. De vraag naar medische zorg is oneindig. Geen enkel systeem van ziekteverzekering kan de oneindige vraag voldoen. Daarom is een ziekteverzekering eindig. Dit betekent dat de medische prestaties waarvoor de verplichte ziekteverzekering tussenkomt eindig is. De inhoud van de dekkingsgraad door de ziekteverzekering wordt tot op heden bepaald in akkoorden die gesloten worden tussen ziekenfondsen en zorgverleners. Die akkoorden worden bekrachtigd in de RIZIV organen en vervolgens door de Minister en de Ministerraad.

Daarbuiten blijft in een vrije staat zorgaanbod mogelijk, maar dan niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering, maar wel door eigen bijdragen van de patiënt of door privé-verzekeringen.

De verplichte ziekteverzekering is gebaseerd op solidariteit en voorziet (hoofdzakelijk) in bijdragen vanuit werkgevers, werknemers en belastingsgelden. De ziekenfondsen en de overheid zien erop toe dat zoveel mogelijk medische prestaties afgedekt worden door de verplichte ziekteverzekering zodat de burgers zo weinig mogelijk beroep moeten doen op eigen bijdragen.

Het medisch en tandheelkundig aanbod binnen de verplichte ziekteverzekering wordt gekenmerkt door een aantal eigenschappen:

- voor vele duizenden prestaties worden tarieven afgesproken in tariefakkoorden
- deze tarieven dekken een 'gemiddelde' prestatie af: het verbintenistarief voor een zeer moeilijke appendixoperatie bij iemand van 140 kg en zwaar cardiovasculair belast is het tarief voor een appendectomie bij een jonge gezonde persoon zonder andere klachten. Het is in wezen een 'for-faire' tegemoetkoming per prestatie.
- vele andere prestaties, diensten, medische producten blijven toegankelijk buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering.
- de ziekenfondsen kennen hun werkingsgebied en hun finaliteit binnen de verplichte ziekteverzekering

De verbintenistarieven en de tariefakkoorden kunnen voor het zeer ruime aanbod nooit volledig kosten-dekkend zijn omwille van vele redenen:

- nieuwe risicoprofielen bij de patiënten (bv. toenemende mate van obesitas in de bevolking; toenemende mate van slechte voedingsgewoonten in de bevolking; toenemende mate van sedentair leven in de bevolking; toenemende mate van beschikbaarheid van verslavende middelen in de bevolking)
- nieuwe technische evoluties voor medische prestaties die voorzien zijn in de ziekteverzekering: een ingreep kan 'open' uitgevoerd worden met mes en pincet onder een operatielamp, maar kan ook 'gesloten' uitgevoerd worden zonder open wonde via endoscopische technieken met speciale apparatuur. Dezelfde ingreep kan vervolgens uitgevoerd worden met behulp van robottechnologie. Dit alles is kostenverhogend maar vaak afgedekt met hetzelfde verbintenistarief.
- nieuwe medische hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld kunstkleppen die via de lies geïmplanteerd worden
- nieuwe medicatie

De vraag rijst dan welke afwijkingen van het gemiddelde:

- moeten aanzien worden als 'nieuwe' prestatie die niet of niet (meer) binnen het zorgaanbod valt van de verplichte ziekteverzekering
- moeten aanzien worden als dermate afwijkend van het gemiddelde dat de zorgverlener of de zorginstelling het recht krijgt om boven het verbintenistarief een bijkomende vergoeding te vragen aan de patiënt of aan diens bijkomend afgesloten zorgverzekering.

Het antwoord is helaas nooit sluitend en evolutief. Om te willen stellen dat men voor 'eens en voor altijd' het probleem zal oplossen is een illusie. Een oneindig probleem aanpakken met een oplossing die altijd 'eindige' elementen in zich draagt is nooit afdekkend. Welk gezondheidssysteem men ook kiest, er zullen altijd limieten zijn:

- In de meest extreme vorm van Staatsgeneeskunde waar burgers énkél het aangereikte aanbod en de aangereikte technieken krijgen én de door de overheid aangereikte medicatie zal het aanbod vooral afhangen van de gezondheidsuitgave per capita, zelfs al zijn alle zorgverleners gesalarieerd. Wat men ziet ontstaan in NHS-systemen is én het failliet van het NHS-systeem zélf én het ontstaan van een zeer uitgebreid privé-circuit buiten het NHS-systeem.
- In de meest extreme vorm van Liberaal systeem zoals in de Verenigde Staten, waar alle tarieven

vrij zijn en alle vragen kunnen gesteld worden zijn de uitgaven per capita quasi het dubbele van de uitgaven in Europa en blijven grote delen van de bevolking onverzekerd.

Een gemengd systeem met een grote mate van regulering vanuit de financiers van het systeem (werkgevers/werknemers) via de ziekenfondsen en via de overheid en met ruime inspraak van de zorgverstrekkers geeft de beste bescherming van de burgers en een ruim zorgaanbod. Het is dan ook binnen dit akkoordensysteem dat telkenmale moet bepaald worden welke kosten buiten het systeem van verplichte ziekteverzekering vallen. Hiervoor zijn nu reeds via de transparantiewet voorzieningen getroffen: de overheid en de ziekenfondsen weten goed wanneer het gaat om niet-vergoedbare prestaties, niet-meer vergoedbare prestaties en ereloonsupplementen.

Afwijken van de verbintenistarieven is een ernstige beslissing die de solidariteit kan ondergraven en voor vele burgers met zorgproblemen de zorg onbetaalbaar kan maken. Niet toelaten dat er afwijkingen bestaan van de verbintenistarieven is een grote rem voor burgers die niet tevreden zijn met hetgeen voorzien is binnen het verbintenistarief en is ook een grote rem voor zorgverleners om vernieuwingen of verbeteringen aan te leveren die niet of nog niet voorzien zijn binnen de verbintenistarieven. De grootste expertise om dit evolutief veld jaar na jaar of tweejaarlijks af te lijnen zit binnen de zorgverleners enerszijds en de ziekenfondsen/het riziv anderszijds.

Op dit ogenblik verlopen deze gesprekken over de inhoud van ereloonsupplementen niet gestructureerd en ligt het initiatief vaker bij overheid en ziekenfondsen als bij artsen die om deze reden als corporatistisch beschouwd worden. Een structurele benadering hoeft evenwel niet uit de weg gegaan te worden. Een indeling is immers mogelijk:

- Wanneer zijn, o.i., ereloonsupplementen nooit toegestaan?
- Wanneer zijn, o.i., ereloonsupplementen altijd toegestaan?
- Wanneer zijn, o.i., ereloonsupplementen soms toegestaan?

WANNEER ZIJN ERELOONSUPPLEMENTEN NOOIT TOEGESTAAN ?

- Wanneer de patiënt hiervan niet vooraf op de hoogte werd gesteld:
 - verbod op ereloonsupplementen voor zorgverleners die de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de niet-toetreding tot de akkoorden (cfr. artikel 73, § 1, van de GVVU-wet)
 - verbod op ereloonsupplementen voor de verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis zonder dat de rechthebbende voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener (cfr. artikel 50, § 3 bis, van de GVVU-wet);
- Wanneer de patiënt niet in staat is zijn toestemming vooraf te verlenen:
 - Comateuze patiënten
 - Kinderen
 - Spoedgevallen en urgenties
 - Georganiseerde wachtdienst (cfr. artikel 35, § 1, vijfde lid, van de GVVU-wet).

- Verblijf in een kamer alléén om medische redenen buiten de wil van de patiënt om (bv. isolatieverplichting)
- Wanneer de patiënt géén keuze heeft om een noodzakelijke behandeling toch aan verbintentarieven te laten uitvoeren
 - Programmatie die het aantal artsen die een bepaalde zorg mogen leveren dermate limiteert dat van een 'vrije' keuze van de patiënt geen sprake meer is; dit verbod is tot op heden nog niet ingevoerd, maar zal met toenemende centralisatie van pathologie aan de orde komen, bv. hadrontherapie, S2 centra voor interventionele stroke-therapie, brandwonden-centra, transplantatie-programma's
 - Een deconventiegraad binnen een discipline binnen een bepaalde regio (de afbakening kan een provincie zijn) die verhindert dat een patiënt noodzakelijke medische zorg kan krijgen aan conventientarieven: een patiënt moet voldoende vrijheid van keuze hebben om zich te kunnen wenden tot artsen die dienstverlening bieden binnen conventie-uren. In die zin is het niet verstandig om de telling van het aantal geconventioneerde artsen per streek af te schaffen.
- Wanneer de akkoorden dit zo voorzien:
 - verbod op ereloonsupplementen voor gehospitaliseerde patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer (cfr. artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);
 - verbod op ereloonsupplementen voor artsen werkzaam in medische huizen
 - verbod op ereloonsupplementen voor artsen werkzaam binnen conventies, die ook een vorm van centralisatie zijn
 - verbod op ereloonsupplementen binnen de uren aan conventietarief bij artsen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden
- Wanneer de Minister dit oplegt aan artsen
 - verbod op ereloonsupplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (cfr. Artikel 53, § 5, van de GVVU-wet);
 - verbod op ereloonsupplementen voor niet-gehospitaliseerde patiënten voor verstrekkingen verleend met toepassing van zware medische beeldvorming buiten bijzondere omstandigheden om (cfr. Artikel 152/1 van de gecoördineerde ziekenhuiswet); Voor zware medische beeldvorming (CT, SPECT-CT, PET, PET-CT, PET-NMR, NMR) is het principe dus dat tussen 8 en 18 uur op weekdays niet-gehospitaliseerde patiënten geen supplementen aangerekend mogen worden.
- Wanneer bepaalde zorginstellingen dit zo voorzien in de algemene regeling
 - Universitaire ziekenhuizen voorzien vaak voor bepaalde disciplines een verbod op iedere vorm van deconventie, maar laten meestal een partiële deconventie toe voor de meeste disciplines, mits een voldoende zorgaanbod wordt gewaarborgd binnen conventientarieven
 - Algemene en psychiatrische ziekenhuizen kunnen in hun algemene regeling bepalingen voorzien hebben die de artsen werkzaam in die instellingen om géén

ereloonsupplementen te vragen; deze instellingen voorzien vaak alternatieve incentives om een vlotte instroom van talentvolle artsen te waarborgen.

WANNEER ZOULDEN - O.I.- ERELOONSUPPLEMENTEN ALTIJD TOEGESTAAN MOETEN ZIJN?

- In zorginstellingen
 - Wanneer de patiënt goed geïnformeerd er toch voor kiest om opgenomen te worden in een kamer alléén:
 - Zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde zorgverleners mogen in dat geval ereloonsupplementen vragen
 - Zowel fysiek behandelende artsen als indirect behandelende artsen mogen in dat geval ereloonsupplementen vragen; het is niet noodzakelijk dat er een individuele overeenkomst bestaat tussen zorgverlener en patiënt; het volstaat
 - Wanneer de patiënt bijzondere eisen stelt, ook buiten de voorziening van een kamer alleen (eenpersoonskamer):
 - Een tijdsbesteding of techniek die veel verder gaat dan wat voorzien is in de verbin-tenistarieven. Een klassiek voorbeeld is het gebruik van de operatiemicroscoop bij het hechten van bepaalde gelaatswonden; zowel de tijdsbesteding als de aanvul-lende opleiding zijn elementen die dit o.i. kunnen wettigen.
 - Een vraag van de patiënt om behandeld te worden door die bepaalde arts bv. wan-neer de bevalling zich voordoet ook als die bepaalde arts dan niet van wacht of zelfs in verlof en daarvoor uit verlof terugkomt
 - De arts een PhD heeft en derhalve 4 jaar extra geïnvesteerd heeft in het onderzoek van een bepaald onderdeel van de geneeskunde
 - De arts heeft een reputatie opgebouwd waardoor patiënten worden aangetrokken buiten het normale recruiteringsgebied van de locale zorginstelling; het zou als een bijzondere eis kunnen gelden wanneer patiënten van buiten de provincie op de arts beroep doen.
 - Wanneer de patiënt kan aantonen dat hij/zij over een privé-verzekering beschikt (Mr Thierry Vansweevelt vermeldt dit in de bespreking van de omvang van het ereloon in het boek Handboek Gezondheidsrecht Volume I.)
- In medische praktijken buiten zorginstellingen
 - Wanneer de zorgverlener niet-geconventioneerd is
 - Wanneer de arts geconventioneerd of werkzaam is binnen een medisch huis, maar de patiënt bijzondere eisen stelt. Onder bijzondere eisen kan volgende begrepen worden, ons insziens:
 - Een tijdstip buiten de gewone raadplegingsuren van de arts

- Een tijdsbesteding buiten de normale tijdsbesteding voor een gelijke patiënt; op dit moment is dat niet realiseerbaar, maar zodra de nieuwe nomenclatuur in voege is, kan deze weging via vergelijking van de RVU's gemakkelijk gemaakt worden.
- De arts een PhD heeft en derhalve 4 jaar extra geïnvesteerd heeft in het onderzoek van een bepaald onderdeel van de geneeskunde
- De arts heeft een reputatie opgebouwd waardoor patiënten worden aangetrokken buiten het normale recruteringsgebied van de locale zorginstelling; het zou als een bijzondere eis kunnen gelden wanneer patiënten van buiten de provincie op de arts beroep doen. Artsen hebben allen een minimumniveau aan medische kennis die voortvloeit uit het feit dat zij het diploma van arts hebben behaald. Sommige artsen stijgen boven dat gemiddelde kennisniveau uit en zouden daarom een hoger honorarium moeten kunnen vragen. Op basis van specifieke kennis, bijkomende studies of diploma's, een ruime ervaring zowel nationaal als internationaal, of bijzondere titels of hoedanigheden (bv. die van professor, diensthoofd) zou een arts aanspraak moeten kunnen maken op een hoger honorarium via een ereloonsupplement.
- Wanneer de arts geconventioneerd of werkzaam is binnen een medisch huis, maar de patiënt kan aantonen dat hij/zij over een privé-verzekering beschikt

WANNEER Zouden ERELOONSUPPLEMENTEN “SOMS” TOEGESTAAN - “SOMS” VERBODEN MOETEN ZIJN

- Ereloonsupplementen niet toepassen ondanks toegestaan
 - Bij deontologische beperkingen, bv. behandeling van collega's of kinderen van collega's of familieleden
- Ereloonsupplementen toch toepassen ondanks verbod
 - In zorginstellingen
 - Wanneer technologie werd aangekocht die ten voordele van de patiënt de nieuwe 'state-of-the-art' is, maar véél duurder is zonder dat dit aanleiding geeft van méér onderzoeken per dag; zeer concreet wordt hier het voorbeeld gegeven van fotontellende CT-scanner die zorgt voor een 'kwantumsprong' met scherpere beelden en verminderde stralingsdosis. De vraag stelt zich of en hoe tijdens de introductiefase van innovatieve technologie een ereloonsupplement wettigt? In ieder geval is het goed dat innovatieve technologie niet meteen een RIZIV-tariefvoorziening krijgt omdat prijzen van innovatieve technologie na enkele jaren minderen. De aankoopprijs van een fotontellende CT-scanner kost 2,5 mio euro terwijl een gewone CT-scanner een fractie hiervan kost. Indien de fotontellende CT-scanner even veel onderzoeken toelaat als een klassiek CT-scanner dan kan de investering nooit gerecupereerd worden aan het verbintenistarief. De kans is bovendien groot dat patiënten worden aangetrokken van ver buiten het normale recruteringsgebied van dat ziekenhuis. Het lijkt dan niet abnormaal om hiervoor een ereloonsupplement te voorzien. Hier moet gesteld worden dat in het verleden hiervoor de aanvullende ziekteverzekering van de ziekenfondsen tussenkwamen in het endoscopisch materiaal. Waarom dit principe verdwenen is, blijft een raadsel. De ziekenfondsen zijn niet

bepaald verlieslatend. Dit principe geldt niet voor BFM-kostenplaatsen.

- In medische praktijken buiten zorginstellingen
 - Wanneer de zorgverlener geconventioneerd is, maar de zorgverlener kan bewijzen (bv. gedetailleerde patiënten factuur- duidelijke, overzichtelijke en begrijpelijke wijze voor de patiënt) dat de gebruikte materialen-technieken- niet toereikend gedekt zijn, hetzij binnen de huidige nomenclatuur, hetzij binnen de toekomstige nomenclatuur
 - Onder de vorm van richttarieven voor verstrekkingen afgesproken met de ziekenfondsen; op dit moment is dit alleen van toepassing in de tandheelkunde. Richttarieven hebben het voordeel dat deze bedragen worden opgenomen in de MAF. Ereloonsupplementen worden niet opgenomen in de MAF.

Bovenstaande redenering bespreekt de ereloonsupplementen redelijk binair: toegestaan versus niet-toegestaan. Toch moet ook bij toegestane ereloonsupplementen de 'redelijkheid' besproken worden. Tijdens de covid-periode bestond een "stand-still" van de ereloonsupplementen in de ziekenhuissector. Dit was een overeengekomen plafonnering van de ereloonsupplementen, afgesproken binnen de nationale paritaire commissie artsen-ziekenhuizen.

Op zich is met een plafonnering dan ook niets mis, ware het niet dat de nieuwe nomenclatuurherforming nog niet in voege is en er géén enkel referentiekader bestaat wat dit betekent naar de ereloonsupplementen:

- zullen deze berekend worden op het intellectueel gedeelte van het honorarium of op het volledige gedeelte van het honorarium (intellectueel gedeelte + werkingskostengedeelte);
- zullen nog afdrachten bestaan op het intellectuele gedeelte van het honorarium? De Minister heeft hierover veel mist gezaaid op 11 juli 2025. In het Regeerakkoord staat expliciet dat afdrachten op "zuivere" honoraria zullen verdwijnen. De Minister heeft gemeld dat dit énkél voor het eerste jaar zo zou zijn, maar dat nadien opnieuw afdrachten bespreekbaar zouden zijn voor de ziekenhuizen op de 'honorariapools'. Kortom: onder die omstandigheden is het onmogelijk een redelijk gesprek aan te gaan met artsen over deze problematiek.

Redelijkheid betrachten heeft ook te maken met differentiatie:

- Men kan bij ereloonsupplementen denken in termen van percentage, maar ook in termen van bedragen.
- Men kan echter ook denken in termen van degressieve percentages en bedragen in functie van het basisbedrag van berekeningsbasis:
 - Voor bedragen van raadplegingen en poliklinische ingrepen, ongeachte de locatie extra- of intramuraal:
 - onder 120 euro: géén % maar een nominaal maximaal bedrag
 - 120 euro – 500 euro: max 200%
 - 500 euro – 1000 euro: max 150%
 - 1000 euro – 5000 euro: max 100%

- > 5000 euro: max. 50%
- Voor bedragen van ziekenhuisverblijven of poliklinische ingrepen boven 120 euro:
 - 120 euro – 500 euro: max 200%
 - 500 euro – 1000 euro: max 150%
 - 1000 euro – 5000 euro: max 100%
 - > 5000 euro: max. 50%

Bovenstaande uitwerking is een cijfermatig voorbeeld; het is aan de nationale commissie artsen-ziekenfondsen om een concreet voorstel uit te werken.

Aangezien ziekenfondsen de eerste gesprekspartner zijn samen met het RIZIV, toch twee opmerkingen vanuit de 'corporatistische' artsenhoek:

- ziekenfondsen zijn ook geen moraalridders; zij beperken de terugbetaling tot rechthebbenden; wie niet-rechthebbende is, ook arm, zal vanuit de ziekenfondsen geen hulp krijgen
- te strikte interpretatie van artikel 35§4 die ertoe leidt dat artsen met verlies moeten werken is buitenproportioneel
- ieder bureaucratisch systeem heeft de neiging zich te ontwikkelen ter wille van zichzelf (boek: De menselijke maat - Gert van Dijk en André Hielkema)

OLIFANTEN IN DE KAMER

Het is eigenaardig dat in het hele debat over de ereloonsupplementen, de Minister wijselijk ervoor kiest om de olifant(en) in de kamer NIET te benoemen:

- het is aberrant in de huidige stand van de zorgorganisatie te denken dat een arts, chirurg of niet, de kwaliteit van de zorg laat afhangen van de kamer van de patiënt. Het is niet omdat een patiënt opgenomen is op een kamer alleen (eenpersoonkamer), dat hij een meer bevoorrechte bestra-
lingsbehandeling zal krijgen als een patiënt op een gemeenschappelijke kamer. Hetzelfde geldt voor een operatie; een hersenchirurg zal dezelfde inspanning leveren voor zijn patiënten ongeacht de kamer waarin ze zijn opgenomen. Het kamer-alléén principe zou verlaten moeten worden, maar is om historische redenen en vooral om administratieve redenen nog steeds aantrekkelijk voor hospitalisatieverzekeringen, maar ook voor vele artsen die niet degene zijn die met de patiënt de afspraak moeten maken over een privé-opname. Ereloonsupplementen kunnen – op heden- enkel worden aangerekend voor verblijven op eenpersoonkamers. Deze maken ongeveer 20 % uit van het totaal aantal ziekenhuisverblijven.
- Het is opvallend dat de voorstellen de bestaande ongerijmdheden blijven bestendigen inzake ereloonsupplementen. Het zijn dezelfde groepen geconventioneerde disciplines die in de mogelijkheid blijven om grote volumes ereloonsupplementen te genereren en het zijn dezelfde groepen disciplines die niet daartoe in de mogelijkheid zijn die in die onmogelijkheid blijven. Een typisch voorbeeld is de mogelijkheid voor anesthesisten om in het operatiekwartier en in de pijnkliniek ereloonsupplementen aan te rekenen, maar niet in urgentiegeneeskunde, niet in spoedgevallen-diensten en niet in intensieve zorgen eenheden. Wanneer dit niet één pool is, heeft de ene groep

anesthesisten géén baat van ereloonsupplementen en de andere zeer veel baat. Het voorstel van Kaderwet grijpt niet de opportuniteit om hieraan tegemoet te treden. Een voorstel waarbij, bij wijze van voorbeeld, alle of een gedeelte van de ereloonsupplementen per ziekenhuis gepoold worden en vervolgens via een regeling uitgewerkt in de Medische Raad herverdeeld worden zodat àlle ziekenhuisartsen er baat bij hebben zou een optie zijn.

- Het is opvallend dat de arts die de afspraak maakt met de patiënt over een “privé”-behandeling in het ziekenhuis daarmee de poort opent voor àlle zorgverstrekkers tijdens de hospitalisatie van de patiënt om ook ereloonsupplementen te vragen. Er is in deze géén enkele differentiatie tussen de arts die deze inspanning levert en deze die van deze inspanning mee genieten. Een optie zou kunnen zijn dat de “privé”-optie gesloten wordt met één zorgverlener voor een bepaald behandelings-team, zodra afgestapt wordt van het principe van de ‘eenpersoonskamer’.

WAAROM IS HET TIJD DE OLIFANT IN DE KAMER TE BENOEMEN?

- Het is maatschappelijk moeilijk/niet uit te leggen aan patiënten dat het gekozen kamertype de ‘inhoud’ van de medische prestatie bepaalt.
- Vele medische disciplines zijn ‘de facto’ uitgesloten van de mogelijkheid om ereloonsupplementen te vragen.
- De éénpersoonskamer is nog de ‘enige’ tak waar ereloonsupplementen op rusten in het ziekenhuismilieu. Dit tak wordt echter korter en dunner:
 - Verbod op ereloonsupplementen bij VT patiënten (ongeveer 2,4 miljoen patiënten) voor ambulante verstrekkingen
 - Reductie van ereloonsupplementen tot het gedeelte ‘intellectueel honorarium”
 - Plafonnering van ereloonsupplementen
 - Gestaag maar zeker neemt het aantal bedden acute zorg af in België (tussen 1995 en 2025 een afname van 24%) en dus ook het aandeel eenpersoonskamers. Er is een beddentoename in geriatrische, chronische en psychiatrische zorg. Het is echter niet daar dat het grote aandeel ereloonsupplementen te vinden is.

KADERWET EN ERELOONSUPPLEMENTEN

- Het is opvallend dat in versie 1 en 2 van de Kaderwet het voordeel voor de hospitalisatieverzekeringen onvermeld gaat in de Memorie van toelichting. Reduceren van het pakket ereloonsupplementen is een rechtstreekse bonus voor de ziekenfondsen en privé-verzekeringen. Zowel in tandheelkunde als in de geneeskunde is een plafond van 25% inzake ereloonsupplementen een doodsteek voor ambulante solopraktijken. Het is daarentegen een mogelijke boost voor grote commerciële entiteiten die in staat zijn de investeringen over een grotere groep tandartsen af te schrijven.
- Het is opvallend dat in versie 1 en versie 2 van de Kaderwet vooral de ambulante praktijk gevisseerd wordt, terwijl de Minister zeer goed weet dat daarmee de zorgnood niet verdwijnt maar verplaatst wordt naar het ziekenhuis waar hogere tarieven en hogere ereloonsupplementen gelden volgens versies 1 en 2 van voorontwerp van Kaderwet.

- Het is opvallend dat in de media de Minister hekelde dat radiologen 5x zoveel factureerden als andere specialisten zonder erbij te vertellen dat radiologen van dezelfde facturen ook alle kosten moeten dragen én gewoonlijk onderworpen zijn aan veel hogere afdrachten als andere medische specialismen. Bovendien zijn het niet de radiologen die hoge intramurale ereloon-supplementen vragen. De discipline radiologie is maar voor 2% verantwoordelijk voor alle intramurale ereloon-supplementen. Via het IMA is de Minister zeer goed op de hoogte over de verdeling van ereloon-supplementen over de intramurale medische disciplines.

NOMENCLATUURHERVORMING

Het conceptueel kader voor de nomenclatuurhervorming vinden we terug in het KCE rapport 229A uit 2013 (p.14/78 - D/2014/10.273/65): "Een tweede pijler omvat een grondige hervorming van de honoraria van de medisch specialisten die in de voorgestelde hervorming niet inbegrepen zijn in het DRG-tarief, maar nog steeds per prestatie betaald worden. De hervorming bestaat uit de volledige afschaffing van afhoudingen op de honoraria, samen met een volledige herberekening van alle tarieven zodat enkel de cognitieve en fysieke 'arbeid' van de arts vergoed wordt, met uitsluiting van alle andere kosten voor verplegend en ander personeel, infrastructuur en investeringskosten. Een deel van het budget van de huidige afdrachten zou naar het BFM moeten gaan om bij te dragen tot het wegwerken van de onderfinanciering. Een ander deel zou moeten gaan naar een investeringsfonds per ziekenhuis dat gezamenlijk wordt beheerd door specialisten en beheerders. De nieuwe tarieven zullen de facto ook leiden tot een herijking van de nomenclatuur tussen de specialismen. Bovendien zou de overheveling van de afhoudingen de drijfveer voor de beheerder om een maximale productie van prestaties te stimuleren, sterk moeten afzwakken." Deze studie van het KCE werd gevraagd door toenmalig Minister Laurette Onkelinx in oktober 2013.

Onder impuls van Minister Maggie De Block was er in 2017 begin gemaakt van de hervorming van de medische nomenclatuur. De voornaamste doelstelling is het wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en tussen de artsen-specialisten onderling. Daarnaast werden ook andere doelstellingen geformuleerd: onredelijke inkomensverschillen te corrigeren tussen huisartsen en specialisten, en tussen artsen-specialisten onderling; de nomenclatuur te updaten en aan te passen aan de evoluties in de medische activiteit en de nieuwe modellen van zorgverlening (telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg, enz.); de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van de nomenclatuur te verbeteren; incentives in te voeren die samenwerking en kwaliteit bevorderen; binnen de honoraria van alle artsen, het gedeelte "medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet gedekt worden door andere bronnen" op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte "honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken" + de weerslag ervan in de ziekenhuissector op retrocessie/werkelijke kosten, op beheer van ereloonsupplementen en op het medisch beheer van het onderdeel "kosten". Deze laatste doelstelling werd niet geformuleerd in 2017 maar werd wel goedgekeurd in het Verzekeringscomité van 11 juli 2022.

De artsenverenigingen onderschrijven zowel de doelstellingen alsook de hervorming van de nomenclatuur voor zover het gehele financiële kader overeind blijft en het enkel dient tot een meer billijke herschikking van inkomsten tussen medische disciplines.

In 2019 werd beslist om de nomenclatuurhervorming uit te voeren in 3 parallelle werkgroepen die ieder een deel van de medische nomenclatuur op zich namen:

- ACA: de raadplegingen en de eraan geassimileerde handelingen (vnl art 2,25,23 partieel)
- AMTAA: de geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch technische handelingen (vnl art 24,24bis, 32,33, 33bis)
- ATMC: de technisch medisch-chirurgische handelingen (overige artikels)

De werkgroepen werden qua libellés als volgt belast:

- ACA: 345 libellés
- AMTAA: 895 libellés
- ATMC: 2508 libellés

Het daadwerkelijke aantal libellés is hoger maar dat zou volgen eens die werkzaamheden achter de rug waren. Er werd een methodologie uitgewerkt die gebaseerd is op het werk van Hsiao et al (Harvard) eind de jaren 1980 en toegepast in US (Medicare nomenclatuur) en Frankrijk (CCAM). Hierbij worden individuele medische prestaties gescoord op basis van 3 parameters. De score wordt uitgedrukt als een rekeneenheid, ook wel een relative value unit genoemd. Deze rekeneenheid (RVU) is gebaseerd op 3 parameters: tijd, complexiteit en risico, waarbij de factor tijd in de berekeningsformule veruit de sterkste weging krijgt.

Op die manier ontstaat per discipline een « resource based relative value scale (RBRVS) » voor medische handelingen. Onder duurtijd wordt verstaan de tijd die de arts nodig heeft voor de volledige uitvoering van een acte, de hantering van medische toestellen en instrumentaria om die acte uit te voeren, de tijd besteed aan interpretatie van resultaten en alle andere werkzaamheden die tijdsinvestering arts vereisen om acte te voltooien.

Onder Complexiteit wordt verstaan de opleiding en ervaring die nodig wordt geacht voor de uitvoering acte; dit is vooral van belang voor de intradisciplinaire weging; want tussen medische specialismen is wat eenvoudig is voor de ene complex voor de andere en omgekeerd.

De complexiteit wordt geschat in punten op een schaal van 1 (minst complex) tot 5 (meest complex). Onder risico wordt een inschatting gegeven van de het risico dat patiënt loopt bij de uitvoering van de acte of het onderzoek of de interpretatie van de resultaten van het onderzoek en de stress die de arts ondervindt bij het uitvoeren van de acte. Ook dit wordt geschaald van 1 tot 5. Nogmaals: vooral de tijdseenheid wordt beschouwd als de parameter met de grootste weging.

In focusgroepen werd vanuit de bestaande nomenclatuur werk gemaakt van het definiëren van nieuwe libellés en nieuwe nummers en er werden RVU's toegekend aan alle acten binnen de eigen discipline. Hierbij werd een tijdschaal gebruikt waarbinnen de meeste acten konden ingeschaald worden. Er moest per acte één waarde ingebracht worden, net zoals in de huidige nomenclatuur. In feite verschilt het in niets van de huidige nomenclatuur: de financiering blijft een verhaal van prestatiefinanciering per acte, waarbij vooral de schaal tussen de verschillende acten meer in verhouding zou moeten zijn. Om dat te bereiken werd eerst in alle disciplines een intradisciplinaire weging uitgevoerd en werd nadien een interdisciplinaire weging uitgevoerd om een 'evenwicht' te vinden in de RVU's tussen verschillende disciplines. Waar momenteel de nomenclatuur in diverse afdelingen en hoofdstukken is ingedeeld zal men gaan naar één zeer lange excellijst van RVU-waarden waar àl deze acten met mekaar in een zekere verhouding zullen staan, in de hoop dat er meer evenwicht komt in de verloning van de medische disciplines.

Aangezien de werkgroepen ACA, AMTAA, ATMC ieder apart werken zal nog eerst een ponderering moeten gebeuren tussen de verschillende werkgroepen om de RVU's op mekaar af te stemmen zodat één lange lijst van prestaties mogelijk is. Vervolgens zal men een volume-meting doen om te weten hoe frequent zo'n prestatie wordt uitgevoerd. De Minister reikt het te verdelen budget aan en zo krijg je een waarde per RVU.

Er zijn – evident- bij deze hele oefening heel wat bedenkingen en valkuilen te benoemen. We zullen er enkele benoemen omdat die duidelijk zullen maken waarom artsen het nodig vonden om een artsenstaking uit te roepen vooraleer de Minister de ereloonsupplementen zou plafonneren.

1. De samenvoeging van de intradisdisciplinaire schalen per discipline in 1 interdisciplinaire schaal gebeurde aan de hand van « passerelles »: set van identieke of equivalente handelingen doorheen verschillende specialismen. Dat is natuurlijk “natte vinger” werk want het nemen van een thoraxfoto door een radioloog werd bv. vergeleken met een arthroscopie van de knie of een uterus curettage bij de gynecoloog. Hoe kan je zulks correct inschatten? Niet natuurlijk. De resultaten van deze passerelle-oefening zullen tot het allerlaatste moment worden uitgesteld omdat dat natuurlijk veel frictie zal veroorzaken tussen artsen. Die frictie zal politiek handig uitgespeeld worden, waarbij men éérst zal zorgen voor een point-of-no-return en vervolgens de interdisciplinaire oorlog even kan laten woeden.
2. Niet alle huisartsen zullen deze nomenclatuurrhervorming voelen. Want er is nooit gezegd dat de financiering van conventies en van medische huizen in deze oefening betrokken zal worden. Als er een globale verarming komt, ook in de huisartsgeneeskunde, dan zal deze het minst te voelen zijn in de medische huizen.
3. De ACA-werkgroep behandelt volgende domeinen:
 - de raadplegingen uitgevoerd door artsen
 - differentiatie tussen 1 – 1,5 – 2 – 3 is mogelijk mits frekwentie-maxima voor 2 en 3 via toepassingsregels
 - naast verschil in RVU kan ook gewerkt worden met toeslagen voor bepaalde patiëntengroepen (cfr franse nomenclatuur)
 - bezoeken uitgevoerd door artsen
 - specifieke verstrekkingen uitgevoerd door ziekenhuisartsen (intake bij de start van een ziekenhuisverblijf en het ontslagmanagement uit het ziekenhuis)
 - opvolging van de patiënt (toezicht tijdens (dag)opname, consulten, ...)
 - inter- en multidisciplinair overleg
 - zorgtrajecten
 - vergoedingsregeling voor de geestelijke gezondheidszorg met voldoende granulariteit
 - vergoedingsregeling van 'out of hours' permanentie en beschikbaarheid; permanentie tussen de disciplines worden op een gelijkwaardige manier gewaardeerd; de regeling 'out of hours' wordt uitgewerkt voor huisartsen en artsen-specialisten.
 - honorering van administratieve en clinical managementtaken
 - toezichtshonoraria en permanenties intensieve zorgen
 - toezicht bij reanimatie
 - toezicht bij revalidatie
 - toezicht bij chronische hemodialyse

- dienst spoedgevallen
- laboratoriumgeneeskunde (uitwerking takenprofiel voor vaststelling professioneel gedeelte).
- telegeneeskunde
- financiering accreditering
- financiering van het professioneel honorariumgedeelte van de verstrekkingen opgenomen in zorgtrajecten en conventies
- financiering van het GMD in de huisartsgeneeskunde

In de ACA-werkgroep werd beslist om een raadpleging van 20 min als ijkpunt te nemen voor de waardering van de nomenclatuurverstrekkingen. Hieraan wordt wat de duur (D) betreft RVU 1 toegekend. Om te kunnen inpassen in de binnen de door de werkgroep ATMC gebruikte schaal wordt op basis van de analyse door voormelde werkgroep aan complexiteit (C) en risico (R) telkens een waarde 2 toegekend. De multiplicatorfactor op het voornoemde ijkpunt wordt louter gebaseerd op het verschil in tijdsduur, met een constante RVU van C en R op 2. Aan de raadplegingen wordt de verplichting opgelegd om een verslag op te stellen. Technische prestaties worden niet in de raadplegingen geïntegreerd. Deze bekomen een aparte RVU die aan het raadplegingshonorarium kan worden toegevoegd. Het GMD blijft behouden als een discipline specifieke verstrekking. De voormelde raadplegingsmodules kunnen ook worden toegepast in het kader van zorgtrajecten (diabetes, opvolging zwangerschap, nierinsufficiëntie, ...).

Wat het kostengedeelte van de ACA-verstrekkingen betreft stelt het RIZIV dat het niet mogelijk om op basis van de bij de overheid beschikbare gegevens kosten te identificeren voor raadplegingen en gelijkaardige verstrekkingen. Tevens bestaat geen enkele normering ter zake noch op het vlak van infrastructuur noch op het vlak van personeel voor het merendeel van de betrokken verstrekkingen. Dit is maar in beperkte mate zo, want de gegevens die het RIZIV verzamelt uit de verplichte boekhoudkundige gegevens voor de huisartsenwachtposten geeft zeer gedetailleerde informatie over tal van kostenplaatsen. Daarnaast kunnen uit de ziekenhuisboekhoudingen best wel vele elementen afgeleid worden voor een verantwoorde kostenidentificatie voor ambulante verstrekkingen. De kostprijs van vele materialen zal in een ziekenhuisomgeving zelfs goedkoper zijn als voor een ambulante praktijk gelet op het verschil in volume van aankoop. Ook in de tandheelkundige praktijk zijn materiaalkosten goed identificeerbaar. De bedoeling bestaat erin om een genormeerd forfaitair bedrag te identificeren dat verband houdt met de directe en indirecte kosten voor het gebruik van een praktijkruimte. Het Regeerakkoord voorziet trouwens dat voor ambulante intra- en extramurale verstrekkingen een praktijktoelage voorzien wordt. Ook in de kinesitherapie werden in 2023 de indirecte praktijkkosten in kaart gebracht. Wat de indirecte kosten betreft kunnen alvast volgende kostenplaatsen weerhouden worden, waar een ambulante praktijk niet aan kan ontsnappen:

- inrichting gebouw vanaf casco dus vloer, muren, deuren, schilderwerken, plinten, sanitair, elektriciteit, datapunten, wifi, etc.), kabinet 5m lengte (+ minstens 15m² opp) + wachtzaal + secretariaat + toebehoren (keukentje, MIVA toilet, gangen, etc.) + technisch lokaal
- ventilatie + verwarming/koeling
- brandbeveiliging met brandmeldcentrale abonnement

- alarmsysteem met alarmcentrale abonnement
- klein bureaumateriaal (papier, envelop, postzegels, perforator, nietjesmachine, etc.)
- website, IT support, hosting domeinnaam, telesecretariaat
- kost IT structuur (PCs, printers, scanners, telefonie, server, back up, cloud, internet, cyber-verzekering, onderhoudscontracten, firewall)
- kost EPD inclusief facturatie, elektronisch versturen brieven, toegang cozo, onderhoudscontracten, papieren getuigschriften
- meubilair algemeen inclusief aankleding (posters, bloemen, raambestickering, gordijnen, etc.)
- officemanager (afspraken, planning, telefonie) 2 FTE minimaal voor 1 FTE arts bij solopraktijk, per FTE arts erbij 0,5 FTE ondersteunend administratief bijkomend
- boekhouding, revisor
- poets en algemeen onderhoud ruimte
- medicatie en medisch materiaal inbegrepen in raadpleging
- belastingen eigen aan activiteit: provinciebelasting per vestigingseenheid
- uitbatingsverzekering groepspraktijk
- arbeidsongevallenverzekering, rechtsbijstand, blokpolis indien van toepassing inclusief syndicuskosten
- verbruikproducten niet medisch (toiletpapier, koffie, water, handdoekjes, lectuur wachtzaal, etc.)
- nutsvoorzieningen
- informerende reclame
- drukwerk
- beroepslinnen

Axxon berekende in 2023 dat de indirecte kosten in een kinesitherapiepraktijk moeten geraamd worden op 83,36 euro per uur. In een medische praktijk dient nog rekening gehouden te worden met de directe kosten per medische acte.

4. In de AMTAA worden volgende disciplines behandeld: klinische biologie, medische genetica, anatomopathologie en radiotherapie-oncologie. Ook hier wordt gewerkt naar één RVU-waarde per nomenclatuurnummer voor de anatomopathologie. Voor de radiotherapie-oncologie wordt gestreefd naar een RVU-waarde per zorgepisod en per "add-on". De oefening voor klinische biologie verloopt niet eenvoudig. Dit voorzag de Minister al in zijn nota van 28 januari 2022: "De sector van de klinische biologie is goed voor 1,4 miljard euro waarvan 663 miljoen euro voor

gehospitaliseerde patiënten en 697 miljoen euro in de ambulante sector. Hiervan wordt ongeveer de helft door de niet-ziekenhuislabo's aangerekend. **In deze sector is een opsplitsing van de vele individuele verstrekkingen in een professioneel en kostengedeelte in de praktijk onmogelijk.** Er wordt daarom geopteerd om voor de verschillende groepen van analyses (chemie, hematologie, oncologie, microbiologie...) een kostenstructuur vast te stellen, die zowel geldt voor de ambulante als de gehospitaliseerde verstrekkingen. De verstrekkingen bedoeld in artikel 33bis en 33 ter van de huidige nomenclatuur worden niet betrokken in deze oefening. Het gaat om de moleculaire biologische testen op menselijk (genetisch) materiaal. Het zijn testen die vaak ook gebeuren door andere artsen dan klinisch biologen, zoals genetici en pathologisch anatomen."

5. In de ATMC worden volgende artikels behandeld:

artikel	hoofdstukken
art. 3	Technische geneeskundige verstrekkingen
art. 9 b,c,d	Verlossingen (door artsen-specialisten)
art. 11	Algemene speciale verstrekkingen
art. 12	Anesthesiologie
art. 13	Reanimatie
art. 14	Heelkunde
art. 17	Medische beeldvorming (MBV) - Radiologie (door arts-specialisten in de röntgendiagnose) MBV -
art. 17bis	Echografie (door arts-specialisten in de röntgendiagnose)
art. 17ter	MBV - Radiologie (door arts-specialisten m.u.v. arts-specialisten in de röntgendiagnose))
art. 17quater	MBV (door arts-specialisten m.u.v. arts-specialisten in de röntgendiagnose)
art. 18	Radiotherapie en radiumtherapie - Nucleaire geneeskunde (enkel in vivo)
art. 20	Inwendige geneeskunde
art. 21	Dermato-venerologie
art. 22	Fysische geneeskunde en revalidatie
art. 34	Percutane interventionele verstrekkingen onder MBV-controle

De werkgroep ATMC besliste om de verstrekkingen: toezicht bij reanimatie, revalidatie, chronische hemodialyse over te hevelen naar de ACA-werkgroep.

Voor ieder van deze onderdelen wordt het intellectuele gedeelte gescheiden van het 'kostengedeelte'. Het kostengedeelte voor ieder van deze individuele acten zal bepaald worden door een werkgroep van de KULeuven en van de ULB onder leiding van professoren Kesteloot (KUL) en professoren Pirson-Leclercq. Het gaat dan vooral om een bepaling van de 'directe' praktijkkosten per acte, met inbegrip van middelen die rechtstreeks worden ingezet voor meer als één activiteit of activiteitgroep en per operationele functionele eenheid indirect, maar goed traceerbaar, versleuteld over activiteitgroepen.. Voor de indirecte kosten werd een studie uitgevoerd door het KCE dat uitmondde in een rapport 380AS (2024). Ook deze praktijkkosten worden uitgedrukt in een relatieve waardenschaal, niet in euros. Vanzelfsprekend zijn deze studies gebaseerd op de huidige nomenclatuur (V0) en is de huidige nomenclatuur niet zomaar te vertalen naar de nieuwe nomenclatuur (V1). Men lost dit op via inter- en extrapolatie nomenclatuurcodes V1 in V0-waardenschaal op basis van expertadvies naar een inschatting van de tijdsduur in de nieuwe nomenclatuur (V1). Tevens zullen 2 parallelle oefeningen gebeuren in 12 peilziekenhuizen in het land in de loop van 2025-2026: een volumemeting van alle prestaties in deze tabel én een update van de berekening

van de praktijkkosten volgens de gekende methodologie omdat de artsen tijdens de volumemeting zowel de V0 voor iedere prestatie zullen inbrengen in het facturatiepakket alsook de V1 nomenclatuur zullen hanteren voor de uitgevoerde prestatie, initieel op basis van de huidige toepassingsregels en meer naar eind 2026 toe op basis van de nieuwe toepassingsregels van de V1-nomenclatuur. Zoals gezegd is het niet de bedoeling een 'exacte' raming van de kosten te maken, maar een relatieve waarde eenheid te bekomen. Zo zal men bv. voor de radiologie vier grote activiteitencentra kennen: radiologie, CT, MR, Echografie. Per activiteit onderkent men personeelskosten, investeringskosten, werkingskosten. Zo bekomt men een relatieve waardenschaal van prestaties per eenheid. Men rangschikt éérst de prestaties die in detail werden onderzocht. De overige prestaties worden er als het ware tussengedruwd; in elegantere taal uitgedrukt worden de niet-onderzochte prestaties 'geassimileerd' in de rangschikking. Geneesmiddelen en implantaten worden niet opgenomen in de berekening van de praktijkkosten.

Tussen V0 en V1 zijn er verschillen. Zo wordt geschat dat ongeveer 1/3 van de situaties $V0=V1$ (1 op 1), ongeveer 1/3 van de situaties gaat van N in V0 naar 1 in V1, ongeveer 1/3 gaat van 1 in V0 naar N in V1 en een klein aantal gevallen gaat van N in V0 naar N in V1. Wat nog moet onderzocht worden is nieuwe nomenclatuur in V1: want als hiervoor géén budget is voorzien in de groeionorm, dan kan hiervoor géén voorziening getroffen worden in de nieuwe nomenclatuur. Gebeurt dat toch via 'assimilatie' van betekent dat automatisch een waardevermindering van alle andere medische prestaties zonder nieuw budget. Wat de prijsberekeningen betreft dient ook gerefereerd te worden naar de KCE studie 178A uit 2012 (Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies).

De PACHA-studie van Delo e.a. (C. Delo et al. / Health Policy 119 (2015) 1126-1132) bestudeerde 1556 chirurgische procedures in het operatiekwartier en kwam tot volgende verdeling van de kosten zoals voorgesteld in het taartdiagram.

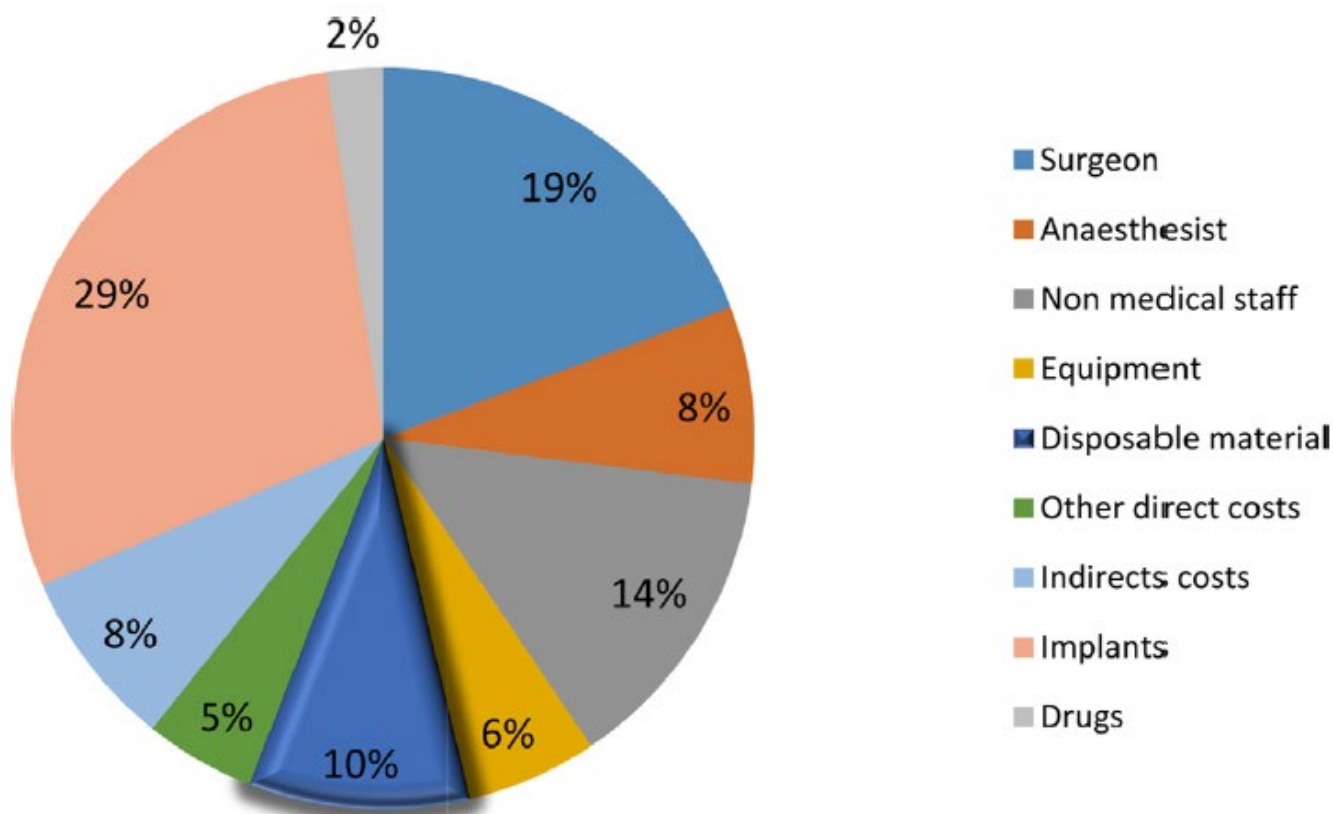


Fig. 1. Costs in OR.

Aangezien de honoraria zowel de financiering van het intellectueel gedeelte omvatten alsook een deel van de kosten, is de oefening onlosmakelijk verbonden met een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. In het operatiekwartier vormen de honoraria maar een fractie van de totale kosten. Het is daarom dat het BFM bestaat (B2-gedeelte). Een loskoppeling tussen het intellectuele gedeelte en het kostengedeelte brengt zowel voor de ziekenhuizen alsook voor de artsen een vraag naar zekerheid met zich mee.

Wat de indirecte kosten betreft in de ATMC studie, merkt het KCE volgende op: "Het KCE gebruikte hiervoor gegevens uit de Finhosta databank van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Dit is momenteel de enige beschikbare bron in ons land met gegevens over de directe en indirecte kosten van alle Belgische ziekenhuizen. Deze gegevens bleken echter meerdere beperkingen te hebben. Zo zijn er aanzienlijke verschillen tussen de manier waarop de ziekenhuizen hun kosten in Finhosta boeken. Dit komt door organisatorische verschillen en een gebrek aan voldoende gedetailleerde richtlijnen omtrent de registratie. ... Wegens de beperkingen van de Finhosta gegevens, moet een (nieuwe) gedetailleerde template opgesteld worden voor de inzameling van kosten bij een representatieve steekproef van ziekenhuizen. Deze template kan ook nuttig zijn voor regelmatige updates van de nomenclatuur, de DRG-tarieven of voor andere kostenstudies." Het is zeer de vraag of de tijd hiervoor genomen kan worden gezien het voorontwerp van Kaderwet voorziet dat de nieuwe ziekenhuisfinanciering moet ingaan op 1.1.2028.

Binnen de ATMC is de financiering van de radiologie een bijzonder luik. De prestaties van interventionele radiologie evenals de conventionele radiologie en echografie volgen de normale procedure van alle andere ATMC-prestaties. Voor CT en MRI wordt een andere weg bewandeld.

Het idee van de overheid is een financieringsmodel met enerzijds een professioneel honorarium voor de arts en anderzijds een forfaitair honorarium voor de werking van het toestel, gebaseerd op "verantwoorde" reële kosten in functie van een "verantwoord" volume aan prestaties. Het "verantwoord" forfait is gebaseerd op een "genormeerde populatiegebonden financiering. Er wordt daarbij gekeken naar het marktaandeel van elk ziekenhuis voor zware medische beeldvorming, de bestaande consumptie van onderzoeken, een te bepalen normconsumptie en een te bepalen verantwoord aantal toestellen per ziekenhuis. Dit naar analogie met het Frans model. "

In de totstandkoming van de nieuwe ziekenhuisfinanciering is wel voorzien dat naast de resultaten van de studiegroepen Kesteloot/Kips en Pirson/Leclercq ook normatieve studies erlangs gelegd worden. Die normatieve studies zijn gebaseerd op expertopinions van deskundigen per materie die een goed zicht hebben op ieder van die procedures of DRG's: artsen, verpleegkundigen, technici, beheerders. Eventuele bijstellingen kunnen daar gebeuren.

6. De nomenclatuurreform is een tweevoudige hervorming. Het is een verticale herijking tussen medische disciplines en het is een horizontale herijking waarbij het kostengedeelte van medische prestaties die in het ziekenhuis worden uitgevoerd opgedeeld worden in een intellectueel gedeelte en een kostengedeelte. Voor vele medische prestaties in het operatiekwartier is er op heden een tweedelige samenstelling van de kosten: kosten gedragen door afdrachten uit medische honoraria en kosten gedragen door BFM, Forfaits, Conventies. Wat uiteindelijk alle artsen zullen verwachten is een billijke vergoeding en dat op 's lands niveau de afdrachten uit honoraria niet groter zijn als actueel het geval is naar de ziekenhuizen toe. Anders wordt de verticale herijking een lege doos.
7. Budgettair stellen zich grote problemen want met name in de ACA worden zéér véél nieuwe 'verstrekkingen' gedefinieerd. Het is een Sinterklaas-lijst van desiderata, want daar is de oefening VO vs V1 nog niet gemaakt. Toch is die nodig om te weten welk nieuw budget gezocht wordt om de nieuwe verstrekkingen te financieren. Ook in de ambulante verstrekkingen buiten het ziekenhuis is er de problematiek van de niet of niet-voldoende gedekte financiering van de werkingskosten. Uit de MAHA-studie blijkt dat in 2023 zo'n 2,6 miljard euro honoraria werden afgedragen naar de ziekenhuizen. Dat betekent dat er in het beste geval zo'n 9 miljard euro overblijven voor de gehele oefening: ACA, AMTAA, ATMC. Er wordt geschat dat in de ACA zo'n 3 miljard euro nodig is om 'onvervulde' behoeften (desiderata?) in te vullen. De ACA zal trachten dit te recupereren uit AMTAA en ATMC. Maar ook de ziekenhuizen kijken naar AMTAA en ATMC om een zo groot mogelijk gedeelte te transfereren naar de ziekenhuisfinanciering. Wanneer dan ook nog het ventiel van de ereloon-supplementen verdwijnt, zo vreest men, kan de hervorming niet succesvol afgerond worden.
8. Een zeer verontrustend element in het huidige ontwerp van Kaderwet is de verminderde rol van de Technisch Geneeskundige Raad en de Technisch Tandheelkundige Raad. Op een cruciaal moment wordt de rol van deze Raden plots "facultatief" want hun advies kan, maar moet niet gevraagd worden, laat staan dat er rekening mee moet gehouden worden. Dit laat het ergste vermoeden.
9. Gelet op het grote aantal onbekenden (indirecte kosten, ACA-desiderata, verschil tussen huidige ziekenhuisfinanciering via BFM en toekomstige ziekenhuisfinanciering via DRG) zal het ongetwijfeld noodzakelijk zijn dit proces te begeleiden met een bufferfonds om bepaalde disciplines, praktijken of ziekenhuizen niet te laten verongelukken. De nodige middelen uit de groeionorm kunnen hiervoor opzij gezet worden in de loop van 2026-2027-2028. Of dat zal gebeuren is zeer de vraag.

HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING

De omzet van de ziekenhuizen bedraagt zo'n 25 miljard per jaar (2023) aldus de Blikvanger Gezondheidszorg Algemene Ziekenhuizen van het FOD 103 ziekenhuizen waarvan 78 klassieke algemene ziekenhuizen, 7 universitaire ziekenhuizen en 18 ziekenhuizen met een universitair karakter met in totaal 189 ziekenhuiscampussen. De partiële begroting van de artsenhonoraria bedraagt zo'n 12 miljard (2025). Beide zullen tegelijkertijd hervormd worden en tegelijkertijd moeten ingaan volgens het voorontwerp van Kaderwet. Beide zijn innig met mekaar verbonden, maar verlopen volgens totaal verschillende mechanismen. Op een BBP van zo'n 616 miljard (2024) gaat het om zo'n 6% van het BBP. Volgens de MAHA-cijfers waren er in 2023 in de Algemene Ziekenhuizen (met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen) 104.646,6 VTE's personeel tewerkgesteld voor een bedrag van 8,7 miljard euro. De omzet van de honoraria in de algemene ziekenhuizen in 2023, aldus dezelfde MAHA studie, bedroegen 6,5 miljard waarvan zo'n 2,6 miljard (39,5%) terugvloeiden naar de ziekenhuizen als afdrachten. Dergelijke sommen, dergelijke tewerkstellingcijfers laten weinig marge voor fouten. Ook voor een Regering zijn dergelijke projecten "Chefsache". Minister Vandenbroucke weet dat ook en neemt in de Kaderwet de vlucht vooruit door alvast al het "Kader" vast te leggen om tot een sluitende rekening te komen:

- De nomenclatuurrhervorming wordt sluitend gemaakt door de RVU-waarde niet afhankelijk te maken van wat een "eerlijke correcte verloning van artsen" zou moeten voorstellen, maar van een beschikbaar budget dat hij voor ogen heeft voor de partiële begroting van de honoraria in het RIZIV-budget.
- De ziekenhuisfinanciering wordt sluitend gemaakt door in een 'Pax Hospitalia' af te spreken (aldus de Minister in een vergadering op zijn Kabinet op 11 juli 2025) dat er vanaf het 2 jaar van de nieuwe ziekenhuisfinanciering opnieuw afdrachten kunnen onderhandeld worden met de artsen op de "zuivere erelonen"
- De vlucht naar buiten wordt voor artsen-specialisten quasi onmogelijk gemaakt door ambulante geneeskunde zo goed als onuitvoerbaar te maken buiten de ziekenhuizen. Dat is makkelijk te bewerkstelligen door een verbod op ereloonsupplementen in de ambulante sector (VT-patiënten) of door een zeer laag plafond in te stellen voor ereloonsupplementen in de ambulante sector (niet-VT patiënten) en door te 'vergeten' om een adequate praktijktoelage te voorzien voor ambulante extramurale verstrekkingen.

Het spreekt voor zich dat artsen op 7 juli 2025 reageerden als door een wesp gestoken. Begrijpelijk want de budgettaire dynamiek die de gezondheidszorg nodig heeft is net de verplaatsing van medische prestaties in een erg dure ziekenhuisinfrastructuur als ze vanuit medisch standpunt daar niet moeten uitgevoerd worden naar een infrastructuur en omkadering die minder kostelijk is en dezelfde veiligheid van uitvoering waarborgt. De blikvanger gezondheidszorg van het FOD bevestigt het erg 'instutioneel' karakter van de Belgische gezondheidszorg want België kent een zeer geringe afbouw van erkende ziekenhuisbedden: "Op 1 januari 2025 waren er 52.317 erkende bedden en plaatsen in België. De vergrijzing van de bevolking en de vooruitgang in de medische zorg weerspiegelen zich in de evolutie van het aantal erkende ziekenhuisbedden. De afgelopen 30 jaar is er een totale daling van 2.370 erkende bedden, ofwel 4%, in algemene ziekenhuizen waargenomen." In het KCE rapport 289AS uit 2017 met als titel "Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" werd aanbevolen om tegen 2025 de beschikbare beddenscapaciteit af te bouwen met 9 308 bedden, uitgezonderd voor G- en S-bedden en eventueel het behoud van een reservecapaciteit van 3476 bedden vanaf 2030.

PROBLEMATIEK VAN DE HUIDIGE ZIEKENHUISFINANCIERING

Vanuit het standpunt van de ziekenhuizen wordt gewezen op een slechte financiële situatie van de meeste ziekenhuizen. De MAHA studie liet zien dat in 2023 de meeste ziekenhuizen een negatief bedrijfsresultaat vertoonden. Dit geldt niet voor de universitaire ziekenhuizen die een batig bedrijfsresultaat vertonen.

1. Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen, met uitzondering van de in § 8 vermelde verstrekkingen

a) Voor **ambulante** rechthebbenden

Codenummer			Rechthebbenden met voorkeurregeling		Rechthebbenden zonder voorkeurregeling			
	AMB	HOS	100 %	90 % *	100 %	75 % *	85 % *	88 % *
K = 1,330374	599513	= K 150	199,56	179,61	199,56	149,67	190,88	197,08
K = 1,330374	599535	= K 120	159,64	143,68	159,64	119,73	150,96	157,16
K = 1,330374	599550	= K 100	133,04	119,74	133,04	99,78	124,36	130,56
K = 1,330374	599572	= K 80	106,43	95,79	106,43	79,83	97,75	103,95
K = 1,330374	599594	= K 60	79,82	71,84	79,82	59,87	71,14	77,34
K = 1,330374	599616	= K 40	53,21	47,89	53,21	39,91	45,23	50,73
K = 1,330374	599631	= K 20	26,61	23,95	26,61	19,96	22,62	24,13
K = 1,330374	599653	= K 12	15,96	14,37	15,96	11,97	13,57	14,05

Dat was geenszins zo sinds het in voege treden van de ziekenhuisfinancieringswet van 25 april 2002 die nog steeds in voege is.

b) Voor **gehospitaliseerde** rechthebbenden

Codenummer				Rechthebbenden met voorkeurregeling		Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
				100 %	90 % *	100 %	75 % *
K = 1,995560	599524	= K 150		299,33	269,40	299,33	224,50
K = 1,995560	599546	= K 120		239,47	215,53	239,47	179,61
K = 1,995560	599561	= K 100		199,56	179,61	199,56	149,67
K = 1,995560	599583	= K 80		159,64	143,68	159,64	119,73
K = 1,995560	599605	= K 60		119,73	107,76	119,73	89,80
K = 1,995560	599620	= K 40		79,82	71,84	79,82	59,87
K = 1,995560	599642	= K 20		39,91	35,92	39,91	29,94
K = 1,995560	599664	= K 12		23,95	21,56	23,95	17,97

* Voor het bijkomend honorarium voor de 's nachts of tijdens het weekeind verrichte dringende technische verstrekkingen is er een persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbende onder dezelfde voorwaarden als voor de verstrekkingen zelf

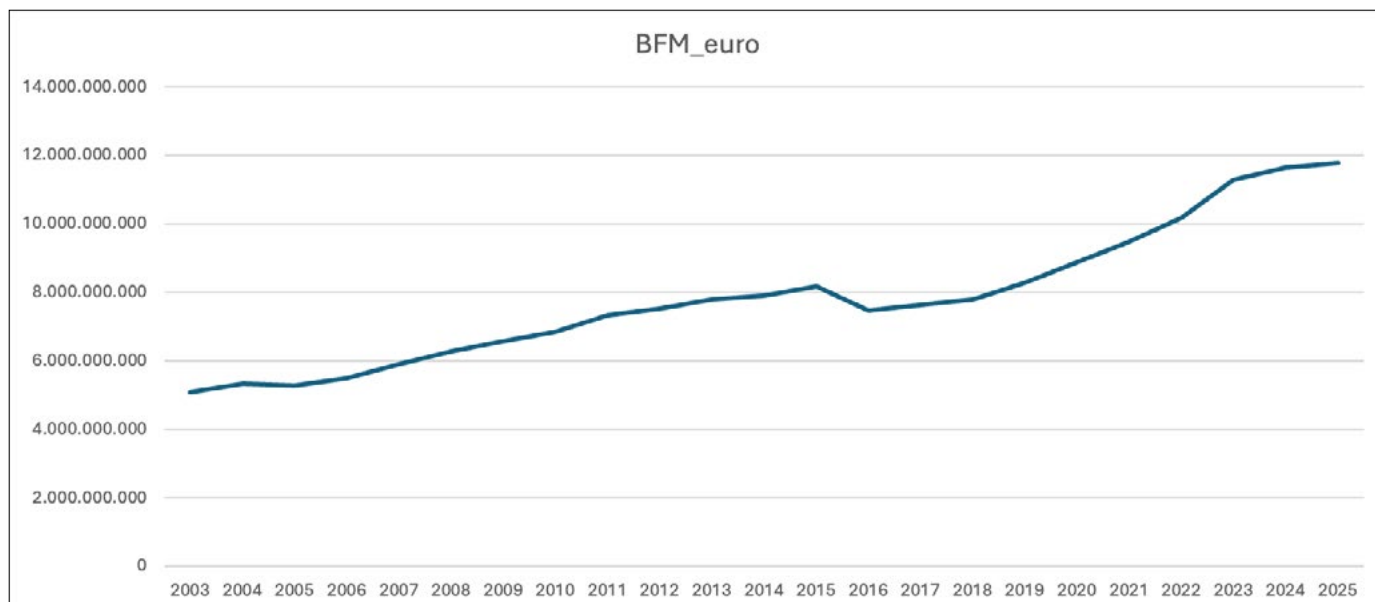
De laatste jaren echter slagen er alsmaar minder ziekenhuizen in positieve cijfers te tonen.

2. Bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen, uitgevoerd door de algemeen geneeskundige tijdens een dringend bezoek, dat tussen 18 en 21u wordt afgelegd

Codenummer				Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
					100 %	75 % **
K = 1,330374	590015	= K 20		26,61	26,61	19,96
K = 1,330374	590030	= K 10		13,30	13,30	9,98
K = 1,330374	590052	= K 6		7,98	7,98	5,99

** Vergoeding voor de verstrekkingen waarvoor de rechthebbende een persoonlijk aandeel moet betalen

Het is zeker niet zo dat de overheid onvoldoende heeft geïnvesteerd in het Budget Financiële Middelen of in Conventies of in RIZIV-forfaits. Het BFM neemt stelselmatig toe en ook de conventies en riziv-forfaits die bovenop het BFM worden uitgekeerd nemen toe.



WAT ZIJN DE VOORNAAMSTE FACTOREN DIE MAKEN DAT ZIEKENHUIZEN HET TOENEMEND MOEILIK KRIJGEN?

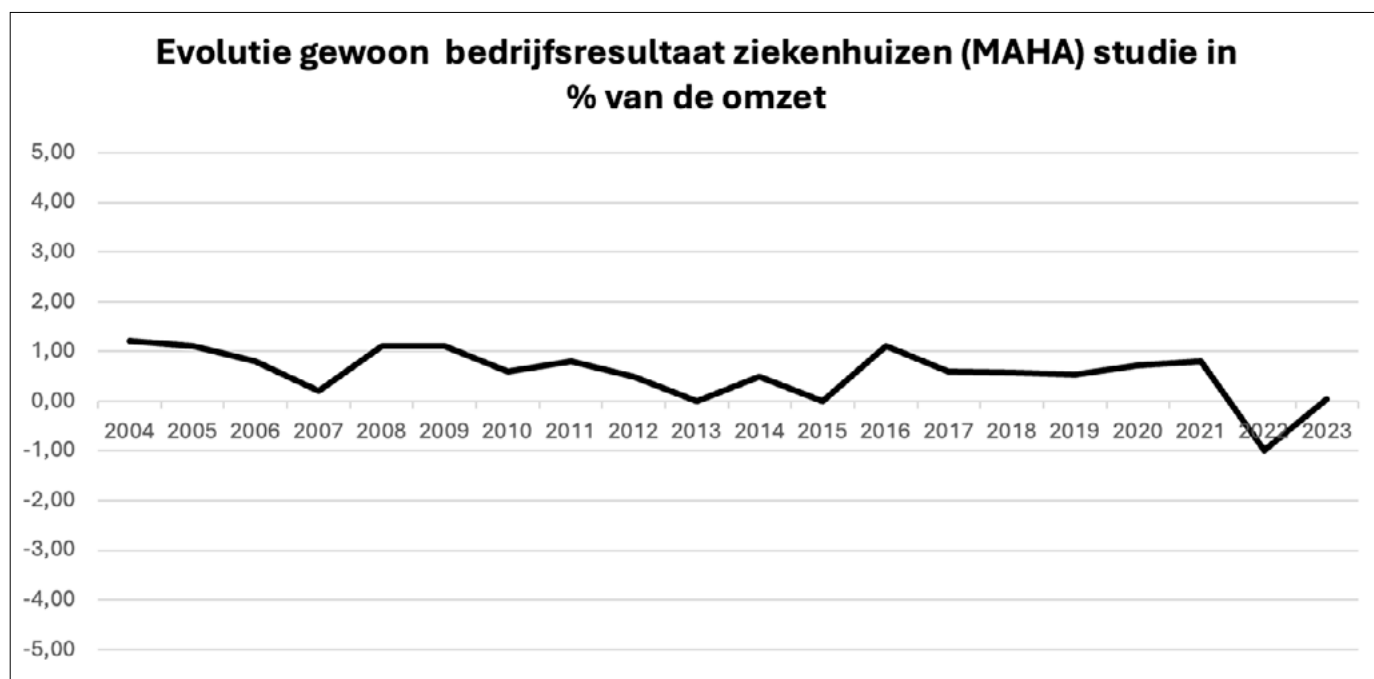
- de dynamiek, de 'motor' van de financieringswet van 25 april 2002 is de ligduur; de overheid financiert niet de gerealiseerde ligduur, maar wel de ligduur van de gemiddelde patiënt in België met éénzelfde profiel en éénzelfde pathologie (= verantwoorde ligduur). De overheid financiert dus niet de 'erkende' bedden maar de 'verantwoorde' bedden of de 'verantwoorde' ligduur. Het aantal erkende bedden op 1 januari 2025 bedroeg volgens het FOD 52.317 bedden, maar het aantal verantwoorde bedden (en dus gefinancierde) bedden is intussen gezakt tot 36.447 bedden (2023) en moet dus nog lager zijn in 2025 aangezien de ligduur alsmaar zakt. Er is zeker nog marge voor een geringere ligduur, zo leert de vergelijking binnen Europa, maar vele ziekenhuizen kunnen het tempo van ligduurverlaging niet volgen.
- er zijn 103 ziekenhuizen met 189 campussen: dit brengt vele inefficiënties met zich mee. Er zijn twee majeure obstakels om het aantal campussen te verminderen: nieuwbouwfinanciering vergt vele eigen middelen want financiering vanuit de deelstaten verloopt zeer moeizaam; het is ook niet interessant om te fusioneren binnen de huidige wetgeving, want bij fusie gaan vele financieringsmiddelen verloren, zoals ook te lezen is in een schrijven van de Minister aan de Federale Raad voor Ziekenhuizvoorzieningen op 26 juni 2025. We hernemen de tekst, aangevuld met bekende inzichten inzake fusies:
 - Onderdeel A1:
 - Afschrijvingstermijnen zijn vaak 33 jaar en 10 jaar; dit blijft maar gelden zolang bepaalde afdelingen niet van functie veranderen; zodra functies wijzigen vervalt de afschrijvingsmogelijkheid, bv. een verpleegeenheid die bij fusie of netwerk omgezet wordt tot een logistieke ruimte.
 - Onderdeel B1 :
 - Bij fusie verschuift het budget van één over meerdere fusiepartners van groep. Dit heeft zowel gevolgen voor de betrokken instelling als voor alle andere ziekenhuizen. De indeling in groepen en de verdelingspercentages over de kostensoorten is ondertussen 30 jaar oud.

- Indien de fusiepartners beschikken over Kd of Kn bedden vervalt mogelijk een deel van de financiering van de transportkosten
- De B1 is een nationaal gesloten budget dat verdeeld wordt onder de 5 groepen ziekenhuizen. Dit wordt dus een gesloten budget per groep voor de algemene ziekenhuizen. Elk ziekenhuis krijgt een forfait per werkeenheid dat verschilt van groep tot groep: een fusie (meestal naar groep 450+ bedden) veroorzaakt meestal een verschuiving in groepen en is niet budgetneutraal. De impact is echter onvoorspelbaar voor het gefuseerde ziekenhuis omdat 1+1 niet gelijk is aan 2 in deze berekening.
- Onderdeel B2 :
 - Door fusie treedt een shift in decielen (supplementaire punten voor CD, E en IZ) op die, door het nietlineaire karakter van de decielenfinanciering, mogelijk grote budgettaire impact kan hebben. B2 is een zeer dynamisch deel en erg gevoelig bij fusies binnen de huidige ziekenhuiswetgeving: de decielen omvatten ± 9000 punten aanvullende financiering die vooral verdeeld worden over de grotere ziekenhuizen_uz; fusie met een kleinere partner benadeelt meestal de decielen.
 - Door het plafonneren tot 2 van het aantal permanente zalen in het operatiekwartier verliest de fusie mogelijk een aantal permanente Ok-zalen: de voorwaarde hartcatheterisatie of neurochirurgie kan slechts één maal gebruikt worden. Je kan dus niet meer als 2 permanente OK-zalen krijgen zelfs niet na een fusie.
 - Bij fusies met openbare ziekenhuizen zal men moeten denken aan de pensioenlasten van statutaire personeelsleden, en ook de anciënniteit van de personeelsequippe kan gevoelig wijzigen
 - mogelijk verlies van punten bij bevallingen de regelgeving zorgt ervoor dat samensmelting van bevallingskwartieren meestal tot een slechtere punten-totaal leidt binnen de huidige ziekenhuisfinanciering
- Onderdeel B4 :
 - Diverse forfaits worden toegekend per erkenningsnummer en komen te vervallen bij fusie of worden toegekend met een basisbedrag dat bij fusie komt te vervallen (bv ziekenhuishygiëne, EPO, permanente vorming, begeleider intreders - herintreders). Hierbij is de regelgeving soms voor interpretatie vatbaar en dient mogelijk verduidelijkt te worden. Onderdeel B4 beslaat 80+ verschillende financieringen waarbij sommige financieringen worden 1x per ziekenhuis toegekend worden.
 - Diverse financieringen worden gevorkt toegekend (orgaandonatie, zorgprogramma G) zodat een fusie mogelijk negatieve effecten heeft doordat de fusie verschuift naar een schijf van financiering die mogelijk lager is dan voorheen.
 - Veel van de fusieproblematiek in B4 valt te linken aan historische financieringen die sinds jaar en dag bevroren zijn.
 - Veelal dalen de kosten niet van functies die door de B4 gefinancierd zijn na een fusie zolang deze functies op meerdere locaties worden uitgeoefend.

- Onderdeel B7
 - Mogelijk verlies van universitaire status bij fusie universitair en 'gewoon' acuut ziekenhuis.(B1 – B7) indien de SOM geen 75% universitaire bedden meer zijn.
- Onderdeel B8 :
 - Aangezien gewerkt wordt met een financiering die afhangt van het boven of onder de mediaan scoren van de instelling kan een fusie verlies betekenen doordat deze onder de mediaan schuift terwijl voorheen één of meer fusiepartners boven de mediaan scoorden.
- Onderdeel B9 :
 - De jaarlijkse berekening van de financiering Zorgpersoneelsfonds (ZPF) gebeurt o.b.v. Onderdeel B2. Gevolgen van fusie in B2 heeft dan mogelijk ook een gevolg in de financiering ZPF (bv de OK-zalen in permanentie).
- Om de nadelen van fusies ten dele te compenseren werd een artikel 97§2 ingevoerd in het KB van 25 april 2002. Dit is echter ontoereikend omdat het enkel betrekking heeft op de B1,B2,B8, waarbij de toegekende bedragen degressief zijn over een periode van 3 jaar. Onderdeel B4 is hierin niet opgenomen.
- Niet alleen het BFM wordt beïnvloed door een fusie. Ook het forfaitaire bedrag voor apotheken, de forfaitaire bedragen voor medische beeldvorming en klinische biologie, de forfaitaire bedragen voor dialyse, afhankelijk van het percentage alternatieve dialyses, en ook de "juiste prijs" die als basis dient voor de financiering van infrastructuur in het Waals Gewest en de Federatie Wallonië-Brussel worden beïnvloed bij een fusie.
- Een volledige neutralisatie van de nadelige financieringseffecten bij een fusie is binnen de huidige wetgeving (KB 25.04.2002) niet mogelijk: $1+1 < 2$. Daarom wordt door sommigen (oa. Stéphane Rillaerts) voorgesteld om niet te werken via een wijziging van het BFM, maar om te werken via een hervorming van de erkenningsnummering. Hierdoor krijgt elke locatie twee identificatienummers: deze van de unieke beheersstructuur van het geheel en deze van de kwalificatie van de betreffende locatie, voorafgegaan door een letter die overeenkomt met de status ervan: acute zorg, chronische zorg, psychiatrische zorg, palliatieve zorg, (toekomstige) zorg, dagziekenhuis of een combinatie ervan. Op basis van deze identificatie geldt de regel dat er voor elke locatie een BMF wordt berekend, voor onbepaalde tijd, afhankelijk van het type locatie. De BMF's worden alleen samengevoegd wanneer het ziekenhuis besluit om de betreffende locaties fysiek samen te voegen tot één locatie, waardoor het identificatienummer van de locatie verdwijnt. In geval van een locatie "chronisch" wordt of wordt omgevormd tot een toekomstig dagziekenhuis, zou de BMF van de betreffende locatie alleen van categorie veranderen en zouden de financieringsregels voor die categorie ziekenhuizen van toepassing worden. Deze regeling zou er ook toe leiden dat alle forfaitaire bedragen worden gehandhaafd in een berekening die dezelfde is als die welke vóór de fusie van kracht was. Dit zou niet altijd noodzakelijkerwijs in het voordeel zijn van het gefuseerde ziekenhuis, maar zou het voordeel hebben dat de bestaande situatie gehandhaafd blijft en beter aansluit bij de werkelijkheid.
- sinds covid zijn de personeelskosten sterk gestegen tussen 2019 – 2023 en het absentisme bij het personeel is de laatste jaren sterk toegenomen en hoog gebleven: in het eerste semester 2024 bedroeg het absentisme 12,2% (4,4% absentisme langer als 1 jaar). (Bron: MAHA)

Dat ziekenhuisdirecties ongerust zijn over de financiële situatie van hun ziekenhuis is begrijpelijk, zeker wanneer een nieuwe financieringsvorm voor de deur staat waarvan ze géén simulaties gezien hebben voor het eigen ziekenhuis. Want een gemiddelde over alle ziekenhuizen heen, biedt géén enkele troost voor het eigen ziekenhuis.

Onderstaande grafiek laat zien dat over de jaren heen de evolutie van het gewoon bedrijfsresultaat van de ziekenhuizen, uitgedrukt in % van de omzet, bijna altijd positief is gebleven voor de gehele sector. Maar een gemiddelde omvat zowel positieve alsook negatieve individuele bedrijfsresultaten. Er zijn dus altijd winnaars en verliezers bij herverdelingen binnen een gesloten budget. Dat is de essentie van een zero-sum verhaal.



Het zero-sum verhaal heeft de afgelopen 20 jaar wel geleid tot een reductie van het aantal algemene ziekenhuizen en tot budgettaire controle van het jaarlijks ziekenhuisbudget. De afname van het aantal algemene ziekenhuizen werd gecompenseerd door een toenemende omvang van de resterende ziekenhuizen. Kleine ziekenhuizen zijn haast allemaal verdwenen. Dit komt de evolutie van de geneeskunde ten goede waar in de ziekenhuizen permanenties verwacht worden en minder materniteiten om het dalend aantal geboortes in het land te volgen. Een grotere omvang van ziekenhuizen laat ook grotere medische associaties toe met meer subspecialisaties.

DE TOEKOMSTIGE ZIEKENHUISFINANCIERING

Zowel de nomenclatuurrhervorming alsook de nieuwe ziekenhuisfinanciering staan uitvoerig beschreven als doelstellingen in de nota "Naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen" die tot stand kwam in opdracht van Zorgnet Vlaanderen in 2014 onder redactie van prof. dr. Johan Kips, Koen Michiels en Katrien Verschoren.

De nota van 28 januari 2022 van Minister Frank Vandenbroucke "Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering" geeft de richting aan waar de ziekenhuisfinanciering naar toe zal evolueren. De Minister verwijst hier naar de KCE-studie 229A 'conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering' (2014) als leidraad. In dezelfde tekst uit 2022 stelt de Minister: "De vijf essentiële werven

die we naar voor schuiven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het gaat om de hervorming van het ziekenhuislandschap, de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur, value based purchasing, beheersing van de supplementen. De uitrol van deze hervorming zal in nauw overleg met de stakeholders gebeuren. De bevoegde overleg- en adviesorganen zullen uiteraard hun rol spelen. Gezien de nauwe verwevenheid tussen de nomenclatuurherijking en de aanpassing van de ziekenhuisfinanciering is een gestructureerd overleg tussen artsenvertegenwoordigers, ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen eveneens meer als aangewezen." In het voorontwerp van Kaderwet (versie 1,2) werd het 5e punt (ereloon-supplementen) naar voor gehaald in de timing als randvoorwaarde om de twee andere elementen te kunnen realiseren: nomenclatuurnieuwvorming en hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het geweer is duidelijk van schouder veranderd.

Wat de hertekening van het ziekenhuislandschap betreft, staan in de steigers: de erkenning van de S2-centra voor invasieve beroertezorg, de majeure traumacentra, de sluiting van bepaalde materniteiten, de centralisatie van maligne hoofd- en halstumoren, de centralisatie van maligne ovariumtumoren, de centralisatie van complexe endometriose. Locoregionale en supraregionale zorgopdrachten zijn uitgetekend en bij KB vastgelegd.

Verder werd in 2022 een overstap gepland van de bestaande (sinds 25 april 2002) financiering op basis van verantwoorde bedden in functie van de globale case-mix van het ziekenhuis naar een financiering op basis van all-in pathologie forfaits per DRG. De huidige ziekenhuisfinanciering is een herverdelingsmechanisme van een gesloten budget (BFM) op basis van historische parameters van 2 à 3 jaar voordien, aangevuld met conventies, riziv-forfaits en afdrachten vanuit honoraria die 'real-time' zijn. Er is géén prospectieve financiering. Daarin wil de all-in pathologie forfait per DRG in voorzien.

In de visie van 2022 zou dit DRG-forfait volgende elementen moeten includeren: de kost voor de zorg-gerelateerde onderdelen gefinancierd via het huidige BFM, de kost van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen evenals het gedeelte van de honoraria dat werkingskosten dekt die niet vergoed worden door het BFM, desgevallend ook de kosten voor de pre- en posthospitalisatie. Het huidige systeem van honorariumforfaits voor laagvariabele zorg blijft ongewijzigd. De Minister stelt tevens "deze hervorming zal een einde maken aan de duale en verstrengelde financiering van artsen en ziekenhuizen".

"De hoeksteen van de hervorming is het correct berekenen per pathologie van de verantwoorde inzet van middelen en hun reële kost. Dit betekent dat er een sterk verband bestaat tussen deze hervorming en de geplande nomenclatuurnieuwvorming (zie infra). Het berekenen van de all-in forfaits per DRG houdt immers enerzijds een kostenallocatie in van de benodigde omkadering aan zorgpersoneel per pathologie tijdens het ziekenhuisverblijf (wat onder meer het luik bfm betreft) en anderzijds het in kaart brengen van de kost van medische prestaties (wat vandaag deels gefinancierd wordt door afdrachten op medische honoraria). Eens deze kosten in kaart gebracht, moet worden berekend welk gedeelte van deze kosten door het BFM dan wel door de honoraria wordt gedekt. Vervolgens moet per DRG worden vastgelegd welke medische prestaties er deel van uitmaken om te kunnen berekenen welk kostendekkend gedeelte vanuit de honoraria aan het DRG forfait wordt toegevoegd (bovenop het deel uit BFM en uit andere RIZIV financieringskanalen (oa voor medische hulpmiddelen)). De globale berekening van alle DRG's zal op macroniveau ook transparantie bieden in het gedeelte van de totale honorariummassa dat dient om kosten te dekken." Wat de artsenorganisaties betreft is de stellingname dat het globale afdrachtengedeelte uit de honorariummassa niet mag toenemen, gezien er simultaan een verticale herijking tussen de medische disciplines gepland is.

De Minister realiseert zich goed dat alle studies in verband met de bepaling van de werkingskosten per nomenclatuurnummer gebaseerd zijn op de huidige nomenclatuur (VO), maar dat in feite niet die gegevens nodig zijn, maar deze van de nieuwe nomenclatuur (V1). Om dat te kunnen doen zal men minstens over data moeten beschikken van één volledig jaar om een voldoende betrouwbaar staal te hebben. Dit zal niet meer voor 2025 zijn, maar zal minstens 2026 – 2027 in beslag nemen. Dit is immers een

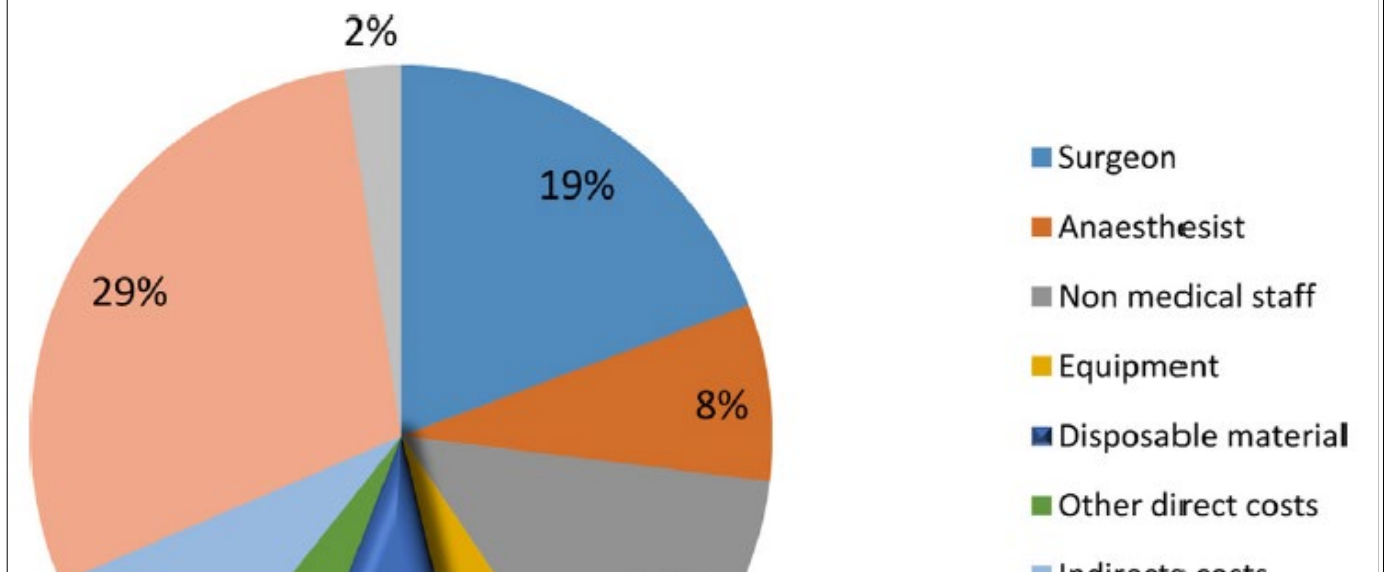
reusachtig werk, ook al is de methodologie uitgewerkt voor de peilziekenhuizen uit de studie van prof. Kesteloot/Kips en prof. Pirson/Leclercq. De Minister gaat verder en stelt dat de all-in pathologie forfait gebaseerd zal zijn op basis van verantwoorde reële kosten. Het is voor de lezer onduidelijk wat de definitie is van 'verantwoorde reële kost': welke kostenelementen worden verantwoord geacht en welke niet? In de huidige ziekenhuisfinanciering is het de ligduur die determineert welke kosten verantwoord zijn of niet: verantwoorde ligduur, verantwoorde bedden. Dit is een bekommernis die om opheldering vraagt.

"Er zal een specifieke regeling worden voorzien voor de financiering voor hoge risico's. Een uniforme, op voorhand vaststaande financiering per type patiënt botst op zijn grenzen voor risicopatiënten of zeer complexe ziektebeelden. De variabiliteit in kosten per opname is te groot en te onvoorspelbaar. Daarom hanteren alle landen, naast hun DRG-financieringssysteem, ook andere mechanismen. Deze zorgen ervoor dat bij de berekening van de gemiddelde bedragen per DRG bepaalde elementen worden uitgesloten en afzonderlijk worden vergoed. Voorbeelden van elementen die worden uitgesloten zijn bepaalde patiëntengroepen (bv. patiënten met ernstige brandwonden, palliatieve patiënten), bepaalde diensten en producten (bv. dure geneesmiddelen, medische hulpmiddelen,...) en "outlier" verblijven. De exclusie elementen evenals hun financiering (zoals een forfaitair bedrag per dag in plaats van per opname of op basis van reële kosten) dienen te worden vastgelegd."

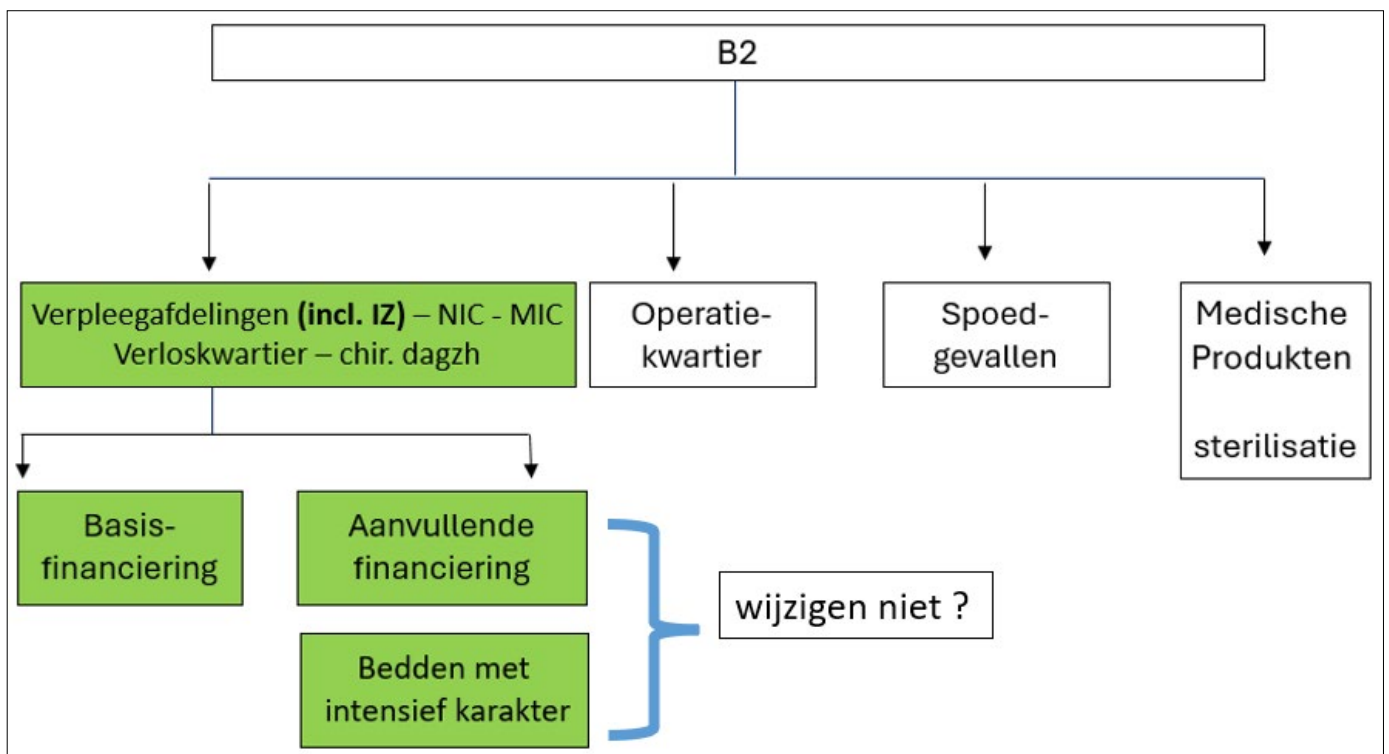
Parallel aan de DRG-forfaits per pathologie, zullen ook onderdeel B1 (ondersteunende diensten) en B5 (ziekenhuisapothek) worden herzien. Dit is meer als nodig gezien de indeling van de ziekenhuizen in groepen volgens grootte achterhaald is. Onderdeel B1 voorziet in een verschillende eenheidskost van de posten 'algemene kosten', 'onderhoud', 'verwarming', 'administratieve kosten', 'wasserij', 'voeding' naar gelang de categorie van ziekenhuis: "universitair", "< 200 erkende bedden", "200 à 299 erkende bedden", "300 à 449 erkende bedden", ">= 450 erkende bedden". Deze indeling is achterhaald aangezien er maar weinig ziekenhuizen meer overblijven in de categorie met minder dan 300 bedden en de grootte van ziekenhuizen soms ver voorbij de 450 erkende bedden reikt (bv. ZAS in Antwerpen), wat een nieuwe indeling wettigt. De BFM enveloppe blijft weliswaar gesloten.

In het KCE rapport 229As uit 2014 zou de prijs per DRG alle kosten dekken die in het klassieke BFM worden betaald uit het deel B2 alsook die elementen uit de delen B1, B3, B4, B5, B6 en B9, die rechtstreeks verband houden met zorgactiviteit.

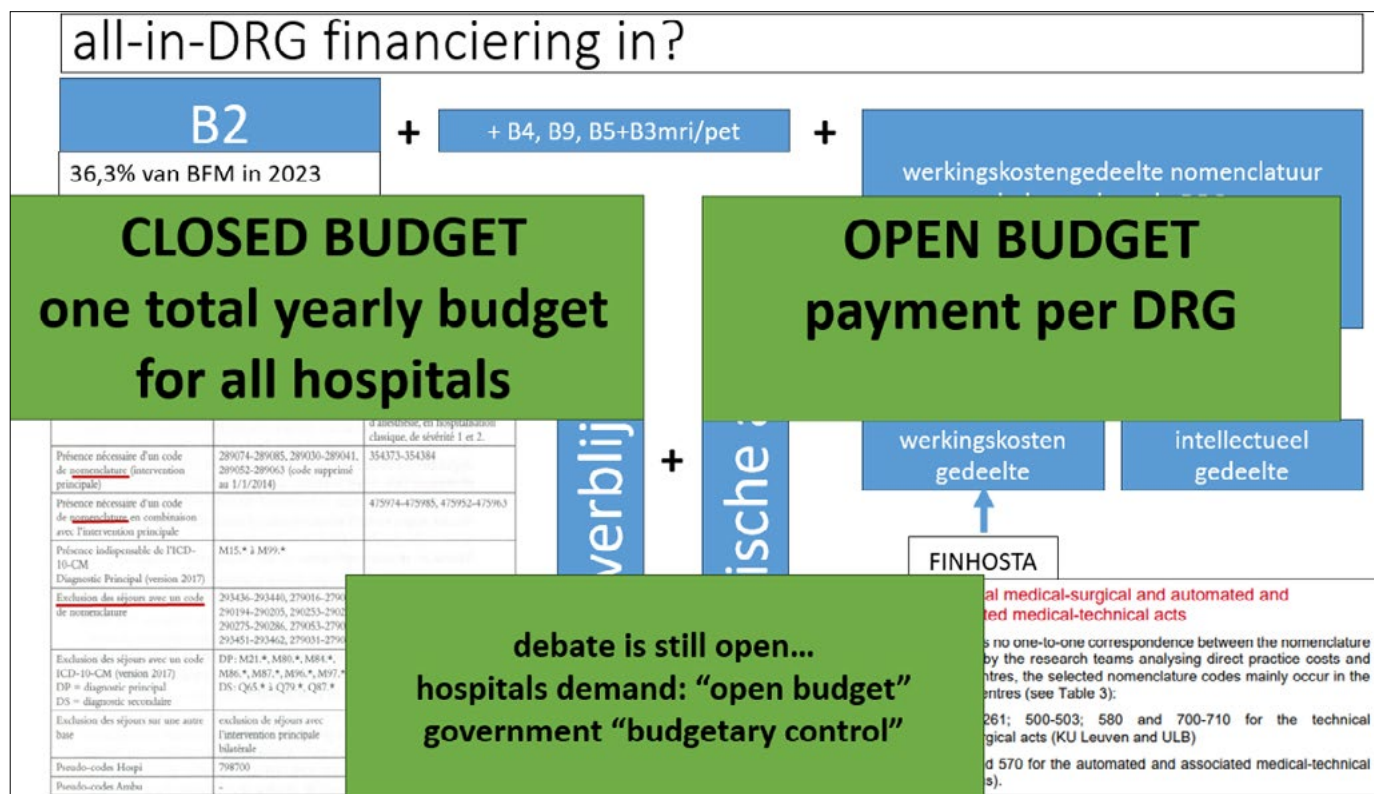
Het Belgische classificatiesysteem telt 1 258 DRG's en bestaat uit 314 DRG's met elk vier SOI's en 2 DRG's zonder indeling in SOI's. Het is de vraag of dit zo blijft omdat ook het werkingkostengedeelte van nomenclatuurnummers in de verschillende DRG's zal moeten geïntegreerd worden. Het aantal DRG's verschilt van land tot land. In Frankrijk zijn er zo'n 2300 DRG's met 4 subgroepen voor de meeste DRG's. In Engeland zijn er ook zo'n 2300 DRG's maar dan tot 6 subgroepen. Denemarken houdt het bij 743 DRG's met 2 subgroepen voor de meeste DRG's. De hiërarchische structuur voor de bepaling van APR-DRG's blijft ongewijzigd.



De B2 ondergaat een majeure revisie. De B2 bestaat uit een basisfinanciering op basis van het aantal verantwoorde bedden en een aanvullende financiering op basis van de activiteit. Tot hertoe werd de B2 berekend op ziekenhuisniveau gerelateerd tot de B2 nationaal. Dit wordt nu een forfaitair bedrag per individuele DRG. Zeer benieuwd hoe de aanvullende financiering in de B2 geconverteerd wordt naar de individuele DRG's en wat er gebeurt met het decielensysteem?



Fundamenteel in de nieuwe DRG-forfait is dat het een samenvoegen is van elementen uit een GESLOTEN budget en elementen uit de nomenclatuur wat per definitie een OPEN budget is.



De ziekenhuizen pleiten voor een open budget waarbij zoveel mogelijk reële kosten gefinancierd worden. Budgetaire controle vereist ofwel een gesloten budget ofwel zeer strikte 'responsabilisering'. Deze responsabilisering zal wel bij wijze van hoffelijkheid bij de ziekenhuisdirecties gelegd worden, maar in de feiten bij de artsen terecht komen. Tenslotte zijn het toch de artsen die de beslissingen nemen tot opname en/of behandeling? Onder het eufemisme van co-governance zal dit ook op die manier verantwoord worden.

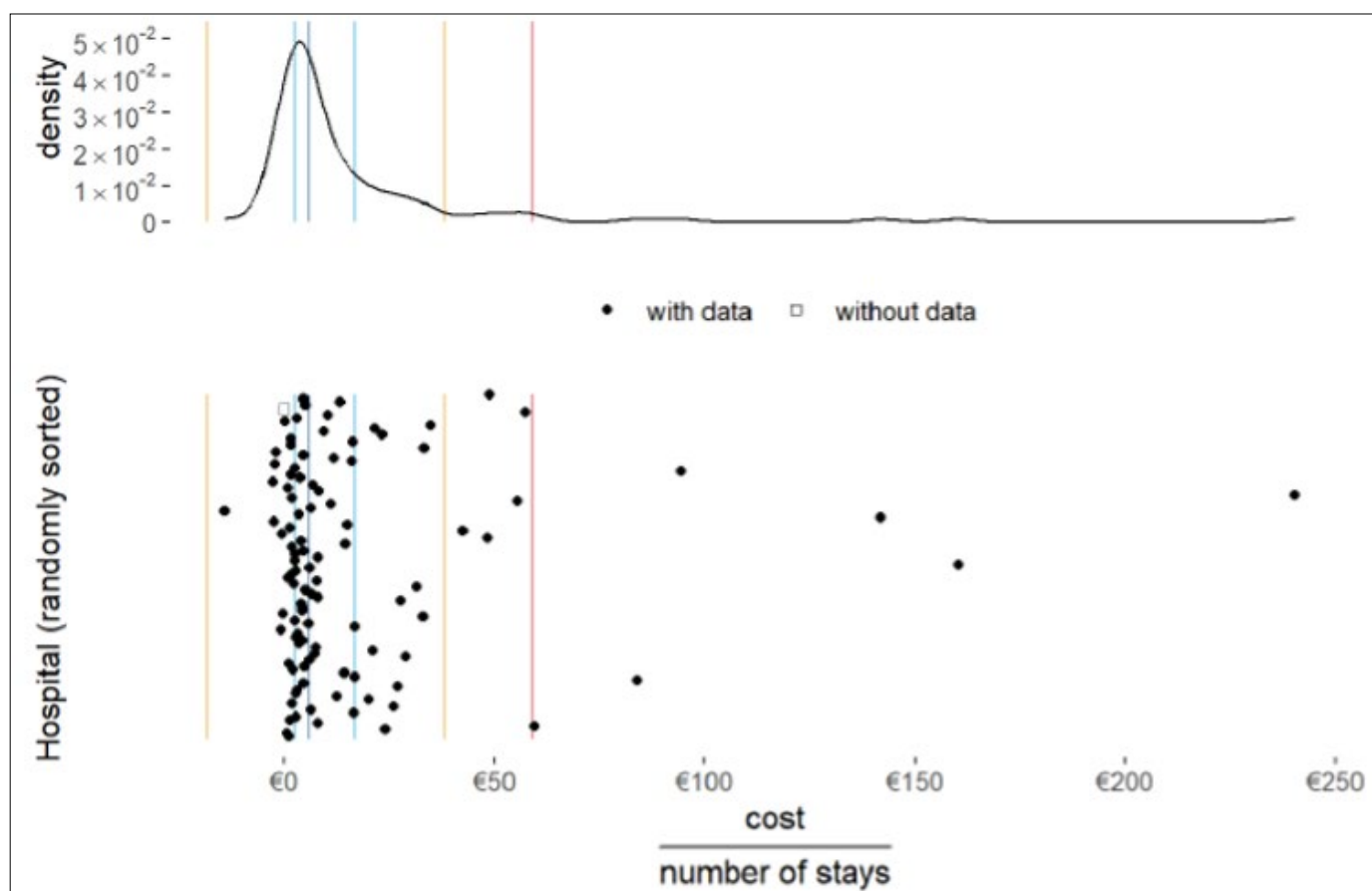
Een andere bezorgdheid bij een DRG-forfait financiering is of alle ziekenhuizen in staat zullen zijn om patiënten snel en accuraat in de juiste DRG te klasseren? En hoe zal men cherry-picking vermijden? Zoals iedere financiering op basis van 'gemiddelden' zal men trachten de slechte risico's te vermijden, het zogenaamde cream-skimming effect. De discussies inzake 'verantwoorde' kosten zijn niet weg, integendeel: zorgnood, zorgkwaliteit, efficiënte zorgverlening zullen alle terug de revue passeren in de debatten rond verantwoording van zorgkosten. Of een DRG-forfait 'a priori' of 'à posteriori' zal toegekend worden is nog niet bekend, maar zal belangrijke gevolgen hebben voor de facturatieprocessen in de ziekenhuizen en op de incentives die met de twee werkwijzen gepaard gaan.

Het huwelijk in de DRG-forfait tussen ligdagelementen en nomenclatuurelementen draagt ook een inherent risico in zich van verschillende snelheden. Nomenclatuur wijzigt relatief snel naar aanleiding van medische evoluties. De ligdagwetgeving verloopt véél trager en het feit dat de ligdagfinanciering van 25.04.2002 nog steeds in voege is, bewijst dat. Nomenclatuur wordt gewijzigd door de artsen in de TGR en in de NCAZ en dan met een Koninklijk Besluit in het Belgisch Staatsblad op initiatief van het RIZIV gepubliceerd. Ligdagelementen wijzigen ook via KB, maar de beslissingsbomen verlopen veel trager zodat er inherent verschillende snelheden ontstaan. Een éénmalige uitlijning op 1.1.2028 kan dan wel op zijn best ok zijn voor die datum, maar binnen de kortste tijd is die positie achterhaald. Op dit ogenblik is er nog geen werkgroep opgericht om die problematiek aan te pakken. Ook een theoretisch concept om op dynamische wijze de kostenstudies te actualiseren is niet voorhanden, ook niet in de KCE-rapporten tot hertoe. Dit zal noodzakelijk zijn, niet enkel voor de ziekenhuissector maar ook voor de ambulante sector, intra- en extramuraal.

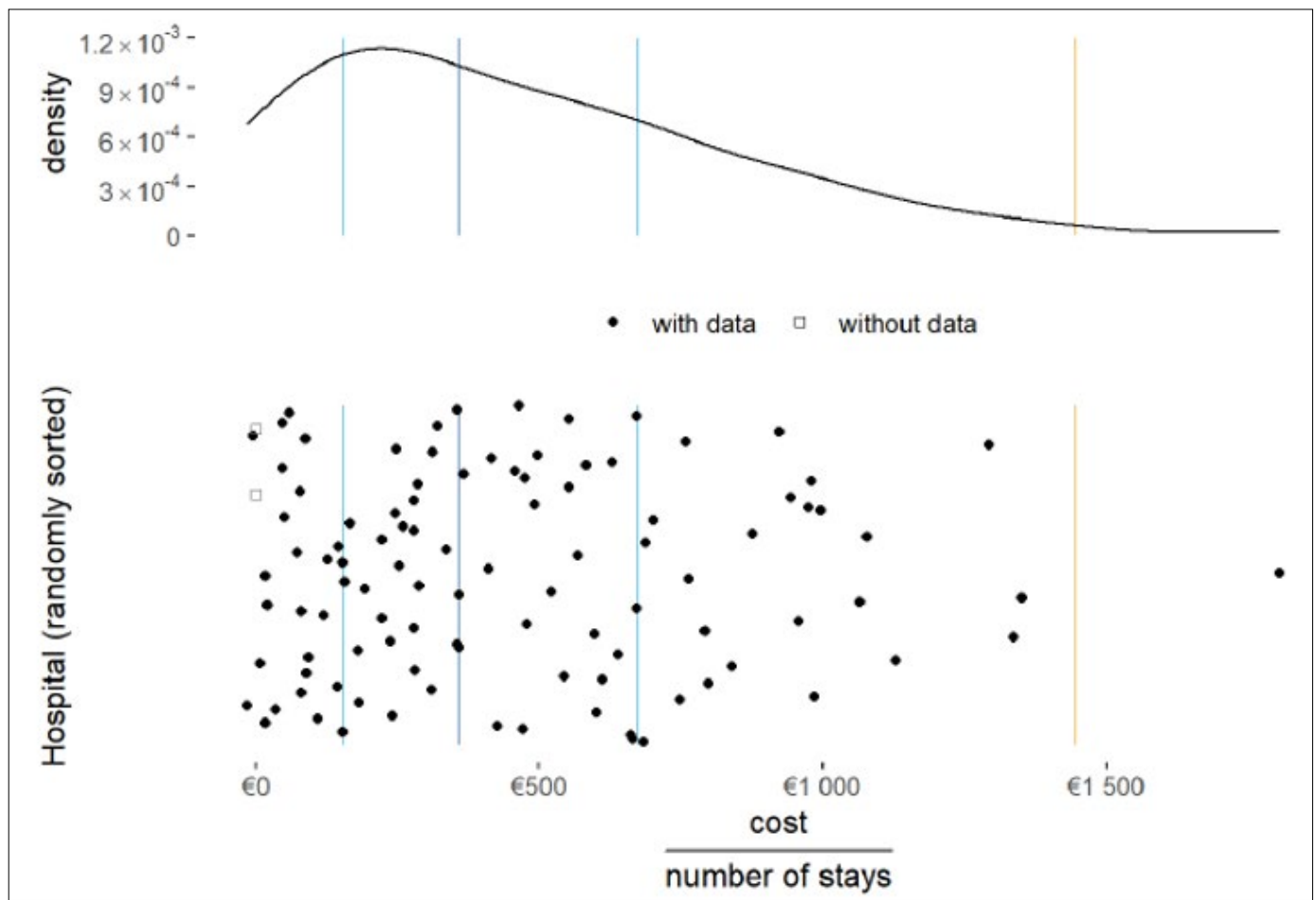
De meerkost van sociale akkoorden van personeel dat noch ten laste van honoraria, noch ten last van het DRG-forfait valt, blijft een aparte financiering. Het is onduidelijk hoe forfaitbedragen voldoende

rekening zullen houden met de wijzigingen in de zorgkosten, medische evoluties en sociale akkoorden. Een andere discrepantie bestaat uit een loskoppeling van de dynamiek van de indexatie. Ziekenhuisfinanciering via het BFM is grotendeels geïndexeerd: de B-component van de ligdag is geïndexeerd. Onderdelen B1-B9 zijn gekoppeld aan de gezondheidsindex, zoals expliciet vermeld in artikel 85 van het BFM-besluit. De delen A en C van het budget zijn niet geïndexeerd. De DRG-forfait zal dus geïndexeerd zijn behoudens A- en C-componenten? In het voorontwerp van Kaderwet zullen de (zuivere) honoraria een andere dynamiek volgen en enkel geïndexeerd blijven in het kader van een nationaal akkoord (tand)artsen-ziekenfondsen.

De polikliniek is een problematisch element in de nieuwe ziekenhuisfinanciering die opgezet wordt per DRG. We lichten 2 elementen toe. Een eerste element is de kostenvariabiliteit tussen ziekenhuizen. Voor een aantal ingrepen is de variabiliteit van kost tussen ziekenhuizen zeer gering en ligt de puntenwolk niet ver uiteen.



Voor de polikliniek liggen de kosten in de belgische ziekenhuizen ver uiteen (kostcentrum 840).



Iedere financiering op basis van gemiddelden levert alleen ontevredenheid op. Een tweede element is dat de polikliniek in ziekenhuizen niet gefinancierd wordt vanuit het BFM maar vanuit de afdrachten uit de honoraria. Om dit te behouden zouden de ziekenhuizen precies moeten kunnen aangeven wat de polikliniek kost met een fijne granulariteit van boekhoudkundige gegevens. Dat ontbreekt actueel.

Een oplossing kan erin bestaan om de financiering van de polikliniek los te zien van een DRG-forfait financiering. Wanneer poliklinische activiteit naast het zuiver honorarium ook een intramurale en een extramurale praktijktoelage (naargelang de locatie van uitvoering) omvat (riziv-forfait of andere) dan kan dat geheel gedefinieerd worden als "het honorarium". Dan zijn afdrachten mogelijk in ziekenhuismilieu (intramurale praktijktoelage) en blijven voor de ambulante artsen- en tandartsenpraktijk richttarieven mogelijk en een adequaat ereloonsupplementensysteem op het geheel van het honorarium. Tàl van discussies en pijnpunten worden zo opgelost.

AFDRACHTEN IN ZIEKENHUIZEN - WETTELIJKE BEPALINGEN

In de nieuwe nomenclatuur voorziet het Regeerakkoord dat het intellectueel gedeelte van het honorarium vrij zal zijn van afdrachten. Dat is immers het hele opzet van de nieuwe nomenclatuur: gescheiden financieringsstromen tussen artsen en ziekenhuizen. We moeten zien of het Regeerakkoord stand houdt tegenover de mondelinge toezegging van minister Vandenbroucke aan de ziekenhuizen dat ze toch opnieuw afdrachten mogen toepassen op honorariapools vanaf het 2e jaar dat de nieuwe nomenclatuur (of de nieuwe ziekenhuisfinanciering) zal ingaan.

In de huidige nomenclatuur zijn de afdrachten vanuit de honoraria naar de ziekenhuizen wettelijk geregeld. Een laatste aanpassing en precisering werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van p. 84059

- 84061. Het verdient aanbeveling deze tekst aandachtig te lezen. Het betreft het **KB van 12 JULI 2023 tot vaststelling van de normen voor de aanrekening en evaluatie van de kosten op de centraal geïnde honoraria in toepassing van artikel 155, § 3**, van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

"Dit ontwerp van koninklijk besluit heeft tot doel uitvoering te geven aan de bepalingen van artikel 155, § 3, van ziekenhuiswet. Dit artikel luidt als volgt: "De inningsdienst past daarenboven op de geïnde bedragen, ter dekking van alle kosten van het ziekenhuis veroorzaakt door de medische prestaties die niet door het budget worden vergoed, inhoudingen toe die in percenten kunnen worden uitgedrukt en worden vastgesteld op grond van tarieven bepaald in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad. De Koning kan een **opsomming geven van de kosten** waarmede wordt rekening gehouden voor de vaststelling van de hierboven bedoelde tarieven. Hij kan eveneens **normen stellen voor de evaluatie van de aanrekening** van de kosten."

In toepassing van deze bepaling stelt dit ontwerp een aantal concrete voorwaarden vast.

- In de **eerste plaats** wordt gepreciseerd dat **alleen kosten mogen worden aangerekend die daadwerkelijk werden aangegaan**. Kosten die door het budget van financiële middelen effectief worden vergoed kunnen niet doorgerekend worden aan de artsen. Dit zou leiden tot een dubbele financiering, hetgeen de wetgever heeft willen vermijden. In het kader van de zesde staatshervorming werd de financiering van bepaalde kosten, meer bepaald met betrekking tot investeringen naar de gefedereerde overheden overgedragen. Dit besluit preciseert dat op basis van voornoemd verbod op dubbele financiering ook deze kosten niet kunnen doorgerekend worden aan artsen. Omgekeerd moet worden gepreciseerd dat kosten veroorzaakt door medische prestaties waarvoor geen financiering door de overheid of op een andere wijze is voorzien wel het voorwerp kunnen uitmaken van aanrekening aan de artsen. Dit is inzonderheid het geval voor de medische prestaties die worden uitgevoerd buiten het kader van ziekenhuisverblijf of een daghospitalisatie. Tenslotte moet worden benadrukt dat bij de **vaststelling van de inhoudingen en de hoogte ervan** rekening wordt gehouden met de aard van de betrokken medische verstrekkingen en de mate waarin deze aanleiding geven tot de inzet van financiële middelen van het ziekenhuis.
- Het **tweede principe** waarin dit ontwerp voorziet heeft betrekking op de wijze van aanrekening van de kosten. Het ontwerp bepaalt ter zake dat de **nodige verantwoording en transparantie** moet worden geleverd waaruit een **duidelijke link tussen de aangerekende kosten en de toegepaste inhoudingen**, die al dan niet in percenten worden uitgedrukt, kan worden afgeleid. Het ontwerp legt de verplichting op aan de beheerder om op dat vlak een aantal gegevens aan de medische raad over te maken zodat deze met kennis van zaken haar instemming kan verlenen. Hierbij wordt verwezen naar de reeds bestaande reglementering met name het **koninklijk besluit van 18 december 2001** alsook het koninklijk besluit van 6 december 2020. Bij de uitvoering van deze verplichting zal het nodige pragmatisme aan de dag moeten worden gelegd, onder meer wat de aanrekening van **indirecte kosten** betreft. Niettegenstaande deze werkwijze in reeds in vele ziekenhuizen van toepassing is het wenselijk om dit principe reglementair te verankeren. Dit belet niet dat tussen de beheerder en de medische raad bij het vaststellen van de tarieven indien wenselijk een financiële solidariteit tussen de medische specialismen kan worden georganiseerd.
- **Ten derde** werd ook voorzien in de periodieke opvolging van de evolutie van de aangerekende percentages. Naast de regels die in toepassing van artikel 143 van de ziekenhuiswet werden vastgesteld, o.m. bij koninklijk besluit van 18 december 2001, bepaalt dit ontwerp dat **jaarlijks alsook bij iedere wijziging van de toegepaste percentages de noodzakelijke verantwoording aan de medische raad moet worden verstrekt**. Verder moet volledigheidshalve worden vermeld dat overeenkomstig artikel 2, tweede lid, c, van het koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967 de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (NPCAZ) tot opdracht heeft eventuele

geschillen te voorkomen of bij te leggen. Hierbij moet ook worden herinnerd aan de bepaling van artikel 162 van de ziekenhuiswet waarin is bepaald dat elk ziekenhuis aan het secretariaat van de NPCAZ mededeling dient te doen van de wijze waarop Titel IV in concreto wordt uitgevoerd. Tevens moet worden gewezen op het feit dat artikel 164, 5°, van de ziekenhuiswet sancties voorziet voor degene die de bepalingen inzake de aanwending van de centraal geïnde honoraria bedoeld in artikel 155 niet toepast.

Tot slot moet gewezen worden op het feit dat thans een fundamentele hervorming van de nomenclatuur wordt voorbereid. Rekening houdend met de conclusies hiervan met betrekking tot het kostengedeelte van de honoraria (directe en indirecte kosten) zullen de bepalingen met betrekking tot de inhoud en de aanwending van de honoraria moeten worden geactualiseerd. Overeenkomstig artikel 161 van de ziekenhuiswet wordt over dit ontwerp van koninklijk besluit het advies ingewonnen van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen.

De Minister van Volksgezondheid, F. VANDENBROUCKE

HOOFDSTUK 1. — Normen voor de aanrekening van de kosten op de centraal geïnde honoraria in toepassing van artikel 155 § 3, van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008

Artikel 1. § 1. De aanrekening van de kosten bedoeld in artikel 155 § 3 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, gebeurt bij toepassing van volgende voorwaarden:

1° de kosten van het ziekenhuis die door de medische prestaties worden veroorzaakt kunnen enkel worden aangerekend op de centraal geïnde honoraria voor zover :

- a. deze hun oorsprong vinden in daadwerkelijk door het ziekenhuis gemaakte kosten;
- b. wordt aangetoond dat deze niet reeds door het budget van financiële middelen of via inkomsten van de gefedereerde entiteiten worden vergoed;
- c. alle maatregelen werden genomen om de betrokken kosten zorgvuldig te beheersen;

2° de tarieven die de grondslag vormen voor de inhoudingen en die desgevallend in percenten kunnen worden uitgedrukt, worden vastgesteld op basis van gegevens die in 1° bedoelde kosten verantwoorden.

Deze gegevens hebben minstens betrekking op volgende elementen:

- a. de aard en het bedrag van de betrokken kosten in toepassing van het koninklijk besluit van 6 december 2020 houdende bepaling van de regels en de termijnen volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting zijn verbonden ;
- b. de precisering van de betrokken kosten voor elk van de groepen van diensten bedoeld in artikel 1, 4° van het koninklijk besluit van 18 december 2001 tot uitvoering van artikel 128bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met vermelding of de betrokken kosten rechtstreeks of onrechtstreeks door de medische prestaties worden veroorzaakt alsook met vermelding van het aandeel dat desgevallend vergoed wordt door het budget van financiële middelen of inkomsten van de gefedereerde overheden;
- c. de verdeling van de betrokken kosten over de medische diensten die de kosten hebben veroorzaakt.

HOOFDSTUK 2. — Normen voor de evaluatie van de kosten aangerekend op de centraal geïnde honoraria in toepassing van artikel 155 § 3, van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008

Art. 2. § 1. Onverminderd de toepassing van de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit van 18 december 2001 worden de in artikel 1, § 1, 2°, bedoelde gegevens jaarlijks binnen de drie maanden die volgen op de algemene vergadering die het boekjaar afsluit aan de medische raad meegedeeld. Desgevallend, alsook bij wijziging van de inhoudingspercentages in de loop van het boekjaar kan de medische raad de mededeling vragen van bijkomende relevante financiële en boekhoudkundige gegevens door middel van een gemotiveerd verzoek gericht aan de beheerder.

Art. 2. § 2. Buiten de mededeling aan de medische raad van de in § 1 bedoelde gegevens geeft de beheerder de nodige toelichting hierbij binnen de Financiële Commissie van het ziekenhuis of in voorkomend geval binnen het Permanent Overlegcomité van het ziekenhuis indien dat de taken van de Financiële Commissie uitvoert.

HOOFDSTUK 3. — Algemene bepalingen

Art. 3. Dit besluit wordt voor de eerste maal toegepast vanaf het dienstjaar 2024.

De Minister van Volksgezondheid, F. VANDENBROUCKE

Koninklijk besluit van 18 december 2001 tot uitvoering van artikel 128bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987_Publicatiedatum 28/12/2001_Afkondigingsdatum 18/12/2001_Inwerkingtreding 01/01/2001

Art.1

Voor de ziekenhuizen, waar de inning van de medische honoraria centraal gebeurd, dient de ziekenhuisbeheerder volgende inlichtingen aan de Medische Raad van het ziekenhuis mede te delen:

1° de inlichtingen zoals beoogd in het koninklijk besluit van 27 november 1973 houdende reglementering van de economische en financiële inlichtingen te verstrekken aan de **ondernemingsraden**;

2°

- a. de **nominatieve lijst van personeel** tewerkgesteld gedurende het ganse jaar of een gedeelte van het jaar, opge maakt per type en categorie van personeel en bij ieder naam vermeldend:
- de bezette functie;
 - de kostenplaats waar de functie wordt uitgeoefend;
 - de arbeidstijd uitgedrukt in voltijds equivalenten;
- b. de **gemiddelde jaarlijkse weddeanciënniteit** per type en per personeelscategorie;

3° het **totaal van de personeelskosten, het totaal van de andere kosten en het totaal van de opbrengsten per kostenplaats**, vermeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, bedoeld in bijlage 1 van hetzelfde besluit; De andere kosten en producten dienen gedetailleerd te worden naargelang de aard vermeld in de klassen 6 en 7 van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;

4° het **percentage van de erelonen dat aan de ziekenhuizen toekomt** mits vermelding van het (de) betalingssyst(e)em(en) van de ziekenhuisgeneesheren voor elk van volgende groepen van diensten:

- het geheel van de laboratoria (totaal van de kostenplaatsen 510 tot 549);
- het geheel van de medische beeldvorming (totaal van de kostenplaatsen 500 tot 509);
- het geheel van de andere medisch-technische diensten (totaal van de kostenplaatsen 555 tot 828);
- het geheel van de ziekenhuisdiensten (totaal van de kostenplaatsen 200 tot 499), inbegrepen de dag-hospitalisatie (totaal van de kostenplaatsen 550 tot 554) en de hulpziekenhuisdiensten (totaal van de kostenplaatsen 100 tot 199);
- het geheel van de raadplegingen (totaal van de kostenplaatsen 840 tot 899);

5° de in artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde documenten inzake het voorstel van verpleegdagprijs;

6° de beslissing genomen door de bevoegde overheid betreffende de erkenning;

7° per personeelscategorie, het percentage van de afwezigheden wegens jaarlijks verlof, ziekte, zwangerschapsverlof, arbeidsongeval of beroepsziekte, ten opzichte van het aantal te presteren uren;

8° de gegevens betreffende elke herstructureringsoperatie in het ziekenhuis, onder andere de sluiting en/of reconversie van bedden met vermelding van de daaruitvolgende gevolgen, inzonderheid voor het behoud van het personeelsbestand;

9° de feed-back betreffende de minimale klinische gegevens, de minimale verpleegkundige gegevens en de minimale psychiatrische gegevens;

10° het budget van het dienstjaar van het volgende jaar.

Bovendien dient de beheerder, voor de openbare ziekenhuizen volgende inlichtingen over te dragen aan de Medische Raad:

11° het statuut van het personeel (statutair, contractueel) uitgedrukt in percentage van het totaal aantal personen;

12° het saneringsplan, indien het geval zich voordoet.

Art.2

§ 1

De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 1° tot 9° en 11°, worden één keer per jaar binnen de drie maanden die volgen op de afsluiting van het beschouwde boekjaar medegedeeld aan de Medische Raad.

§ 2

De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 10° worden één keer per jaar overgemaakt aan de Medische Raad voor het einde van het dienstjaar voorafgaand aan dit waarop het budget slaat.

§ 3

De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 12° worden aan de Medische Raad overgemaakt vóór de goedkeuring door de beheersorganen.

Art. 3

Buiten de overdracht van de gegevens zoals bedoeld in artikel 2 dient de beheerder de nodige commentaar en uitleg over de gegevens zoals bedoeld in artikel 1 te geven. Deze mededeling gebeurt via het Overlegcomité geneesheren - beheerders, indien dit bestaat in het ziekenhuis. In het tegengestelde geval gebeurt ze op initiatief van de Medische Raad, die de beheerder uitnodigt op de vergadering waar dit punt op de dagorde staat.

Art. 4

De Medische Raad dient de vertrouwelijkheid van de gegevens die hem werden overgemaakt te respecteren. Hij mag ze in geen geval buiten de Medische Raad verspreiden.

Art. 5

De bepalingen van dit besluit worden voor de eerste maal toegepast op de gegevens van het dienstjaar 2000.

Art. 6

Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2001.

Art. 7

Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

CO-GOVERNANCE

Wanneer in de nieuwe nomenclatuur het werkingskostengedeelte zou afgescheiden worden van het honorarium en géén onderdeel meer uitmaken van het honorarium, zal de ziekenhuisbeheerder dit op het zelfde niveau beschouwen als het BFM, ongeacht de benaming die het gedeelte zal krijgen, en ontstaat er een nieuwe dynamiek waar de rol van de medische raad ingrijpend gewijzigd wordt.

De beheerder zal het volledige kostengedeelte beheersen en de artsen zullen bezig zijn met intellectuele activiteit en patiëntenzorg zonder zich nog primordiaal om kosten te moeten bemoeien. Dit principe is gekend in de universitaire ziekenhuizen. Daar bestaat een tweeledige artsenstructuur zijnde de medische raad die verkozen wordt uit de ziekenhuisartsen en een raad medische diensthoofden die onder leiding staat van de hoofdarts. Die raad medische diensthoofden is géén onafhankelijk orgaan van medisch diensthoofden, maar eerder een uitvoeringsorgaan met sterke beïnvloeding vanuit algemene en medische directie. Een raad medische diensthoofden die bestaat uit telkens het medisch diensthoofd van een medische dienst benadeelt, relatief gesproken, grote medische diensten met véél stafleden tegenover medische diensten met weinig stafleden. Omgekeerd zal een Medische Raad zeer sterk beïnvloed worden door grote medische diensten met veel stafleden en een groot stemgewicht. Het idee dat dit een gunstige ontwikkeling zou zijn voor de gehele ziekenhuissector moet nog bewezen worden. Zelfs een blinde kan zien dat een directie de twee organen (Raad Medische Diensthoofden en Medische Raad) als een splijtzwam kan gebruiken tussen artsen. De universiteiten verschillen hierin wezenlijk van algemene ziekenhuizen. Aan universiteiten heeft een medisch diensthoofd ook effectief een hiërarchische functie, in niet-universitaire ziekenhuizen is dat 'hiërarchisch' gezag veel minder duidelijk aanwezig en moet dit vooral inhoudelijk-kwalitatief verworven worden. Dit alles kan opgevangen worden door de duur van het medisch diensthoofdschap aanzienlijk in tijd te beperken (5 jaar, de duur van een beleidsplan) en een zeer beperkte herverkiesbaarheid (max. 2 termijnen), zodat gewaarborgd wordt dat het medisch diensthoofd voldoende rekening houdt met de stafleden van de medische dienst.

Welk governance-model men ook kiest, het staat met valt met transparantie en verantwoording zowel inzake beleid (ziekenhuis – medisch) als kosten (ziekenhuis- medisch). Stromen van directe en indirecte kosten moeten door directie zeer transparant en zeer fijnmazig toegankelijk gemaakt worden voor medische raad, financiële commissie en voor medische diensten (wat hun gedeelte betreft). Omgekeerd dienen medische diensten een degelijk medisch beleidsplan te ontwikkelen, verantwoording en transparantie te bieden voor de directe en indirecte kosten die de medische prestaties met zich mee brengen. Zij hebben daartoe de ondersteuning nodig van de financiële en boekhoudkundige diensten om dergelijke fijnmazige inzichten in de kosten van hun medische diensten te kennen.

Transparency, accountability zijn de basis van wederzijds vertrouwen. Hierzonder verglijdt ieder model naar een gepolariseerd model, waar noch bestuur, noch artsen baat bij hebben. Los van vertrouwen is er visieontwikkeling en inspraak hierbij. Daarin verschillen ziekenhuiskoepels, artsensyndicaten en Kabinet voorlopig van visie.

Ziekenhuiskoepels	Artsen	Belangrijke verschillen
BO = eindverantwoordelijk, artsen enkel via voordracht of uitnodiging, maar géén structurele stem	Artsen hebben formele rol in RvB, waarbij beslissingen een dubbele meerderheid vergen (management + artsen)	Kabinet + ZH: artsen adviserend. Artsensvisie: artsen co-bestuurders
CEO is voorzitter, CMO-ONO zijn permanent aanwezig maar beslissingsmacht is bij CEO	Paritair samengestelde DC, beslissingen enkel geldig bij dubbele meerderheid (CEO/management+artsen)	Artsensvisie versterkt gewicht CMO en geeft artsen vetorecht.
belangenbehartiger, advies inzake kosten en statuten, geen beslissingsmacht	omvormen tot Medische Staf Raad met formele beslissingsbevoegdheid inzake kwaliteit, innovatie, investeringen	in artsensvisie wordt MR volledig omgevormd tot volwaardig beleidsorgaan (cavé: zuivere honoraria kennen géén
BO/DC beslissen, artsen advies via MR	Strategische investeringsraad (50/50 artsen-ziekenhuis) met vetorecht/dubbele meerderheid	Grote kloof: artsensvisie eist gedeeld beslissingsrecht, ZH-Kabinet: centrale macht
MR mag advies geven over kostenregeling	Financieel Transparantiec comité met artsen, managers en externe auditor; bindende rapportage	artsensvisie legt nadruk op controle en transparantie
instructierecht medisch beleid, permanent uitgenodigd bij BO, geen stemrecht	structureel stemrecht in BO en DC, co-bestuurder namens artsenkorps	artsensvisie versterkt hoofdarts/CMO tot echte co-gov speler
Minimale wijzigingen ziekehuuswet, focus op governance code	Pleidooi voor expliciete opname co-decisie (dubbele meerderheid, zetels artsencoöperatie, verplicht FTC)	artsen willen wettelijke verankering co-governance
adviseurs, vertegenwoordigers via voordracht, geen beslissingsmacht	structurele co-governors via coöperatie, met zetels, stemrecht, transparantie	fundamentele verschillen inzake positie rol en inspraak artsen

Thema	Overheid
Bestuursorgaan (BO) - Raad van Bestuur (RvB)	BO = centrale beslisser, eindverantwoordelijk voor strategie en financiën; artsen hoogstens indirecte invloed.
Directiecomité (DC)	CEO is eindverantwoordelijk en leidt DC. Hoofddarts (CMO) is adviserend.
Medische Raad	behouden als adviesorgaan, bevoegdheid licht aangepast
Investeringsbeslissingen	BO beslist; artsen enkel via hoofddarts of advies
Financiële transparantie	geen expliciet orgaan; enkel rapportering BO
hoofddarts/CMO	rapportage en advies, geen stem in BO
juridisch kader/ ziekenhuiswet	Art. 16-17 aanpassing beperkt, vooral verduidelijking verantwoordelijkheden BO
rol artsen	adviseurs, belangenraad, beperkte invloed

BO: bestuursorgaan

CEO: chief executive officer (algemeen directeur)

CMO: chief medical officer (hoofddarts)

CNO: chief nursing officer (hoofd verpleegkundig departement)

DC: directiecomité

FTC: financieel transparantie comité

MR: Medische Raad

RMD: Raad medische diensthoofden

RvB: Raad van Bestuur

ZH: ziekenhuizen

Au fond komt positie van Kabinet neer op een kopie van de situatie aan de universitaire ziekenhuizen, waar artsen bedienden zijn en directie en bestuur alle beslissingen nemen. Transparantie hangt af van het aggregatieniveau. Idealiter zouden alle ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen, verplicht moeten worden volledige jaarrekeningen met bijlagen jaarlijks te publiceren tesamen met een executive summary die alle kerncijfers uitlegt volgens een opgelegde sjablonen. Op die manier kunnen boekhoudkundige spitsvondigheden tussen ziekenhuizen beter geëvalueerd worden, bv. allerhande provisies.

VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Personen die rechthebbende worden voor het statuut verhoogde tegemoetkoming krijgen een aantal aanzienlijke financiële voordelen in het kader van gezondheidszorgkosten en sociale lasten.

VOORDELEN VAN HET STATUUT

- minder remgeld
 - bij de huisarts: 1 euro als je een globaal medisch dossier (GMD) en 1,50 euro zonder GMD t.
 - bij tandartsen, kinesithérapie
 - voor sommige geneesmiddelen
 - bij een beweegcoach (solidaris)
- verplicht DBR bij consultaties
- lager persoonlijk aandeel in de verblijfskosten igv hospitalisatie
- verbod ereloonsupplementen voor ambulante zorgen
- maximumfactuur: lager plafondbedrag
- hogere terugbetaling voor verblijf in een hersteloord.
- Hogere terugbetaling van psychologische zorg
- Extra korting voor jeugdvakanties met Kazou (CM)
- Extra korting voor vakanties met en cursussen voor chronisch zieken (CM)
- Korting voor infosessies en cursussen rond gezondheid (CM)
- Lagere bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming.
- Gratis kinderopvang
- Geen provinciebelasting
- Voordelige tarieven op trein, bus, tram en metro ((STIB, TEC, SNCB).
 - 50% de réduction sur les voyages en seconde classe avec la SNCB ;
 - Réduction sur les abonnements annuels du TEC, à 12 €, ainsi que sur les cartes de voyage;

- Réduction sur les abonnements de la STIB, à 85 € ;
- Et réduction sur les abonnements de De Lijn, à 56 € ;
- Wie vóór 1 maart 2024 genoot van het sociaal telefoon- of internettarief behoudt deze korting
- Verwarmingstoelage indien de woning wordt verwarmd met bulkpropaangas, huisbrandolie (in bulk of aan de pomp) of verwarmingspetroleum aan de pomp.
- Gratis energiescan door Energiesnoeiers
- Korting voor vakanties en daguitstappen via Rap op Stap, een reisbemiddelingskantoor voor mensen met een beperkt budget.
- Verlaging van de prijs van een Covid-zelftest gekocht in openbare apotheek.
- Facultatief per gemeente:
 - korting op je gemeentebelasting,
 - korting op je afvalfactuur,
 - gratis vuilzakken,
 - korting op vrijetijdsactiviteiten, sport- en speelpleinen
 - korting op buitenschoolse opvang
 - verminderd tarief als de persoon in de lage-emissiezone (LEZ) woont (Stad Antwerpen)
 - Extra voordeel met de A-kaart op activiteiten (zwembad, museum, bib, vakantieaanbod kinderen ...)
 - Korting op maaltijden bij het OCMW of sociaal tarief voor buurtrestaurants waarmee OCMW samenwerkt
- Gratis consultatie bij tabacoloog (Solidaris)

Voorbeeld: met of zonder VT statuut ("statut BIM" in het frans)

Dienst	Normaal tarief	Tarief voor VT-rechthebbenden
Consultatie bij de huisarts	25 euro	1,50 euro
Medicatie bij chronische behandeling	12 euro	1 euro
Maandelijks abonnement metro-tram-bus in Brussel	49 euro	12 euro of gratis
Warme maaltijd OCMW	6,5 euro	2,5 euro

WIE KAN GENIETEN VAN HET STATUUT VT-BIM

Dit zijn 2 groepen:

GROEP 1: ZIJ DIE EEN SOCIALE UITKERING KRIJGEN WORDEN AUTOMATISCH VT_RECHTHEBBENDE

- het leefloon van het OCMW (dat u gedurende 3 maanden moet genieten)
- de inkomensgarantie voor ouderen
- de toelage voor personen met een handicap, toegekend door de Federale overheidsdienst (FOD) sociale zekerheid.
- de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden toegekend door de het Waals Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
- het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood toegekend door de Vlaamse Gemeenschap.
- voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%
- voor de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV's).
- voor een weeskind die beide ouders verloren heeft

GROEP 2: ZIJ DIE GEEN SOCIALE UITKERING KRIJGEN MAAR FINANCIIEEL ONDER EEN GRENSINKOMEN VALLEN

- alleenstaande (met of zonder kind(eren) ten laste) en minstens 3 maanden werkloos
- alleenstaande (met of zonder kind(eren) ten laste) en minstens 3 maanden in arbeidsongeschiktheid
- alleenstaande (met of zonder kind(eren) ten laste) en in invaliditeit
- invalide
- gepensioneerde
- erkend als persoon met een handicap
- al minstens 3 maanden volledig werkloos of in arbeidsongeschiktheid
- zelfstandige met overbruggingsrecht gedurende ten minste een kwartaal
- eenoudergezin.
- persoon geïdentificeerd in het kader van de proactieve flux: de proactieve flux is een gegeven-suitwisseling tussen administraties om potentiële gezinnen te identificeren met recht op de verhoogde tegemoetkoming. Wanneer u in dat kader geïdentificeerd bent, informeert uw ziekenfonds u hierover. personen die genieten van een tegemoetkoming voor zorg aan ouderen toegekend door de Duitstalige Gemeenschap (Pflegegeld für Senioren).

- alle personen met een bruto-belastbaar inkomen onder een grensbedrag; bruto-belastbare inkomens. Dit verwijst naar de inkomens zoals vastgesteld voor inkomstenbelasting vóór enige aftrek, vermindering, vrijstelling, immunisatie. De beroeps- de onroerende, de roerende en de diverse inkomens worden in aanmerking genomen, met inbegrip van inkomens uit het buitenland. Concreet betekent dit dat bij de berekening van het gezinsinkomen alle bedragen die als fiscaal inkomen worden aangemerkt, in aanmerking worden genomen, ook als dit inkomen uiteindelijk niet wordt belast. Dat jaarlijks grensbedrag varieert op basis van het aantal personen in het gezin. Grensbedrag op 1.2.2025: 28.100,75 euro te verhogen met 5.202,22 euro per extra persoon in het gezin.

HOEVEEL MENSEN ZIJN IN HET STATUUT VT?

Het aantal VT's is geëvolueerd van 2.122.530 (2019) naar 2.290.241 op 31.12.2023. Men vermoedt dat deze cijfers met 4-5% zullen toenemen in 2024. Op het niveau van de V.I. is Solidaris de landsbond met het hoogste aantal rechthebbenden op de V.T. In 2023 was die V.I. goed voor 41,43 % van alle rechthebbenden op de V.T. Groep 1 omvat 1.047.383 V.T. patiënten (automatische toekenning) en bij 1.239.205 rechthebbenden (54,19 % van de rechthebbenden) verloopt de toekenning na onderzoek van het Inkomen (niet op basis van het vermogen). Op 13 november 2023 werd in het Verzekeringscomité (CGV 2023/316) de ambtshalve toekenning goedgekeurd van het statuut verhoogde tegemoetkoming voor alleenstaande werklozen van tenminste 3 maanden, alleenstaande arbeidsongeschikten van tenminste 3 maanden en alleenstaande invaliden en werd een vereenvoudigde procedure goedgekeurd tot toekenning van het recht voor personen in een collectieve schuldenregeling. Bedoeling was om het aantal gevallen waarin mensen geen gebruik maken van hun rechten, te verminderen. Dit systeem berust op een a priori controle van de inkomsten en bij ontstentenis ervan omwille van teveel onbekenden wordt een verklaring op eer ("VOE") aanvaard met betrekking tot het geheel van de inkomsten. Deze maatregel zou een invloed hebben voor 5.335 gezinnen en 26.232 gezinnen voor de groep van collectieve schuldenregeling.

Op 18 november 2024 wordt in De Specialist de heer Paul Callewaert geciteerd, algemeen secretaris van Solidaris: "In oktober (2024) kregen 17.000 Solidaris-leden automatisch het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT)". In het Laatste Nieuws meldde Luc Van Gorp, voorzitter CM, dat het ging om 18.000 leden van de Christelijke Mutualiteit. Daarnaast kent men ook het statuut van chronisch zieke. Het gaat om zo'n 1.826.000 Belgen met een erkenning van chronische aandoening. Niet alle chronisch zieken vallen onder het statuut van verhoogde tegemoetkoming. In 2020 had 37,4% van de chronisch zieken het statuut van verhoogde tegemoetkoming.

Deze cijfers moeten uitgezet worden tegenover een totaal van 11.325.665 sociaal verzekerden in België onderworpen aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (VGvU).

WAT WAS DE OORSPRONKELIJKE BEDOELING VAN HET VT STATUUT ?

De oorspronkelijke bedoeling van de verhoogde tegemoetkoming was om uitstel van zorg omwille van financiële redenen te voorkomen door te voorzien in een onmiddellijke verlaging van de medische kosten.

Er is tot op heden géén enkele studie uitgevoerd om:

- het bereiken van de finaliteit van het recht op verhoogde tegemoetkoming na te gaan, met name de bestrijding van de non-take up van medische zorg: is dit gerealiseerd door deze maatregel? Het verlagen van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg tot quasi 0 betekent niet automatisch dat de juiste doelgroep bereikt werd.

- Het risico na te gaan van onrechtmatige toegang tot een aantrekkelijk statuut van verhoogde tegemoetkoming en extreem laagdrempelige toegankelijkheid van de gezondheidszorg: werd de zorg niet ten onrechte extreem toegankelijk voor mensen met een niet-precaire financiële situatie? Het vermoeden dat het misbruik onder 1,5% zou liggen is nooit cijfermatig bestudeerd.
- De kost voor het RIZIV na te gaan tussen een VT patiënt en een niet-VT patiënt. Volgens het document CGV_2022_235 is "het verschil in een gemiddelde vergoeding per verzekerde tussen een patiënt met VT en zonder VT ongeveer € 3.000." Dit betrof echter een specifieke groep VT gerechtigden in de Duitstalige gemeenschap. Analoge studies in Vlaanderen, Brussel, Wallonië ontbreken.
- De geografische effecten na te gaan van de invoering van het verbod op ereloonsupplementen voor ambulante riziv-verstrekingen, met name in de ambulante medisch-specialistische zorg in Brussel. Wellicht zal deze maatregel een ontradend vestigingseffect hebben en de toegankelijkheid voor medisch specialistische zorg verminderen in de getroffen gebieden. Dit leidt tot eilandvorming met uithuizing van niet-VT patiënten naar beter voorziene stadsdelen. De eilanden in de hoofdstad houden risico in tot ghetto-vorming. We stellen vast dat in Brussel een overrompeling bestaat van spoedgevallendiensten met onnodige hulpvragen die niet in een ziekenhuis thuis horen. Dit verbruikt vele dure onderzoeksmiddelen en veroorzaakt wachtlijsten en demotivatie in een sector die het al moeilijk heeft om zorgpersoneel te vinden en te houden.

WAT KOST HET VT-STATUUT

Er zijn géén cijfers over de kostprijs van het VT-statuuut. Er is enkel een kostprijs bekend voor de Duitstalige gemeenschap, maar men weet niet of die gegevens extrapoleerbaar zijn. Die gegevens spraken over 3.000 tot 4.000 euro per rechthebbende per jaar. Hierbij moet men bedenken dat wanneer 1 persoon in het gezin rechthebbende wordt, het hele gezin rechthebbende is.

ALLES OF NIETS FENOMEEN _ GEEN BANDBREEDTE

Het statuut Verhoogde Tegemoetkoming op zich wordt niet in vraag gesteld. Dit bestaat al sinds 1963. Wat wel in vraag kan gesteld worden is de gelijke benadering tussen de eerste groep behartenswaardige patiënten gevat door het KB 12 maart 2024 inzake Art 53§5 W (rechthebbenden op een leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, een tegemoetkoming aan personen met een handicap, een toeslag voor kinderen met een handicap, aan wezen of niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, evenals aan hun gezinsleden die de verhoogde tegemoetkoming genieten) en de tweede alsmaar uitbreidende groep met geheel andere groepskenmerken. Voor de eerste groep dient een sociaal vangnet ook een bestendige veilige haven te blijven. Voor de tweede groep evolueert het sociaal vangnet steeds meer naar een sociale val waaruit het moeilijker wordt om eruit te klimmen. Groep 1 heeft nood aan generositeit, groep 2 heeft nood aan veerkracht want deze groep is niet ziek wel financieel beperkt. Beide hebben nood aan sociale cohesie. In tijden van schaarste dreigt de meest behartenswaardige groep onderbeschermd te blijven door een tunnelvisie voor de tweede groep. De eerste groep heeft lichamelijke of geestelijke beperkingen én een zeer beperkte financiële draagkracht. De tweede groep heeft géén lichamelijke of geestelijke handicap, maar heeft een beperkt financieel inkomen. De vraag is in welke mate het VT statuut met alle bijkomende voordelen de betrokkene meer voordeel levert om als gezin in dat statuut te blijven dan te werken en niet meer VT-gerechtigd te zijn, want dit kan veel neveneffecten met zich meebrengen: verlies van sociale woning, verlies van vele voorkeursregelingen.

Het ontbreken van een bandbreedte rond het grensbedrag maakt dat gezinnen die net BOVEN het grensbedrag zitten, toch alle kosten moeten dragen waar VT-patiënten vrijgesteld van zijn en duiken

daarmee flink ONDER het inkomen van genietters van het VT-statuuut die zich net onder het grensbedrag bevonden. Aangezien het VT-statuuut over zeer aanzienlijke voordelen gaat is dit voor vele gezinnen een levenskwesitie want WERKEN om de voordelen die via een VT-statuuut verworven worden te kunnen betalen wordt veel nadeliger dat NIET te werken om wel beroep te kunnen doen op de voordelen van het VT statuuut. Dit is de bijstandsval.

ARTSEN EN VERBOD OP ERELOONSUPPLEMENTEN BIJ VT-PATIENTEN

Gelet op het ereloonsupplementenverbod bij VT-patiënten voor ambulante verstrekkingen moeten artsen in extramurale praktijken vanaf 1.1.2026 medische diensten aanbieden aan soms verlieslatende tarieven (dit geldt voor 10% van de technische verstrekkingen in bepaalde disciplines). Dit verlies wordt niet gedragen door het RIZIV maar door individuele zorgverstrekkers. Dit is geen probleem voor de behartenswaardige groep VT rechthebbenden (groep 1), maar dit is wel een probleem voor de 2e groep VT rechthebbenden. Het idee mag niet zijn dat een arts bij elke patiënt een batig saldo moet hebben, maar voor individuele artsenpraktijken mag het aandeel patiënten waarbij géén batig saldo kan gerealiseerd worden niet onredelijk hoog zijn. Dat is in bepaalde disciplines in de ambulante praktijk wel het geval en met name de disciplines waar het ziekenhuisaandeel beperkt is.

UNMET NEEDS

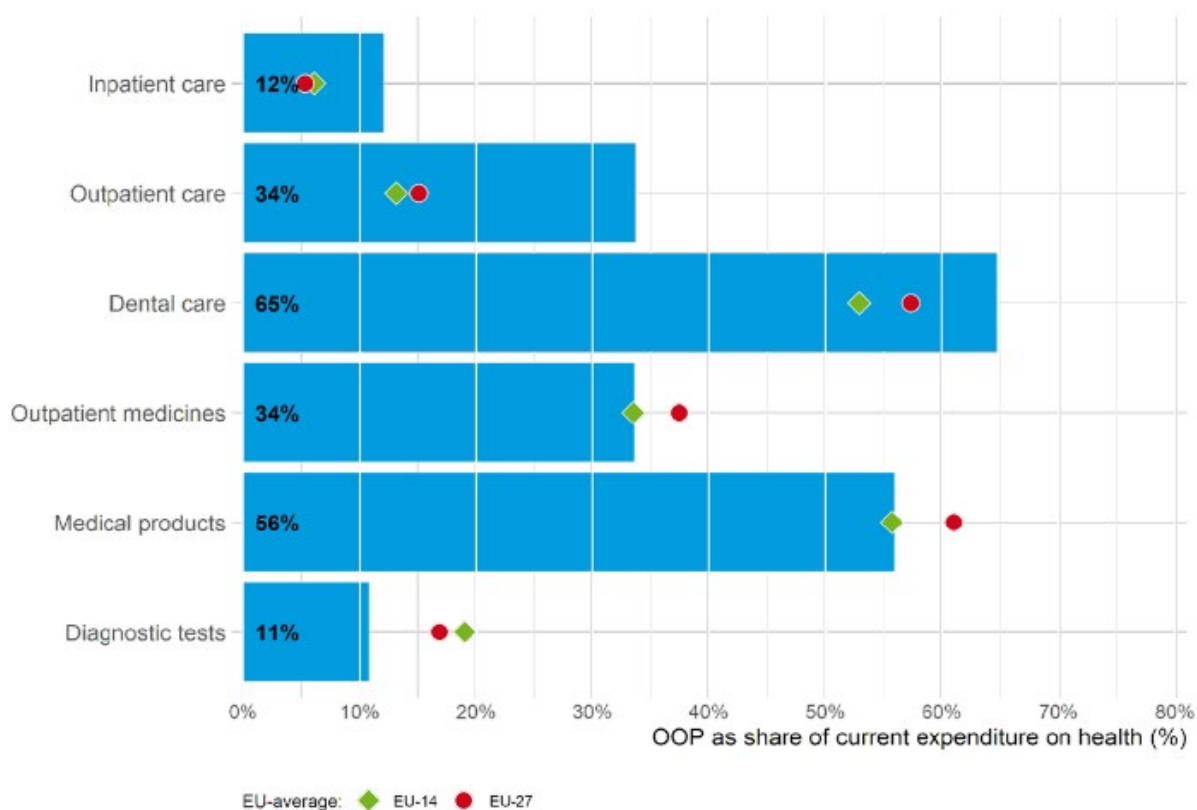
Het KCErapport 376 S1 bespreekt uitgestelde medische zorgen omwille van financiële redenen. Dit bedraagt 0,9 % van de + 16 jarigen in België met grote regionale verschillen. In Vlaanderen is dit slechts 0,2%, terwijl het in Wallonië 2% bedraagt en in Brussel 1,9%. Deze studies zijn altijd gebaseerd op subjectieve vragenlijsten die mensen zelf invullen (self-reported unmet needs). Het KCE rapport legt de relatie met de hoge werkloosheidsgraad bij brusselse jongeren in Brussel. De vraag is hoe correct zelf-gerapporteerde ervaringen zijn, zowel inzake medische als inzake tandzorg.

OUT-OF-POCKET UITGAVEN

Het KCE rapport 376 S1 bespreekt welke kostensoorten weerhouden worden als gezondheidsuitgaven die door de gezinnen zelf gedragen worden. Deze kostensoorten zijn brede categoriën die niet zomaar tussen landen kunnen vergeleken worden. Hoe goed men ook zoekt, men vindt géén details over deze kostensoorten. Zitten bv. in de apotheekkosten ook babyvoeding? De percentages zijn een teller en een noemer. Ook hier moet goed gekeken worden naar welke bedragen men effectief in rekening brengt. Best wordt gekeken naar tabel 65 op p 248 van het KCE-rapport.

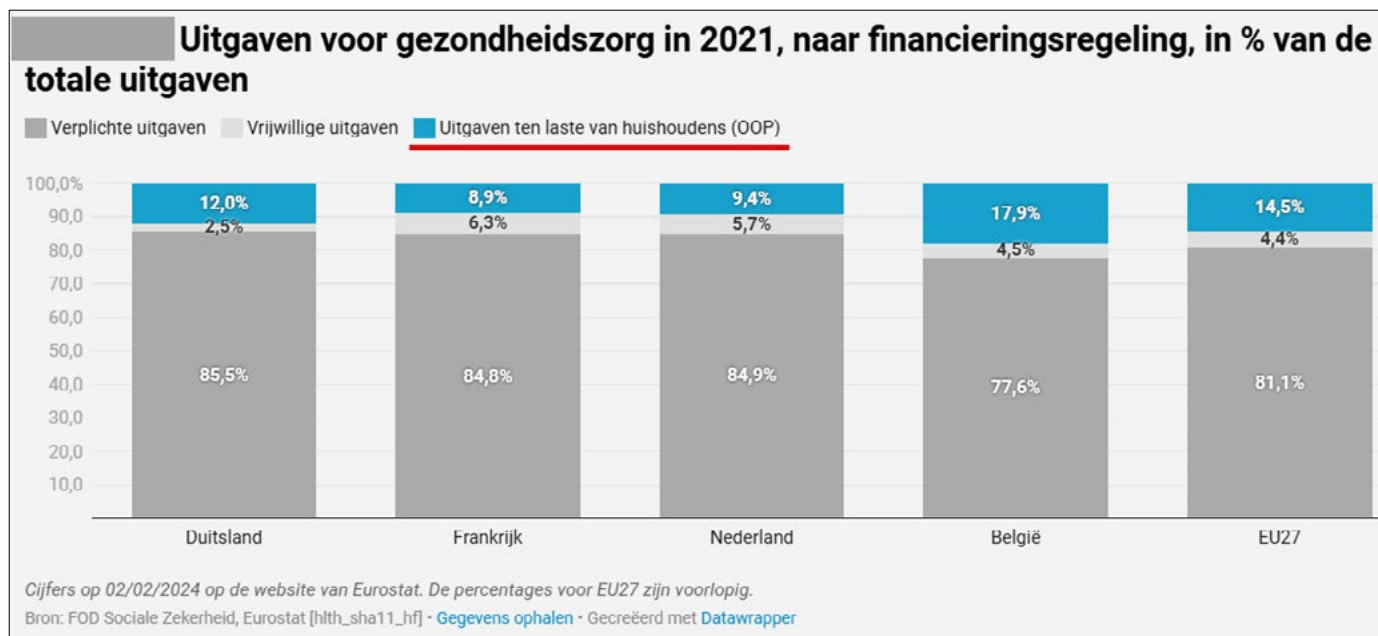
248	Performance of the Belgian health system – report 2024										KCE Report 376S1	
Table 65 – Out-of-pocket payments, current expenditure on health and final household consumption in Belgium (2010-2021)												
Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OOP payments (in million €)	7 306.2	7 635.7	7 890.0	8 202.8	8 352.5	8 558.9	8 573.6	8 842.7	9 243.7	10 234.8	8 955.9	9 908.9
OOP long-term care (in million €)	341.1	243.8	320.9	336.7	389.3	366.4	383.9	428.0	617.8	855.6	1 075.8	1 261.5
Co-payments after maximum billing reimbursements (MAF) (in million €)*	1 702.0	1 706.0	1 774.7	1 765.4	1 789.7	1 819.5	1 821.7	1 844.8	1 924.4	1 939.1	1 710.5	1 952.6
Voluntary health insurance (in million €)	1 480.6	1 633.8	1 644.5	1 762.6	1 844.0	2 054.5	2 195.2	2 326.6	2 434.1	2 551.2	2 410.1	2 514.5
Public health insurance (in million €)	28 261.8	29 693.5	31 021.8	31 587.9	32 558.5	34 379.8	35 652.6	36 889.7	38 290.6	38 886.0	40 123.3	43 069.6
Current expenditure on health (in million €)	37 048.6	38 963.0	40 556.3	41 553.4	42 755.0	44 993.1	46 421.5	48 059.0	49 968.3	51 672.0	51 489.2	55 492.9
Final household consumption (in million €)	179 681.8	186 615.3	192 776.2	197 752.7	199 726.8	204 797.5	210 579.1	218 885.7	227 031.4	233 573.8	217 711.0	234 494.4
OOP payments as a share of current expenditure on health	19.7%	19.6%	19.5%	19.7%	19.5%	19.0%	18.5%	18.4%	18.5%	19.8%	17.4%	17.9%
Inpatient care (% OOP)	13.3%	13.8%	14.5%	14.4%	14.3%	13.8%	13.5%	13.4%	14.1%	14.8%	10.3%	12.1%
Outpatient care (% OOP)	41.0%	40.4%	39.9%	40.8%	38.6%	38.9%	38.1%	37.3%	35.4%	38.1%	34.7%	33.7%
Dental care (% OOP)	53.3%	54.6%	54.8%	54.8%	55.9%	59.4%	60.4%	63.2%	63.9%	65.2%	66.1%	64.7%
Outpatient medicines (% OOP)	37.8%	37.8%	37.0%	38.9%	38.0%	36.5%	35.4%	36.1%	35.5%	37.2%	34.6%	33.6%
Medical products (% OOP)	51.2%	50.7%	50.3%	52.9%	52.8%	58.2%	58.1%	59.0%	58.5%	59.4%	53.5%	55.9%
Diagnostic tests (% OOP)	10.9%	11.6%	10.6%	11.7%	13.1%	13.7%	13.8%	13.5%	10.9%	11.7%	12.2%	10.8%
OOP medical spending as a share of final household consumption	3.9%	4.0%	3.9%	4.0%	4.0%	4.0%	3.9%	3.8%	3.8%	4.0%	3.6%	3.7%
Notes: * Co-payments are no separate category in SHA, but were calculated based on information on health expenditure covered by the compulsory public health insurance from IMA – AIM atlas ¹⁰ and MAF reimbursements from RIZIV – INAMI.												
Source: OECD Health Statistics 2023 (SHA), Eurostat 2023 (national accounts), IMA-AIM Atlas (co-payments)												

Figure 82 – OOP payments as a share of current spending on health by type of care (2021)

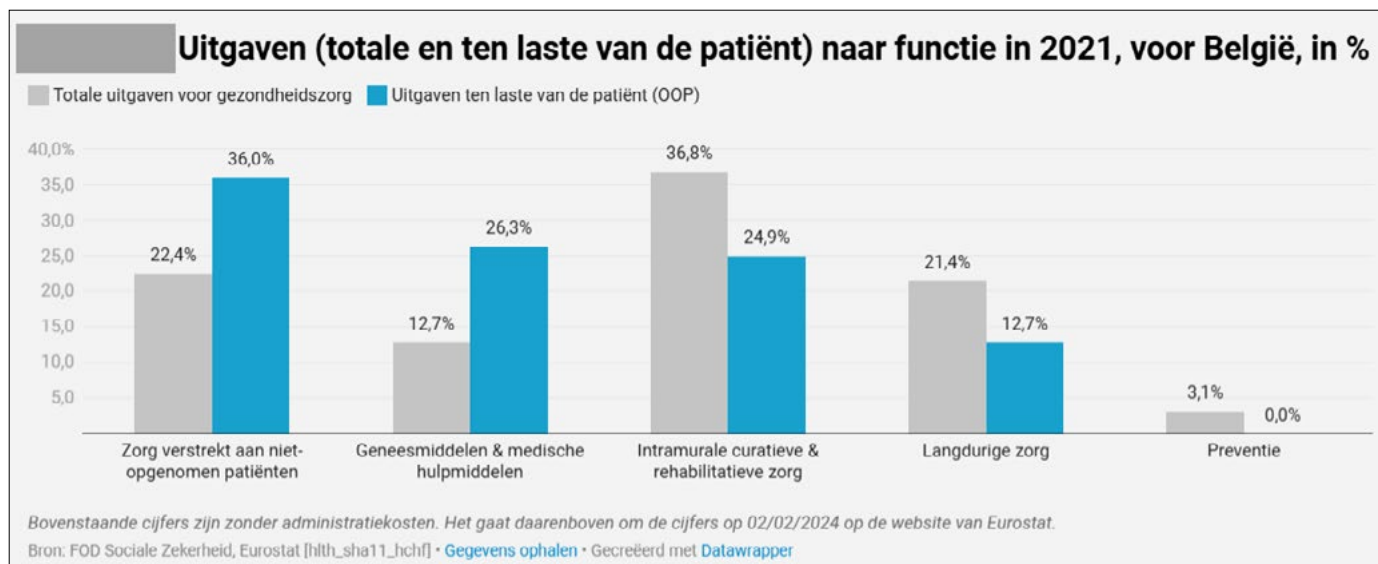


The out-of-pocket share of current spending on health differs by type of care

Het KCE rapport gebruikte nog de cijfers die gebaseerd zijn op de ramingen van de gezinsconsumptie door het INR in vorige jaren. Er is door het INR een grondige revisie van hun methodologie gebeurd op vraag van Eurostat, met herzieningen tot gevolg tot en met 2009. En de herzieningen zijn inderdaad behoorlijk ingrijpend geweest. De recentste ramingen zijn te vinden op de website van het FOD, maar ook op de websites van Eurostat en OESO.



Het percentage uitgaven ten laste van huishoudens ligt in de laatste jaren rond 17,4% en 17,9%, maar 2020-2021 werd beïnvloed door Covid.



Opnieuw dient vermeld dat percentages niet alles vertellen. Wat men moet weten is over welke bedragen het gaat en om welke gedetailleerde posten het gaat. Op de website van het FOD worden volgende methodologische bemerkingen geformuleerd bij deze grafieken. Het is niet helemaal duidelijk in welke mate de uitgaven ten laste van huishoudens noodzakelijke (of niet-noodzakelijke) uitgaven weerspiegelen. Bij het maken van vergelijkingen met andere landen moet er rekening mee worden gehouden dat achter de waargenomen verschillen ook verschillende realiteiten kunnen schuilgaan. Zo kunnen bijvoorbeeld de terugbetalingssystemen sterk verschillen, zowel naar terugbetaalbare diensten of de mate van terugbetaling, als naar verzekerde bevolking. Ook is het effect van aanvullende verzekeringen voelbaar: in België is hun rol minder belangrijk dan bijvoorbeeld in Frankrijk of Nederland. Verder is het belangrijk om te vermelden dat de raming van de eigen bijdragen niet in alle landen op dezelfde wijze gebeurt. In België is het vertrekpunt daarbij de raming van de finale consumptie van de gezinnen door de Nationale Bank, terwijl andere landen budgetenquêtes of nog andere bronnen gebruiken. Gekoppeld hieraan kunnen de ramingen ook beïnvloed worden door de gebruikte hypothesen, bijvoorbeeld door de mate waarin niet-medische producten bijdragen tot de omzet van apotheken, of door de consumptie van niet-gezondheidsdiensten in ziekenhuizen. Dit maakt dat de foutenmarge voor deze categorie van uitgaven mogelijk wat groter is.

Om een inhoudelijke analyse te kunnen maken zouden we over gedetailleerde informatie moeten beschikken. Zit in tandheelkunde ook orthodontie met vaste apparatuur in en/of kroon-en-brugwerk en/of tandimplantaatwerk. Zitten in de apotheekkosten ook niet-terugbetaalde niet-medische producten in?

TRANSPARANTIECODES

DEFINITIE

Transparantiecodes zijn negen zescijferige numerieke codes die gebruikt worden om de bedragen welke voor ambulante prestaties aangerekend worden aan de patiënt en waarvoor geen terugbetaling voor de patiënt is voorzien, aan de ziekenfondsen mee te delen bij elektronische facturatie. In tandheelkunde bestaan ook transparantiecodes, maar daar zijn het er geen negen, maar honderachtig.

WETTELIJKE BASIS

De verplichting van het meedelen van bijkomende gegevens met betrekking tot de ambulante verstrekkingen betreft de uitwerking van het koninklijk besluit van 28 juni 2023 tot uitvoering van artikel 53, § 1, eerste, derde en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

(<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2023/06/28/2023043620/justel>).

HISTORIEK

Sinds 1 juli 2015 bestaat reeds de verplichting om een bewijsstuk van betaling af te leveren aan de patiënt (fiscale verplichting) in geval van **cumul vergoedbare** en **niet-vergoedbare verstrekkingen** voor zover elektronische overdracht beschikbaar is.

Sinds 9 juni 2022 wordt het bewijsstuk aan de patiënt ook verplicht voor de **exclusief niet-vergoedbare verstrekkingen** (d.w.z. verstrekkingen waarvoor de verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt).

Sinds 1 september 2023 ontstaat, naast het bewijsstuk aan de patiënt dat verplicht is bij elektronische facturatie, ook de verplichting om het bedrag aan de verzekeringsinstellingen mee te delen van de **ereloon-supplementen** gefactureerd voor de **ambulante vergoedbare verstrekkingen**.

Sinds 1 oktober 2024 wordt bij elektronische facturatie, verplicht om ook informatie aan de verzekeringsinstellingen door te geven voor de **ambulante niet-vergoedbare verstrekkingen**.

Sinds 1 september 2025 wordt het verplicht voor artsen om elektronisch te factureren, ongeacht de conventioneringsstatus. Het is dus de eindstap van een proces dat al bezig is sinds 1.7.2015.

VOORDELEN VOOR DE PATIENT

De patiënt krijgt zo een gedetailleerd betalingsbewijs waar het onderscheid duidelijk is tussen ereloon-supplementen (categorie 1) en niet-vergoedbare verstrekkingen (categorie 2,3,4). Op die manier kan vergeleken worden met de 'offerte' uit het informed consent dat vooraf gaat aan het uitvoeren van verstrekkingen waarvoor ereloon-supplementen worden gevraagd of voor niet-vergoedbare verstrekkingen.

ERELOONSSUPPLEMENTEN VERSUS NIET-VERGOEDE PRESTATIES

Ereloonsupplementen zijn bedragen die aan de patiënt aangerekend worden naast het wettelijk bepaald honorarium (van de verstrekkingen van de nomenclatuur en van de overeenkomsten en/of zorgtrajecten goedgekeurd door het Verzekeringscomité) naast het bedrag van de RIZIV-tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel van de patiënt. Deze bedragen vormen het voorwerp van de transparantiecodes van categorie 1.

Niet-vergoedbare verstrekkingen zijn geleverde verstrekkingen (prestaties, materiaal, hulpmiddelen) waarvoor géén tegemoetkoming is voorzien in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Deze bedragen vormen het voorwerp van de transparantiecodes van categorie 2,3 en 4.

CATEGORIE 1,2,3,4

“Overdracht aan de Verzekeringsinstellingen van de gegevens bedoeld in artikel 53, § 1/2 GVV-Wet in geval van elektronische facturatie met het oog op transparantie.

Categorie 1

Het bedrag van supplementen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering. Subcategorieën kunnen worden opgegeven via statistische recordcodes en geven een beeld van de beweegredenen waarvoor het supplement wordt aangerekend:

- 384075: supplement aangerekend voor de intellectuele meerinspanning.
- 384090: supplement aangerekend voor een kost rechtstreeks gelinkt aan de verstrekking.
- 384112: supplement voor een indirecte kost zonder rechtstreekse link met één verstrekking.
- 384134: andere: een zuiver supplement zonder enige duiding.

Categorie 2

Het volledige bedrag voor verstrekkingen die terugbetaalbaar zijn door de verplichte verzekering, maar waarvoor de voorwaarden voor een terugbetaling niet zijn voldaan.

- **384215:** De verstrekking, de prestatie, het materiaal of hulpmiddel is onder een bepaalde nomenclatuurcode of een daarmee gelijkgestelde pseudocode gekend en wordt door een tegemoetkoming in de verplichte ziekteverzekering in de nomenclatuur geheel of gedeeltelijk vergoed, maar de vergoedingsvoorwaarden voor een tussenkomst in de verplichte ziekteverzekering zijn niet vervuld.

Categorie 3

Het volledige bedrag ten laste van de patiënt voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

- **384230:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverde verstrekking en is niet als verstrekking terug te vinden als nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) en er is geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die de geleverde prestatie of verstrekking geheel of gedeeltelijk vergoedt.

Categorie 4

Het bedrag voor materiaal, techniek of instrumentarium dat niet voor de terugbetaling in de verplichte verzekering in aanmerking komt en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarbij de basisverstrekking wel voor terugbetaling in aanmerking komt.

- **384156:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de kost voor materiaal.
- **384171:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de kost voor anesthesie.
- **384193:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de processing-kosten van de verstrekking."

GEEN NORMATIEF KARAKTER

Transparantiecodes hebben geen normatief karakter. Ze vervangen geen wetten of reglementen inzake nomenclatuur. Ze bieden transparantie over het gedrag van aanrekeningsgedrag van artsen inzake ereloonsupplementen en niet-vergoede prestaties.

Dit betekent voor artsen dat:

- transparantiecodes géén "verreichtvaardiging" vormen van een aanrekening maar wel een "mededeling aan de ziekenfondsen" hoe de arts heeft aangerekend en waarom.
- transparantiecodes GEEN reglementaire basis vormen om art. 35§4 te overrulen; maw. indien art.35§4 van de GVV wet niet kostendekkend is en er is géén wettelijke uitzondering hierop, dan zullen de transparantiecodes evenmin een wettelijke basis geven

Dit betekent voor ziekenfondsen dat:

- transparantiecodes géén "verreichtvaardiging" vormen voor individuele vervolgingen en verdachtmakingen
- gedetailleerde inzage in de facturatie met alle facturatiedetails veel informatie prijs geeft over individuele patiënten en individuele artsen en met de nodige voorzichtigheid moet gehandeld worden om de privacy van patiënten niet te schenden

MISLEIDEND EFFECT VAN TRANSPARANTIECODES

Het feit dat transparantiecodes er exact uitzien als nomenclatuurnummers met 6 posities en een omschrijving per code en bovendien in hetzelfde facturatiepakket moeten ingevuld worden als de normale nomenclatuurnummers veroorzaakt op het terrein veel verwarring. Artsen interpreteren de transparantiecodes vaak (foutief) als 'nomenclatuurnummers' ter compensatie van het verbod op ereloon-supplementen bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming.

TRANSPARANTIECODES: PROBLEMEN PER CATEGORIE

Categorie 1

- ereloon-supplementen zijn streng gereguleerd en kunnen slechts aangerekend worden waar het wettelijk toegestaan is, ook in de ambulante praktijk; transparantiecodes gelden immers voor de ambulante praktijk
- voor geconventioneerde patiënten zijn ereloon-supplementen enkel toegestaan in geval van bijzondere eisen van de patiënt. De bijzondere eisen van de patiënt worden besproken in art. 50§6 van de GVV-wet. Deze bepaling verwijst naar het medico-mut akkoord. "Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de artsenspecialisten de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:
 - 7.3.3.1. het ziekenhuisverblijf in een afzonderlijke kamer dat door of voor de rechthebbende wordt gevraagd om persoonlijke redenen;
 - 7.3.3.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen die zijn aangevraagd door de behandelend arts;
 - 7.3.3.3. de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen.

Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis, indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de artsspecialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen. Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt. In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld."

- Er kan geen sprake zijn van ereloon-supplementen voor acten die geen nomenclatuur hebben; in dat geval is sprake van niet-vergoede (door het RIZIV) prestaties; ereloon-supplementen kunnen er enkel zijn voor de door het riziv vergoedbare verstrekkingen
- Vanaf 1 oktober 2024 **kan** de reden worden aangegeven waarom een supplement wordt aangerekend door een of meerdere transparantiecodes aan te duiden:
 - 384075 voor een professionele meerinspanning
 - 384090 voor kosten die rechtstreeks zijn gelinkt aan de verstrekking (kleine materialen en verbruiksgoederen tijdens een technische verstrekking, anesthesie, kosten voor

desinfectie en sterilisatie)

- 384112 voor indirecte kosten (kosten voor het lokaal, personeelskosten)
- 384134 voor een supplement zonder enige duiding
- Het volstaat één of meer van deze nummers te kiezen en het bedrag van het supplement in te vullen
- Er is géén verplichting om meer gedetailleerde duiding te geven (tekstomschrijving).
- Het argument dat een prestatie niet kostendekkend is in de ambulante praktijk is GEEN GELDIGE REDEN voor geconventioneerde artsen om een ereloonsupplement aan te rekenen. De wettelijke grondslag voor dit verbod is art. 35§4 van de GVVU-wet.

Categorie 2

- voor de geneeskundige verstrekkingen waarbij niet voldaan is aan de vergoedingsvoorwaarden, is een generieke transparantiecode 384215 voorzien. Naast deze transparantiecode moet ook de nomenclatuurcode meegegeven worden van de verstrekking die normaal zou worden geattesteerd, als aan de vergoedingsvoorwaarden zou zijn voldaan.
- De verplichting om de 'referentie-nomenclatuurcode' op te geven veronderstelt natuurlijk dat men die code kent. De nomenclatuur is echter dermate uitgebreid dat niemand de volledige nomenclatuur van buiten kan kennen. Het wil dan voorkomen dat men de prestatie eerder in categorie 3 zal onderbrengen dan in categorie 2.
- In categorie 2 is er géén beperking op het aan te rekenen bedrag gezien het gaat om een niet-vergoedbare prestatie. Let wel: in de klinische biologie is het verboden om meer dan het overeengekomen honorarium (aan 100%) aan te rekenen.
- Zoals steeds moet de arts de patiënt duidelijk, voorafgaand en volledig informeren over de (volledige) prijs van de te leveren zorg en/of de kostprijs van bijkomende behandelingen. De medische acte moet deontologisch en reglementair uitvoerbaar zijn voor de uitvoerende arts.

Categorie 3

- Het Belgisch Staatsblad met publicatiedatum 18.07.2023 vermeldt op p. 60298 voor categorie 3: "het volledige bedrag ten laste van de patiënt voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering".
- Het Belgisch Staatsblad met publicatiedatum 18.09.2024 op p. 108465 preciseert voor categorie 3: "Het volledige bedrag ten laste van de patiënt voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering. 384230: De verstrekking betreft een door een zorgverstreker geleverde verstrekking en is niet als verstrekking terug te vinden als nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) en er is geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die de geleverde prestatie of verstrekking geheel of gedeeltelijk vergoedt."
- De verordening vanwege het RIZIV aan de software-leveranciers voorziet een vrij tekstveld in de e-Facturatiepakketten.
- Hierover is er onenigheid tussen RIZIV – artsen: artsen vinden niet dat ze medische dossiergegevens moeten prijs geven van patiënten in dit vrij tekstveld: immers zowel de patiënt als de

zorgverlener, alsook de plaats van de verstrekking, het uur zijn alle gekend wanneer dit ter kennis wordt gesteld van de verzekeringsinstellingen. De artsen stellen dat dit de privacy van de patiënten kan schaden én dat dit veel verder gaat dan de finaliteit van de opdracht van de verzekeringsinstellingen. Het RIZIV en de mutualiteiten beroepen zich op de wet om te stellen dat zij alle recht hebben om inzage te hebben in deze gegevens en dat zij over deze informatie moeten beschikken om hun controle-opdracht te kunnen vervullen: het moest maar eens zo zijn dat het bedrag werd aangerekend als niet-vergoedbare verstrekking en dat hiervoor toch een nomenclatuurnummer bestond dat de arts had kunnen gebruiken.

- Men moet niet veel verbeelding hebben om te weten dat in vele gevallen patiënten niet graag hebben dat bepaalde informatie door de arts gewoon open en bloot wordt doorgegeven aan de ziekenfondsadministratie die de facturatie-gegevens verwerkt: schaamlipcorrectie, bepaalde phimosis-operaties, opspuiting van lippen, tattooage-wegnames, bepaalde SOA-testen na bepaalde seksuele contacten : deze lijst is eindeloos en behoort terecht of zou moeten behoren tot de kluisgegevens van de patiënt.
- De rechtspraak zal in de toekomst ongetwijfeld een 'best practice' opleveren die het evenwicht vindt tussen de verplichting om transparantie te bieden en de wens van de VI's en het RIZIV om over alle private gezondheidsgegevens van ieder individu van dit land te beschikken, OOK als het gaat om niet-door-het-riziv vergoedbare verstrekkingen. We zijn uitermate benieuwd hoe de Belgische gegevensbeschermingsautoriteit en de wet op de patiëntenrechten zullen omgaan met deze problematiek.
- Vanuit fiscaal oogpunt, wat oorspronkelijk de bedoeling was van de transparantiewet, maar ook vanuit het oogpunt van transparantie naar de patiënt en de maatschappij heeft de arts volledig voldaan aan zijn plicht, mits een voorafgaand informed consent, als de arts enkel het bedrag invult in categorie 3 al dan niet met een zeer globale omschrijving die geen verdere informatie prijsgeeft over het medisch dossier.

Categorie 4

- Voor categorie 4 stelt het Belgisch Staatsblad, in de publicatiedatum van 18.07.2023, op pagina 60298: "4° het bedrag voor materiaal, techniek of instrumentarium dat niet voor de terugbetaling in de verplichte verzekering in aanmerking komt en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarbij de basisverstrekking wel voor terugbetaling in aanmerking komt." (dit behelst dus de ambulante verstrekkingen).
- Voor categorie 4 stelt het Belgisch Staatsblad, in de publicatiedatum van 18.09.2024, op pagina 108465: "Categorie 4 Het bedrag voor materiaal, techniek of instrumentarium dat niet voor de terugbetaling in de verplichte verzekering in aanmerking komt en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarbij de basisverstrekking wel voor terugbetaling in aanmerking komt."
 - **384156:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de kost voor materiaal.
 - **384171:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte

ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de kost voor anesthesie.

- **384193:** De verstrekking betreft een door een zorgverstrekker geleverd of gebruikt hulpmiddel, materiaal of instrument waarvoor geen nomenclatuurcode (inclusief gelijkgestelde) bestaat en er bestaat geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering die het geleverde of gebruikte hulpmiddel, materiaal of instrument geheel of gedeeltelijk vergoedt: de processingkosten van de verstrekking.
- De gevoeligheid van privacy van gegevens speelt veel minder in categorie 4 waar ook een vrij tekstveld wordt toegevoegd om inhoudelijke informatie te delen met de Verzekeringsinstellingen.
- Het grote probleem in categorie 4 is de interpretatie door artsen vs de interpretatie door de ziekenfondsen en de overheid:
 - Positie van de overheid en de mutualiteiten:
 - De reglementen en de akkoorden moeten strikt toegepast worden en laten geen liederlijke vrijheid toe als het niet uitkomt. Zo wordt een verstrekking bv. 144605 (opstoppen van neus wegens epistaxis K2 (waarde minder dan 3 euro)) onmogelijk kostendekkend uitgevoerd aan 3 euro wanneer een Merocel van 13 euro wordt gebruikt. ENKEL een gedeconventioneerde arts kan dat materiaal aanrekenen indien een ereloonsupplement is toegestaan, dus NIET bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming.
 - Een geconventioneerde arts mag géén ereloonsupplementen aanrekenen en kan artikel 35§4 niet omzeilen. Artikel 35§4 stelt dat àlle directe en indirecte kosten in het honorarium zitten tenzij door de wet andersluidend bepaald. Voor de extramurale praktijk is dat énkél als de libellé expliciet bepaalt dat bepaalde materialen niet vervat zitten in het honorarium.
 - Positie van de artsen
 - Zelfs voor geconventioneerde artsen is het niet mogelijk vele prestaties kostendekkend uit te voeren aan het conventietarief. Het artikel 35§4 is voor vele disciplines een niet-realistische restrictie als zij zorg willen verlenen aan alle vereisten van de Kwaliteitswet.
 - Ook gedeconventioneerde artsen zien het niet mogelijk vele prestaties kostendekkend uit te voeren wanneer géén ereloonsupplement kan aangerekend worden aan VT-patiënten. Indien zij, bij VT patiënten, materialen of processingkosten of anesthesie niet kunnen doorfactureren aan de patiënt, zullen die medische diensten niet kunnen geleverd worden. Het principe van de 'bluts met de buil' geldt voor grote massa's zoals ziekenhuizen, maar voor individuele praktijken waar vele prestaties niet kostendekkend zijn en vele patiënten een VT-statuuut hebben is dit geen houdbare situatie.

VOOR WIE GELDEN DE TRANSPARANTIECODES NIET?

Vanaf 1.9.2025 kan enkel afgezien worden van de transparantiecodes indien aan één van volgende voorwaarden voldaan is:

1. als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de arts en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is;
2. in geval van overmacht die de elektronische facturatie onmogelijk maakt;
3. indien de arts de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op datum van 1 januari 2023.

ONREDELIJKE VRAGEN BIJ ELECTRONISCHE FACTURATIE

Ziekenhuizen kunnen tot 2 jaar nafactureren. Bij elektronische facturatie, verplicht per 1.9.2025, geldt dat de arts het elektronische getuigschrift verplicht op de datum van de verstrekking moet opsturen. Artsen kunnen dus geen getuigschriften meer sturen met betrekking tot de toekomst of het verleden. Doen artsen dat toch, dan volgt er altijd een weigering. Zodra u het nummer van de ontvangstbevestiging hebt ontvangen voor een elektronisch getuigschrift, kunt u het niet meer annuleren of corrigeren. Dit alles is voor patiënte waarvoor geen DBR (derdebetalersregeling) geldt. (Info terug te vinden op de RIZIV-website van 18.08.2025).

BESLUIT

De transparantiecodes worden verplicht per 1.9.2025. Dit zal de ziekenfondsen en het riziv een ongelooflijk rijke bron van informatie opleveren over ereloonsupplementen en niet-vergoede prestaties in de ambulante praktijk. Naast bedragen zullen de ziekenfondsen ongetwijfeld ook een zeer grote bron van gevoelige patiënteninformatie toegestuurd krijgen, met de identiteit van de patiënt, de plaats van de verstrekking en vele andere details gekend. Hier kan op 2 manieren mee omgegaan worden:

- als een zuiver controle-instrument om “verdachte” aanrekeningen op te sporen en de individuele zorgverlener terecht te wijzen, of te vragen om een vergoeding terug te betalen of om bepaalde aanrekeningen te weigeren.
- als een leerproces om te zien waar artikel 35§4 voor de ambulante praktijk faalt en hier correcties aan te brengen. Dat was overigens de insteek van bepaling 4.1.1.4 van het medico-mut akkoord 2024-2025.

ARTIKEL 35§4

VERTREKPUNT: ARTIKEL 35 §4 VAN DE GVVU-WET

"De kosten die inbegrepen zijn in de bestaande verstrekking worden bepaald in art. 35 §4 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994: Art 35 van de GVVU: Art.35§4: § 4. [Behoudens een andersluidende bepaling in of krachtens deze wet dekken de honoraria **alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen.**] De wijzigingen gecoördineerd in 2014, voortvloeiend uit een parlementaire discussie, aan de voornoemde wet, bepalen dat artikel 128 een nieuwe paragraaf toevoegt in artikel 35 van de wet. De memorie van toelichting 54K0672/001, art. 128: "Artikel 128 voegt een **nieuwe § 4 toe in artikel 35 van de wet**. De bedoeling is om, naar het voorbeeld van wat is voorzien in de wet betreffende de ziekenhuizen, uitdrukkelijk te herinneren aan het principe dat onder meer verplaatsingskosten, personeelskosten, kosten verbonden aan gebruik van lokalen, kosten van aanschaffing, vernieuwing, grote herstellingen en onderhoud van de benodigde uitrusting, kosten van materiaal en medische verbruiksgoederen evenals administratieve kosten en kosten verbonden aan de uitreiking van documenten voorzien door of krachtens de wet, inbegrepen zijn in de tarieven die de verplichte verzekering voor de geneeskundige verstrekkingen vaststelt, **behoudens uitzonderingen voorzien door of krachtens de wet.**"

WAT ZIJN DE UITZONDERINGEN?

Uitzondering 1: libellé

De nomenclatuurverstrekkingen waarvoor bepaalde materialen expliciet worden besproken in de libellé van de verstrekking of in de interpretatieregels of in de toepassingsregels.

Voorbeelden waar materiaal expliciet is inbegrepen

- Heelkunde van wonden: "hechten met draad of wondlijm van wonden van het gelaat, **materiaal inbegrepen**" (148013-148035-148094-148116)
- Vullen programmeerbare pomp voor intrathecale toediening van geneesmiddelen, inbegrepen de materiaalkost ... (354292)

Voorbeelden waar materiaal expliciet **niet** is inbegrepen:

- " De gebruikte anesthesische producten, alsmede de kosten voor de toestellen en het personeel van het operatieblok, zijn **niet inbegrepen** in de honoraria voor de anesthesie." " De [honoraria voor] plaatselijke of regionale anesthesie zijn inbegrepen in de honoraria van de verstrekking waarvoor die anesthesie was vereist." Dat betekent dat de gebruikte anesthesische producten **niet zijn inbegrepen** in de plaatselijke of regionale anesthesie.
- HIPEC (244974) : het materiaal voor éénmalig gebruik ... is **niet inbegrepen**
- Distractie (312211; 312255;312270): "distractor niet inbegrepen"
- Laparoscopische videogeassisteerde nefrectomie (318393) : '**niet inbegrepen** het endoscopisch verbruiksmateriaal'.

- Endovasculaire dilataties: ' de honoraria voor bijkomende endovasculaire dilataties, met of zonder plaatsing van de stent(s), inclusief de manipulaties en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de eventuele stent(s), de farmaca en de contrastmiddelen, zijn inbegrepen in de honoraria van de verstrekkingen 589374-589385, 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 en 589654-589665.

Uitzondering 2: RIZIV-forfaits

In een omzendbrief van 29.06.2007 van het RIZIV aan de algemene ziekenhuizen wordt gedetailleerd beschreven wat wel en niet in het RIZIV-forfait zit.

RIZIV Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering		OMZENDBRIEF AAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN OMZ. ZH. 2007/10	
Dienst voor geneeskundige verzorging			
Correspondent: Lieselotte Huyghe Attaché			
Tel.: 02/739.78.74.	Fax: 02/739.73.52		
E-Mail: hospit@riziv.fgov.be			
Onze Referte: Omz-ziekenh-2007-10	Brussel,	29 -06- 2007	
Nieuwe nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2007)			

In die omzendbrief wordt expliciet bepaald wat het bedrag van de tegemoetkoming dekt wanneer de prestaties voorkomen in de nominatieve lijsten die aanleiding geven tot een forfait groep 1-7. De tekst vermeldt dat de lijsten van prestaties die aanleiding gaven tot een mini- of maxiforfait en de lijsten van prestaties die aanleiding gaven tot een forfait A, B, C of D werden opgeheven en vervangen werden door een lijst met 7 nieuwe groepen. Er staat eveneens vermeld dat de basisvoorwaarden voor de aanrekening van deze forfaits werden aangepast: er is bijvoorbeeld ***“geen sprake meer van het bezetten van een ziekenhuisbed of het gebruik van het operatiekwartier.”***

In artikel 6 wordt op een duidelijke wijze bepaald wat het bedrag van de tegemoetkoming dekt in de volgende situaties:

- § 1: bij klassieke hospitalisatie van de patiënt in het ziekenhuis.
- § 2: bij opname in dagziekenhuis (groepen 1 tot 7) en in de situaties waarbij een forfait voor chronische pijn wordt aangerekend
- § 3: in de situaties waarbij een mini-, maxiforfait of forfait gipskamer wordt aangerekend.

De omzendbrief 2007/10 wordt begeleid door een bijlage 1 zijnde de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2007) welke afgesloten werd op 18.07.2007. In artikel 6 van Hoofdstuk V: 'Tegemoetkoming van de patiënt in de verblijfskosten' wordt expliciet vernoemd welke kosten door de RIZIV-forfaits worden gedragen. De RIZIV-forfaits dragen op forfaitaire wijze de kosten die voortvloeien uit (enerzijds) het verblijf van de rechthebbende en (anderzijds) uit de zorgverlening die rechthebbende in de verpleeginrichting voor de verstrekkingen zoals bedoeld in bijlage I en II:

- de **algemene kosten** en de **administratiekosten**
- het comfort van de patiënt (kosten voor **beddengoed** en **wasserij**)
- de kosten voor de tenlasteneming van de patiënt (**onderhouds-** en **verwarmingskosten**)
- de **tijd van verpleegkundige activiteit** (voorbereiding, het in orde brengen van de zaal, de tijd die aan de patiënt wordt besteed tijdens de voorbereiding, de ingreep en de nabehandeling)
- de kosten van het **courante anesthesiemateriaal (voor alle types van anesthesie)**
- de **kosten van de plaats van de verstrekking**, ontwaakzaal en kamer van de patiënt (**het gebruikte gewone klein materiaal, zowel voor eenmalig gebruik als hersteriliseerbaar**)
- **drank en voedsel.**

Er wordt ook zeer duidelijk bepaald wat er NIET inzit. In deze bedragen zijn niet begrepen, de kosten voor de farmaceutische specialiteiten, alsook de honoraria van de zorgverleners en andere kosten in verband met de hierna opgesomde geneeskundige verstrekkingen:

- de **gewone geneeskundige verzorging en de technische verstrekkingen inzake diagnose en behandeling door de algemeen geneeskundigen en de artsen-specialisten;**
- de verzorging door kinesitherapeuten;
- de verstrekkingen die respectievelijk worden beoogd in artikel 9, a) (verloskunde), artikel 36 (logopedie), artikel 5 en artikel 141) (tandverzorging, stomatologie en daarmee verband houdende verstrekkingen) en in de artikels 35 en 35bis (implantaten) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;
- het verstrekken van brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, orthopedische toestellen, gipsmateriaal en daarmee gelijkgesteld materiaal, andere prothesen, implantaten en andere producten of uitrustingen met een therapeutisch doel, die afgeleverd worden op medisch verzoek en die bestemd zijn om door de patiënt bij diens ontslag uit het ziekenhuis mee naar huis te worden genomen voor de voortzetting van zijn behandeling thuis;
- alle verzorging en andere verstrekkingen die voor de revalidatie en herscholing vereist zijn.

Maw. een deel van wat in art. 35§4 vervat zit, zit in de ziekenhuisomgeving vervat in de RIZIV-forfaits. Buiten het ziekenhuis kennen de RIZIV-forfaits géén toepassing zodat dezelfde kosten niet vergoed zijn, oa. kosten voor anesthesieprodukten, de kosten van de plaats van de verstrekking, het gebruikte gewone klein materiaal, zowel voor eenmalig gebruik als hersteriliseerbaar.

Uitzondering 3: lijst A

Nomenclatuurcodes die opgenomen zijn in **lijst A** van de wet van 25.04.2002 ("lijst A" in punt 5. van bijlage 3 aan het K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen) geven aanleiding tot een vergoeding van personeels- en materiaalkosten via het BFM. Per 1.1.2023 bestaat lijst A uit 551 nomenclatuurcodes. Hiervan zijn er 68 nomenclatuurnummers met een waarde < K120 en 88 nomenclatuurnummers met een waarde < N200.

Uitzondering 4: implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (lijst)

In de opsomming van wat niet inbegrepen is in het BFM (budget van financiële middelen van het

ziekenhuis) in Art. 102. van de ziekenhuiswet wordt verwezen naar een aantal implantaten en invasieve medische hulpmiddelen die een uitzondering vormen zoals bedoeld in art. 35§4: "medische hulpmiddelen wanneer deze het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging onder de vastgestelde [1 vergoedingsregels]1; (1)<W 2013-12-15/18, art. 24, 010; Inwerkingtreding : 01-07-2014; zie KB 201406-25/03, art. 202, 3°>"

Uitzondering 5: kwaliteitswet

Artikel 15 van de Kwaliteitswet legt de zorgverstreker een aantal verplichtingen op: "***De gezondheidszorgbeoefenaar verzekert zich ervan dat de nodige omkadering aanwezig is die hem toelaat om de verstrekkingen op een kwalitatief hoogstaand niveau te verrichten. Hieronder worden zowel logistieke, technische, bouwkundige als hygiënische voorwaarden begrepen. Dit betekent niet dat de gezondheidszorgbeoefenaar bijvoorbeeld moet beschikken over de laatste nieuwe apparatuur. Hij moet evenwel beschikken over apparatuur die kwaliteit levert in de huidige stand van zaken. Dit is een vereiste die een zeer ruim toepassingsgebied heeft. Het gaat van de consultatieruimte, de wachtzaal en de opslagplaats van producten tot de inrichting en steriliteit van de operatiezalen, de voorhanden zijnde sterilisatie-apparatuur en het verwarmings-, luchtzuiverings- en elektriciteitssysteem. In het bijzonder kan het ook gaan om de toepassing, de controle en de eventuele regelen inzake traceerbaarheid en voorwaarden inzake hersterilisatie en/of herconditionering van medisch materiaal voor een volgend gebruik.***" En ook: "Op het terrein stellen de verschillende beroepsverenigingen daarnaast zelf reeds uitgebreide richtlijnen inzake goede praktijkvoering vast. Ook adviezen van onder meer de Hoge Gezondheidsraad en het Federale Platform voor Ziekenhuishygiëne zijn terzake belangrijk. Bedoeling is dat de gezondheidszorgbeoefenaar zich ook richt naar deze guidelines en adviezen."

"Afdeling 4. Omkadering

Art.15. De gezondheidszorgbeoefenaar verzekert zich ervan dat de nodige omkadering aanwezig is die hem toelaat om gezondheidszorg op een kwalitatief hoogstaand niveau te verrichten. De Koning kan voor wat het medisch handelen zelf betreft, nadere voorwaarden inzake omkadering vastleggen.

"Wat de oftalmologie betreft zijn de bepalingen zeer strikt en dwingend: "Deze regel is niet van toepassing in geval van overmacht en op verstrekkingen vermeld in artikel 14 h) van de nomenclatuur, **voor zover deze ingrepen ambulant worden uitgevoerd in een extramurale omgeving, die voldoet aan de architectonische normen van een functie chirurgische daghospitalisatie zoals beschreven in de artikelen 2 tot 6 van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie « chirurgische daghospitalisatie » moet voldoen** om te worden erkend, en indien deze ingrepen onder lokale of topische anesthesie gebeuren, geen sedatie van de patiënt vereisen, en geen directe verpleegkundige opvang of nazorg behoeven."

ONDERZOEK VAN DE NOMENCLATUURNUMMERS DIE IN AANMERKING ZOUDEN KUNNEN KOMEN VOOR EEN PSEUDOCODE IN DE AMBULANTE SECTOR

Stap 1 in de redenering:

Het verbod op ereloonsupplementen bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming geldt uitsluitend voor ambulante prestaties.

Stap 2 in de redenering:

Overeenkomstig art 15§2 mogen prestaties > K120 > N200 geen tegemoetkoming vanwege de ziekteverzekering kennen indien zij buiten het ziekenhuis uitgevoerd worden met uitzondering van de verstrekkingen in artikel 14 h) (=oftalmologie). Deze laten we verder buiten discussie behoudens art 14 h). Verstrekkingen met een waarde < K120; <N200 mogen wel uitgevoerd worden in de ambulante intra- en extramurale praktijk. Voor zover aan de toepassingsregels is voldaan, is tegemoetkoming voorzien.

Stap 3 in de redenering

Verstrekkingscodes met een waarde < K120; < N200 die een RIZIV-forfait kennen of opgenomen zijn in lijst A kennen een goede regeling en er is geen noodzaak om die goede regeling te wijzigen.

Stap 4 in de redenering

Wanneer vervolgens alle chirurgische en/of technische prestaties van klinische disciplines met een waarde < K120; < N200 gefilterd worden die geen RIZIV-forfait kennen en niet opgenomen zijn in lijst A, dan blijft een lijst over van **251** nomenclatuurcodes met een ambulante frequentie van **7.018.958** in 2022.

Stap 5 in de redenering

Om haalbaarheidsredenen delen we deze 251 codes in een prioriteitslijst A en een prioriteitslijst B. Het gaat in hoofdzaak om materialen die maken dat de vergoedingsbasis niet meer in lijn is met de huidige kost van deze materialen: zowel evolutie naar moderne materialen, desinfectie-vereisten of aseptische vereisten zoals opgelegd door de kwaliteitswet liggen aan de grondslag.

PRIORITEIT A

Wanneer uitsluitend de verstrekkingen met een frequentie van >100.000/jaar bekeken worden met uitzondering van anesthesie, dan gaat het om 17 verstrekkingen met een totale frequentie van 4.720.537/7.018.958 verstrekkingen. Deze 17 verstrekkingen vormen 67,3% van het geheel.

Concrete voorstellen tot wijziging: rood = aan te brengen wijziging in de libellé (voorstel)

148013	148024	K27	Hechten met draad of wondlijm van wonden van het gelaat, materiaal NIET inbegrepen ; één of twee wonden
148035	148046	K45	Hechten met draad of wondlijm van wonden van het gelaat, materiaal NIET inbegrepen ; Drie of meer wonden
148094	148094	K18	Hechten met draad of wondlijm van andere wonden dan die van het gelaat, materiaal NIET inbegrepen Eén of twee wonden
148116	148120	K30	Hechten met draad of wondlijm van andere wonden dan die van het gelaat, materiaal NIET inbegrepen Drie of meer wonden K

149612	149623	K4	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor het opsporen van neoplastische cellen, materiaal NIET inbegrepen
149634	149645	K4	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor een diagnostische of therapeutische follow-up, materiaal NIET inbegrepen

351035	351046	K30	Tracheo- en/of laryngoscopie, met of zonder afname voor biopsie, DESINFECTIE NIET INBEGREPEN
353194	353205	K5	Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels, per zitting, materiaal NIET inbegrepen

353231	353242	K 26,47	Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procedé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling, materiaal NIET inbegrepen
258834	258845	K20	Nasale endoscopie met of zonder biopsie, met behulp van een rechte optiek of hoekoptiek of van een fibroscoop waarmee het cavum, de meatus, de conchae en de drainagewegen van de maxillaire, frontale, ethmoidale, sphenoidale sinussen worden geëxploreerd, inclusief de eventuele lokale anesthesie DESINFECTIE NIET INBEGREPEN
532630	532641	K 21,40	Ablatie of vernietiging door om het even welk product (heelkundig zonder hechting, elektrocoagulatie of andere methode) van een oppervlakkig goed- of kwaadaardig gezwel van de huid of van de slijmvliezen of van elk ander niet traumatisch, direct toegankelijk letsel materiaal NIET inbegrepen
473174		K141	Onderzoek van het colon tot de ileocoecale klep DESINFECTIE NIET INBEGREPEN
473432		K141	Onderzoek van het colon en het terminale ileon DESINFECTIE NIET INBEGREPEN
350055	350066	K20	Opzoeken van een onmiddellijke allergische overgevoeligheid door pricktests met commerciële allergische en controleoplossingen voor pneumallergenen (minimum 10 testen) en/of trophallergenen (minimum 8 testen) en/of hymenopterae, met syntheseverslag materiaal NIET inbegrepen
258812	258823	K6,75	Een- of tweezijdige tympanoscopie met behulp van een stereoscopische binoculaire microscoop met veelvoudige vergroting van ten minste 10 keer DESINFECTIE NIET INBEGREPEN
532416	532420	K13	UVA en/of UVB, groot (niet cumuleerbaar met het consult) materiaal NIET inbegrepen
248334	248345	N115	Intravitreale injectie uitgevoerd in strikt aseptische omstandigheden, ASEPSIE-realiseratie niet inbegrepen

PRIORITEIT B

In prioriteitenlijst B gaat het vaak om acute situaties die in de ambulante praktijk worden opgevangen en waar het goed zou zijn dat deze verstrekkingen in de ambulante praktijk mogelijk blijven want ze zouden een overbelasting van de spoed betekenen indien ze zouden verschuiven naar de intramurale sector. Een onderbelicht punt is dat er ook in de kinder- en volwassenenpsychiatrie behandelingsverstrekkingen zijn die lijden onder specifieke infrastructurele verplichtingen die opgelegd worden door de moderne familie- of omgevingsgerichte aanpak van de patiënt.

113013	113024	K 6	Insnijden van periurethraal abces
112276	112280	K 6	Insnijden van aarsabces
113072	113083	K10	Hechten van vulva of van vagina wegens trauma buiten verloskundig maneuver
113094	113105	K 35	Uitsnijden van dermale vegetaties, volledige behandeling
113131	113142	K 6	Insnijden van perineumabces
113212	113223	K 6	Insnijden van klier van Bartholin voor drainage
144513	144524	K 6	Insnijding van tongabces
144535	144546	K 10	Paracentese van trommelvlies of vliezen
144550	144561	K 6	Insnijden van neustussenschotabces
144572	144583	K 25	Wegnemen of elektrocoaguleren van neuspoliepen, per neusgat, volledige behandeling
144594	144605	K 2	Opstoppen van neus wegens epistaxis
144616	144620	K 4	Galvanocauteriseren van neus
144631	144642	K 6	Insnijden van hematoom van neustussenschot
144653	144664	K 24	Opstoppen van neus achteraan
144675	144686	K 6	Eenvoudig galvanocauteriseren van neusschelp
144690	144701	K 6	Insnijden van amandelabces
144712	144723	K 6	Verwijderen van niet ingesloten vreemde lichamen uit de farynx of uit de externe gehoorgang
145250	145261	K 12	Dringend voorlopig aanleggen van een contentietoestel in geval van fracturen of luxaties (mag slechts eenmaal per geval worden aangerekend)
145316		K 17	« Taping » van de enkel als behandeling na een ligamenteaire ruptuur, met inbegrip van het gebruikte materiaal. Deze prestatie mag maximaal viermaal worden aangerekend per ziekte-episode."
145272		K 2	Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels
145530	145541	K 20	Wegnemen van ingegroeide nagel
145552	145563	K 10	Insnijden van panaritium van de pulpa
145574	145585	K 10	Insnijden van oppervlakkige phlegmone
145596	145600	K 6	Insnijden van borstabces
149015	149026	K 20	Fistelcurettage
114030	114041	K 4	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek, uitgevoerd voor het opsporen van neoplastische cellen

114170	114181	K 4	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek, uitgevoerd voor een diagnostische of therapeutische follow-up
114052	114063	K 6	Nagelfenestratie
114074	114085	K 10	Belangrijke uitsnijding van afgestorven weefsels bij één of meer doorligwonden
472054	472065	K 20	Insijding van hemorroidale trombose
472150	472161	K 20	Onderbinden van aambeien
472511	472522	K 12	Rectoscopie
473476	473480	K 11,25	Coagulatie met infrarode stralen of fotocoagulatie of cryotherapie van hemorrhoiden, per zitting
355935	355946	K 12	Spoeling van een sinus door punctie en curatieve inspuiting
221174	221185	K 90	Draineren van de Douglas door rectotomie of door colpotomie
221196	221200	K 50	Uitsnijden van een misvormd litteken, gevolgd door hechting
244134	244145	N 50	Behandeling van een anusimperforatie door eenvoudig insnijden
244296	244300	N 30	Hechten van de wonden van anus en anusstreek
238070	238081	N 50	Onderbinden, fulguratie (vein eraser) of resectie van een variqueuze ader
239035	239046	N 33	Draineren van onderhuids oedeemvocht bij elephantiasis
248054	248065	N 25	In het hoornvlies geïncrusteerd vreemd lichaam of lichamen: extractie onder biomicroscopische controle (mag niet worden gecumuleerd met de raadpleging)
248076	248080	N 30	Punctie van de voorste kamer met eventuele therapeutische inspuiting, geïsoleerde ingreep
248091	248102	N 15	Retrobulbaire inspuiting, geïsoleerde ingreep
255813	255824	K 20	Verwijderen van vreemde lichamen uit neus
275192	275203	N 60	Radicale behandeling van een ingegroeide nagel met gedeeltelijke of totale exeresis van het nagelbed en van de weke weefsels
288050	288061	N 50	Inslijden en draineren van een panaritium van een vinger
310516	310520	K 6	Inslijden van abces van mondbodem
310531	310542	K 6	Wegnemen van andere beensplinters dan in de gingivodentale streek
311695	311706	K 25	Sluiten van buccosinusale fistel, door aviveren of medicamenteus middel, in één of meer bewerkingen
317192	317203	K 10	Intrabuccaal inslijden van abces van dentale oorsprong
531016	531020	K 6	Scleroserende inspuiting wegens angiomen
532652	532663	K 40	Excisie van een direct toegankelijk mucocutaan letsel gevolgd door een hechting
532836	532840	K 50	Excisie van een direct toegankelijk mucocutaan letsel gevolgd door een hechting in twee lagen
532851	532862	K 110	Excisie van een direct toegankelijk mucocutaan letsel gevolgd door een plastie
532733	532744	K 50	Proefbehandeling van een aangeboren wijnvlek op het hoofd, in de hals of op de handen, met laser

532873	532884	K 105	Verwijdering van de aangeboren wijnvlek(ken) op het hoofd, in de hals of op de handen, met een totale oppervlakte van = 200 cm ² , met laser
257471	257482	K 70	Transtympanaal draineren door middel van prothese, uni of bilateraal
109513		N30	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een arts-specialist voor psychiatrie, met een minimum duur van 45 minuten, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
109631		N30+ Q90	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 45 minuten, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
109675		N40+ Q90	Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag per psychotherapeutische zitting
109336		N40	Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de arts-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag, per psychotherapeutische zitting
109653		N20+ Q45	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met tenlasteneming van een groep patiënten die tot eenzelfde familie behoren, inclusief een eventueel schriftelijkverslag: twee personen, per persoon

Het totale aantal van bovenvermelde eerste 57 codes bedraagt in 2022 737.381 in de ambulante sector. Het totale aantal van de laatste 5 bovenvermelde codes bedraagt in 2022 1.209.403 prestaties.

Er is een RIZIV-werkgroep nodig om deze lijst te verfijnen en de exacte aantallen te bepalen, want een aantal van deze prestaties mag dan wel ambulant gebeuren, maar onder algehele narcose, hetgeen het bestaan van een maxi-forfait veronderstelt.

BESLUIT

- het staat onomstotelijk vast dat tal van nomenclatuurnummers niet (meer) kostendekkend zijn. Het kan misschien zijn dat sommige andere over de tijd intussen overgewaardeerd zijn, maar dat betreft dan totaal verschillende disciplines zodat het principe van de 'bluts en de buil' helemaal niet opgaan. Een herziening van artikel 35§4 is noodzakelijk. In de tandheelkunde wordt dit opgelost door een combinatie van maximumtarieven en ereloonsupplementen.
- men kan eveneens stellen dat nu geen ingrijpende wijzigingen meer moeten plaats vinden nu de nieuwe nomenclatuur eraan komt. Dit zou een "stand-still" moeten betekenen van het verbod

op ereeloonsupplementen bij VT patiënten voor ambulante verstrekkingen in afwachting van de nieuwe nomenclatuur. In de nieuwe nomenclatuur zal de intellectuele prestatie gescheiden zijn van het werkingsgedeelte. Dat werkingsgedeelte zal bekostigd worden door de ziekteverzekering zowel in- als buiten de ziekenhuissector. Mocht de overheid beslissen buiten de ziekenhuizen het werkingskostengedeelte niet te willen opvangen, dan verschuift alle geneeskunde naar de ziekenhuizen toe tenzij de last van de werkingskosten door een andere instantie opgevangen wordt, met name de patiënt of diens verzekering. Dat directe en indirecte kosten kunnen verschillen voor éénzelfde prestatie in het ziekenhuis versus een extramurale praktijk is logisch, maar de kosten van extramurale praktijken werden in de nieuwe nomenclatuur nooit onderzocht voor de ACA en ook niet voor de ATMCA. Het boek van Guy Durant, Pol Leclercq en Magali Pirson, 'Le financement des hôpitaux', uit 2021 geeft op p.297/384, geeft buitenlandse voorbeelden van ponderering voor de kostencomponent van het honorarium : "(Bale 2004: en cabinet médical = 0,96 CHF et en polyclinique hospitalière = 0,94 CHF. Zug 2004: en cabinet médical = 0,85 CHF et en polyclinique hospitalière = 0,80 CHF)."

DISRUPTIEVE ELEMENTEN

In de ATMC groep is de hamvraag op welk niveau de meter zal gezet worden tussen het intellectuele honorarium (professioneel gedeelte) en het werkingsgedeelte. Dit is de inzet van de horizontale herijking tussen nomenclatuur en ziekenhuisfinanciering. Zal het nationaal afdrachtenpercentage verhogen? Hoe zal zich dat vertalen op niveau van individueel ziekenhuis, individuele zorgverlener? In de ACA groep is de verticale herijking die beoogd wordt nog het meest problematisch. Er zijn groepen die zeer hard roepen om aparte en nieuwe RVU's te krijgen voor diensten die heden 'inbegrepen' worden beschouwd in de totale dienstverlening van die groep. Andere groepen roepen even hard om 'hogere' RVU's te krijgen als andere groepen artsen, waarbij tal van argumenten worden ingeroepen. Welk effect zal dit hebben zij die de uiteindelijke begunstigden hadden moeten zijn van de verticale herijking van de artsenlonen: pediatrie, ambulante psychiatrie, gynecologie, geriatrie? In de ATMAA groep is het principe van een tijdseenheid als parameter voor zuiver honorarium in de klinische biologie onbegonnen werk. De automatisatie en technologie verschuiven de taak van de klinisch bioloog van meettijd naar borging van snelheid, constante kwaliteit, juiste interpretatie en traceerbaarheid van metingen.

In de huisartsgeneeskunde is de politieke ideologie een foute insteek. Vanuit de politieke ideologie is populatiemanagement het juiste platform om de eerste lijn op te enten. De medische huizen omarmen die stelling. Alle andere artsen hebben vanzelfsprekend oog voor populatiemanagement, maar zien in de eerste plaats de juiste individuele behandeling voor de patiënt of het gezin dat voor hun staat als hun hoofdplicht. Zij willen zich organiseren zoals zij dat het best aanvoelen en niet volgens dwingende visies van de overheid.

Inzake normen en richtlijnen is de Minister van oordeel dat de Kenniscentra van de overheid bepalend zijn in de te volgen weg. Dit kan deels zo zijn in de huisartsgeneeskunde omdat de invulling van Cebam, Evikey en andere richtlijnvormende organen zich zeer sterk op de eerste lijn gericht hebben. In de specialistische geneeskunde is dat allerm minst zo. Daar blijven de richtlijnen vanuit ieder specialisme bepalend voor het gedrag van die specialismen. Ze hebben hun eigen wetenschappelijke organen, hun eigen wetenschappelijke Europese en internationale literatuur en guidelines waarvan 1/5 nagenoeg 3-jaarlijks opnieuw op punt worden gesteld, sommige zelfs jaarlijks. De universiteiten spelen daarin een cruciale rol. Geen enkel handhavingsbeleid kan of zal artsen ertoe bewegen hun dienstverlening aan de individuele patiënt te laten afhangen van overheidsrichtlijnen wanneer deze afwijken van de wetenschappelijke richtlijnen van hun vakgebied. Dat zou Staatsgeneeskunde ten top zijn. Een patiënt is géén gemiddelde, maar een individu.

Inzake de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zijn er aan aantal elementen die problematisch kunnen blijken: de financiering van innovatie, van bouw, van de polikliniek, de uitfasering van de huidige financiering en de invoering van de nieuwe financiering. De ziekenhuisfinanciering is een tanker die je niet via een stop-go mechanisme van koers doet veranderen. In de nomenclatuur zal dat iets makkelijker gaan en is het RIZIV er op voorbereid. Een begeleidende buffer van 1,5 à 2 miljard (<10% van de jaaromzet van de sector) is geen overbodige luxe om ongewenste afwijkingen in negatieve zin te compenseren, nog los van de vraag hoe onverwachte bonussen moeten gerecupereerd worden. We willen hierbij herinneren aan de periode 2001-2003 toen de nieuwe ziekenhuisfinanciering van 25 april 2002 werd geïntroduceerd. Er werd toen op korte tijd véél meer geïnvesteerd in de ziekenhuisfinanciering én de overgang van oude financiering naar nieuwe financiering verliep geleidelijk:

"De evolutie van het totale budget was de afgelopen jaren als volgt :

	<i>Miljoen Bef</i>	<i>Miljoen Euro</i>	<i>Evolutie</i>
<i>2000</i>	<i>165.697,40</i>	<i>4.107,53</i>	<i>100</i>
<i>2001</i>	<i>173.505,50</i>	<i>4.301,09</i>	<i>104,71</i>
<i>2002</i>	<i>188.573,93</i>	<i>4.674,63</i>	<i>113,81</i>
<i>2003</i>	<i>205.455,07</i>	<i>5.093,10</i>	<i>123,99</i>

*Men kan dus vaststellen dat de laatste jaren een significante budgetverhoging heeft plaatsgevonden. Dit alles heeft te maken met de invoering van het begrip thesauriebudget. Immers, vóór de nieuwe financiering werd ingevoerd diende het budget van de ziekenhuizen achteraf gecorrigeerd te worden met een correctie voor gepresteerde verpleegdagen "boven of onder quotum". Dit gaf steevast aanleiding tot grote **inhaalbedragen**. (het bijpassen van tekorten of recupereren van overschotten achteraf) Er werd besloten deze bewerking bij de invoering van het nieuwe systeem op voorhand te berekenen. Dit **kostte echter veel geld**, vandaar de grote stijging van het budget van 2001 naar 2003."*

....

"Met de invoering van dit systeem komt de vroegere PAL/NAL (penalisatie of beloning voor een relatief lange of korte ligduur) te vervallen, hoewel die nog steeds vervat zit in het historische budget. De nieuwe financiering wordt immers niet volledig ingevoerd doch geleidelijk. Zo is in 2003 80% van het budget B2 van het ziekenhuis gebaseerd op het budget uit voorgaande jaren. Het nieuwe budget wordt slechts voor 20% toegepast. Dit om abrupte schommelingen te vermijden. In de toekomst zal het aandeel van de nieuwe financiering uiteraard stijgen."

Met de DRG-financiering wordt geen 'nieuw' systeem geïntroduceerd. In de Verenigde Staten werd DRG-financiering in 1983 ingevoerd in het Medicare-programma, en in Europa volgden verschillende landen vanaf de jaren 90 tot begin 2000. Duitsland hanteerde het DRG-systeem al vanaf 2003, Frankrijk, Engeland en Nederland tussen 2003 en 2005. Het kan dus goed zijn dat de gekozen weg snel achterhaald blijkt. Er zitten immers tegenstrijdige elementen in: het nomenclatuurgedeelte is een prestatie-gedreven element, het ligduurgedeelte is een ligdagelement zodat een 'perverse' pretatieprikkel blijft bestaan, dit maal niet bij de artsen, maar bij het ziekenhuis.

Inzake de ereloonsupplementen is de plafonnering de verkeerde vraag. Moesten honoraria niet vanuit de ziekteverzekering vergoed worden, dan was de problematiek normaliter niet anders: honoraria moeten verantwoord zijn, billijk en gematigd. Dat is niet anders voor ereloonsupplementen. Ze mogen niet gevraagd worden omdat het kàn, maar omdat ze een meerwaarde bieden. Het concept van de eenpersoonskamer dient in vraag gesteld. Het concept dat meerdere medische disciplines altijd van ereloonsupplementen verstoken blijven is problematisch. Het concept waarbij het vooral geconventioneerde zorgverleners zijn die het gros van de ereloonsupplementen voor hun rekening nemen, dient een element te zijn in het debat. In de allereerste plaats echter moet het debat gevoerd worden rond de kostendekkendheid van de honoraria: het is niet bespreekbaar dat, in geval van individuele zorgverstrekking, honoraria niet volstaan om de kosten (directe en indirecte) van de dienstverlening te dekken.

De verdere inkanteling van de ziekenfondsen in de controle-organen van het RIZIV en de overheid is een disruptief element. Deze controle dient vooral gezien te worden als een budgettaire handhaving. Deze organisaties die diep geworteld zijn in de samenleving en al bestaan bij wet sinds 3 april 1851 hebben meer potentieel dan als bank fungeren voor riziv- en fod-transacties en als controle-orgaan. In het preventieve luik zijn ze volledig afwezig, hoewel dat volgens Geert Messiaen (2012) mee als één van de functies van de ziekenfondsen wordt gezien. Geert Messiaen vermeldt naast de opdrachten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ook andere taken voor ziekenfondsen zoals aanvullende verzekering, gezondheidspromotie, sociale functie, ledenverdediging,

verzameling van administratieve en statistische gegevens, studie-opdrachten. Wat soms bevreemdend is, is dat altijd gesproken wordt van het aanbieden van 'topkwaliteit' voor de patiënt, hetgeen door patiënten steevast wordt geïnterpreteerd als de 'duurste' vorm van zorg, maar waar blijven instanties die patiënten aanmoedigen om gebruik te maken van de minst dure/minder dure verzorgingsvormen die soms ook een goede keuze kunnen zijn? Is dat énkél de verantwoordelijkheid van zorgverleners? Ziekenfondsen zijn bij uitstek goed geplaatst om – samen met artsen- studiediensten uit te bouwen voor quasi permanente gezondheidsenquêtes bij hun leden. Het is duidelijk dat artsorganisaties alléén hierin niet slagen op nationaal niveau en dat dergelijke informatie noodzakelijk is om fijnmazig, maar ook snel feedback te krijgen over de geleverde zorg naar de patiënt (PROMS). Ook aan PREM's kan gedacht worden als men zich maar goed de beperkingen hiervan realiseert: naast patiënttevredenheid wordt patiëntverwachting gescoord en niet noodzakelijk de kwaliteit van de geleverde zorg, maar de discrepantie tussen de zorgervaring van de patiënt en diens visie en verwachting over een ideale zorgervaring. In de mate dat ziekenfondsen en artsen dat terrein niet opnemen (buiten het RIZIV-kader om) zal de vrije markt dat opnemen en als te betalen product aanbieden binnen het RIZIV-terugbetalingskader als verdienmodel. Naast enquêtes kunnen ziekenfondsen samen met de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen/artsen-specialisten informatie voor de leden opzetten over best-practices: vraag is op welke manier deze informatie best toekomt bij de leden met een lage geletterdheid.

Door een toegenomen polariteit tussen artsen en ziekenfondsen heeft de overheid het speelveld ingenomen ten nadele van artsen, ziekenfondsen en uiteindelijk ook de patiënt. De belangenvermenging van ziekenfondsen in de uitbating van zorginstellingen allerhande is hierbij een factor met sterke interferentie. Dat het voorstel van Kaderwet korte metten heeft gemaakt met het subsidiariteitsprincipe en de ziekenfondsen, maar ook vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, hierin zijn meegegaan is moeilijk te vatten. (Het subsidiariteitsprincipe (of subsidiariteitsbeginsel) houdt in dat een hogere overheidsinstantie of organisatie zich niet moet bemoeien met een taak of besluit als die taak op een lager, dichterbij de burger liggend niveau kan worden uitgevoerd.)

De nomenclatuurnieuwvorming is gebaseerd op het werk van Hsiao, dat al dateert van 1988: Hsiao WC, Braun P, Yntema D, et al: Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale. N Engl J Med 1988;319:835-841. Landen die deze hervorming hebben doorgevoerd kennen de voor- en nadelen ervan. Het huidige nomenclatuursysteem heeft en had zijn tekorten, maar heeft stand gehouden sinds 1963 met vele updates en aanpassingen. Het is niet de overheid, maar wel de artsen aan te wijzen dat de nomenclatuurnieuwvorming maatschappelijk als noodzaak wordt aanzien: de te grote financiële spreiding tussen de verschillende medische disciplines waarbij deze onderaan de ladder alsmaar verder wegzakken is niet toelaatbaar. Het zal als disruptief aanzien worden als dit bruusk gebeurt met een algehele erosie van de honoraria in plaats van een geleidelijke correctie met een matige en geleidelijke toename van beide extremen tot een voor breedte die voor alle artsen maatschappelijk verdedigbaar is.

Ethische vraagstellingen worden scherper zowel naar het levenseinde toe als naar het begin van het leven. Naar het levenseinde toe stelt zich de vraag naar de eindigheid van het leven als een aanvaardbaar medisch concept. Het lijkt er sterk op dat de maatschappij gekozen heeft om de oneindigheid van het leven omarmd te hebben en ten allen tijde te zoeken naar een verlenging van de levensduur ongeacht de medische kost. De inzet van middelen naar het levenseinde toe wordt al lang niet meer als therapeutische hardnekkigheid aanzien, maar als goede medische praktijk. Het is perfect verdedigbaar om 80.000 euro of meer voor 1 individu uit te geven in de medische oncologie voor een levensduurverlenging van 3 maanden. De rol van een natuurlijk levenseinde in de natuurlijke omgeving van de patiënt, de rol van palliatieve zorgen in de thuisartsenpraktijk dient uit de rol van maatschappelijke minderwaardigheid getild te worden. Nu de horizon van schaarste aanbreekt is het ethisch debat naar de omvang van de in te zetten middelen voor levensduurverlenging een moeilijk terrein, niet in het minst voor artsen en voor patiëntenverenigingen. Maar ook naar het levensbegin zullen in de toekomst ethische vragen gesteld worden naar de aanvaarding van levenslange ziektekosten als deze hadden kunnen vermeden worden mits geassisteerde familieplanning. De toenemende genetische, diagnostische en

therapeutische mogelijkheden openen een volledig nieuwe horizon de vermijdbaarheid van erfelijke aandoeningen. Kort gesteld: nu kanker en zeldzame aandoeningen geen dodelijke aandoeningen meer zijn, maar chronische aandoeningen mits inzet van dure chronische medicatie, moeten maatschappelijke keuzes gemaakt worden. Het budget van de ziekteverzekering als % van het BBP is niet voorzien voor de toename van de bevolking, de vergrijzing en de sterk toegenomen medische mogelijkheden. Maatschappelijke prioritering en keuzes zijn onvermijdelijk: tot waar gaat de verplichte ziekteverzekering en vanaf waar begint crowd-funding?

Het statuut verhoogde tegemoetkoming werd door Minister Vandenbroucke aangegrepen voor een ereloonsupplementenverbod in te stellen voor ambulante verstrekkingen. Daarmee wordt zeer expliciet de publieke aandacht getrokken tot de twee groepen patiënten met het statuut verhoogde tegemoetkoming. De eerste groep is de behartenswaardige groep die ziek, invalide, behoeftig en arm is. De tweede groep is noch ziek, noch invalide, maar wel arm. Zodra één lid van het gezin het VT-statuuut heeft geniet het gehele gezin hiervan. De voordelen van het VT statuut gaan vër voorbij de gezondheidszorg in die mate dat burgers de sociale bijstand zien als een aanvaardbare levensstandaard en vanuit de bijstandsval niet meer activeerbaar zijn. Het toenemende aantal burgers met VT statuut tesamen met de geografische spreiding en concentratie in bepaalde Brusselse gemeenten (die we ook zien in praktijkvariaties) doet vermoeden dat er naast arbeidsmigratie zich stilaan ook een bijstandsmigratie weet te nestelen in België. Wanneer een toenemende bevolkingsaantal moet verzorgd worden met eenzelfde of zelfs een steeds lager wordende budgettaire context zal deze groep VT-patiënten benaderd worden als een activeringspool voor de arbeidsmarkt eerder dan als een bijstandspool. De tweede groep VT-patiënten zijn economisch rechthebbenden op een VT-statuuut en hebben aldsudanig géén gezondheidsredenen tot het statuut. Het lijkt dan ook verwonderlijk dat het aan de ziekenfondsen en de ziekteverzekering toekomt om dit statuut toe te kennen. Het zou maatschappelijk veel juister zijn om dit te kaderen in andere federale overheidsdienst die verantwoordelijk is voor het tewerkstellingsbeleid: de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.

In een ideale wereld wordt ervoor gezorgd dat ieder individu enkel onschadelijke auditieve stimuli krijgt (zowel fysiek als inhoudelijk), dat ieder individu énkél onschadelijke visuele stimuli krijgt (zowel fysiek als inhoudelijk), dat ieder individu énkél onschadelijke voedingsstoffen en vochten/dranken tot zich neemt (onschadelijk in de brede zin, 'gezonde' voeding, 'gezonde' drank), dat ieder individu énkél gezonde lucht inademt, dat ieder individu énkél op gezonde bodem leeft, dat ieder individu veilig gedrag vertoont zowel in maatschappelijke zin, als in het verkeer, en dat ieder individu verstoken blijft van ongevallen, geweldadige conflicten, natuurrampen, honger en armoede. Die ideale wereld bestaat niet. In toenemende mate worden meer en meer stimuli en keuzes van voeding, drank, lucht problematisch voor de mentale en somatische gezondheid. Het is een vaststelling dat de individuele vrijheid van de mens leidt tot bewuste en onbewuste keuzes die de gezondheid negatief beïnvloeden. Dat zal in de toekomst niet beteren en is van alle tijden want de weg van de minste weerstand is vaak de makkelijkste weg. Ongezonde voeding die tot obesitas leidt compenseren met een spuitje afslankmiddel van Eli Lilly lijkt wel als een win-win aanzien te worden. In toenemende mate zorgen de compenserende mogelijkheden voor een steeds minder gezond gedrag.

Deze individuele vrijheid kan niet los gezien worden van een toenemende individualisering van de maatschappij. De fysieke leefwereld van jongeren verkleint maar verruimt met schermtijd en ongesolliciteerde auditieve en visuele input die zowel de somatische als mentale gezondheid impacteert. De rol van het gezin is volstrekt gewijzigd. Eenoudergezinnen, gezinnen waar de grootouders niet meer de kleinkinderen opvoeden of naar school brengen of van school komen ophalen, gezinnen waar beide ouders moeten werken om rond te komen, de gelijkheid van maatschappelijke rol tussen man en vrouw, leiden tot een afname van compensatoire tijd en inzet zowel naar kinderen toe, maar ook naar grootouders. Het maatschappelijk middenveld is vervangen door professionele kinderopvang, professionele mantelzorg, door rusthuizen of rustoorden voor bejaarden, woonzorgcentra en alle instellingen daartussen in. Tot

hoever reikt de verantwoordelijkheid van sociale zekerheid? Minstens even belangrijk als het project rond de nieuwe ziekenhuisfinanciering lijkt me de her-waardering van de familiale en professionele mantelzorg: dat is een taak voor ziekenfondsen, niet voor het RIZIV. Dichter bij de patiënt kan de zorg niet komen en het zal de relatie tussen ziekenfondsen en artsen enkel ten goede komen.

De vrije markt heeft bewezen dat de pharma industrie in staat is gebleken om aan zeer hoog tempo medicatie en invasieve hulpmiddelen te produceren die aan zeer strenge wetgeving voldoen en toelaten om van ééns als dodelijke aandoeningen bestempeld, aandoeningen te maken die chronisch worden, maar waarbij de patiënten daarom niet als 'genezen' mogen beschouwd worden. Net dat maakt het duur: de blijvende afhankelijkheid van een infuus van de industrie onder de vorm van pillen, spuiten of andere heeft een prijs. Die blijkt stilaan onhoudbaar, niet alleen omwille van de prijs, ook omwille van het volume. Voor steeds meer aandoeningen worden oplossingen gevonden: dementie, slechte gewrichten, slechte bloedvaten, slechte hartkleppen, allerlei kankers. De snelheid waarmee deze innovaties de markt betreden, neemt enkel toe. In de toekomst komen daarbij alle wearables die op het lichaam van het individu zelf de nodige metingen verzamelen en via het mobiele net doorsturen naar degene die met die metingen iets kan aanvangen voor de patiënt. Deze nakende kostenexplosie wordt als 'vanzelfsprekend' binnen de ziekteverzekering gezien. Tele-monitoring van medisch oncologische patiënten, énkél actief gevolgd door een verpleegkundige tijdens de werkuren, maar niet 's nachts of in het weekend, raakt moeiteloos aanvaard voor terugbetaling. Ook hier: welke andere zorg moet wijken?

De hardnekkigheid waarmee Minister Vandenbroucke de extramurale geneeskunde blijft bestempelen als villageneeskunde heeft niets te maken met gezondheidsbeleid maar met politieke ideologie. Er is géén enkel bewijs aangeleverd dat extramurale poliklinische geneeskunde minderwaardig of onveilig zou moeten zijn voor tál van procedures die thans in ziekenhuismilieu gebeuren. De ziekteverzekering beperken tot het ziekenhuismilieu is een foute ideologische keuze omdat gekozen wordt voor een véél duurdere vorm van geneeskunde voor éénzelfde kwaliteit. Bovendien veroorzaakt de benoeming van de extramurale zorg als 'villageneeskunde' onnoemelijke reputatieschade aan tál van zorgverleners -niet in het minst in de geestelijke gezondheidszorg- die allerm minst vereenzelvigd kunnen worden met villageneeskunde. De term "villageneeskunde" is vermoedelijk ontstaan in een nota "Naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen" uitgevoerd in opdracht van Zorgnet Vlaanderen in 2014 onder redactie van prof. dr. Johan Kips, Koen Michiels en Katrien Verschoren waar volgende passage te lezen is:

"In het kader van de huidige besparingen suggereren sommige actoren dat patiënten goedkoper behandeld zouden kunnen worden buiten het ziekenhuis, in de zogenaamde commerciële kliniekjes. Uit onderzoek blijkt nochtans dat dit geenszins het geval is en dat de kostenefficiëntie er in sommige gevallen zelfs op achteruitgaat.(33)

Deze extramurale praktijken participeren bovendien (meestal) niet aan een georganiseerde wachtdienst. Deze evolutie houdt een gevaar in voor de continuïteit van de dienstverlening in het ziekenhuis, zoals toezicht op gehospitaliseerde patiënten en wachtpermanentie. Opdat patiënten ook ná kantooruren een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg, is Zorgnet Vlaanderen ook vragende partij voor een solidair gezondheids- en verzekeringssysteem dat aan alle arts-specialisten, ook zij die privé werken, vraagt om een bijdrage te leveren in de continuïteit van de tweede- of derdelijns geneeskunde. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) pleit bijvoorbeeld ook voor een verplichte uitbatingsvergunning met regelmatige kwaliteitscontroles om de kwaliteit in extramuros praktijken te waarborgen.(34)"

De referentie die gebruikt werd in 2014 had betrekking op een studie in de VS op data tussen 1998-2004 waarbij vergeleken werden: "In this paper we examined a highly policy-relevant question: whether physician-owned hospitals with services limited to cardiac, orthopedic, and SSHs are more cost efficient than full-service hospitals with whom they compete locally." Vooralsnog kennen we in België géén commerciële kliniekjes van Amerikaanse omvang waar hartchirurgie

plaats vindt of grote orthopedische chirurgie of andere majeure heekundige ingrepen. In België is de extramurale opzet een geheel andere, wat overigens de terechte bekommernis van a) kwaliteit en b) continuïteit van zorg in ziekenhuizen niet uit de weg mag gaan; dit zijn echter praktische bezwaren die vlot oplosbaar zijn nu de ziekenhuizen samensmelten tot grotere entiteiten.

Het valt af te wachten hoe Minister Vandenbroucke zal omgaan met medische huizen en met Domus Medica. Zullen medische huizen met de thans gunstige financiering buiten de nieuwe nomenclatuur gehouden worden? Zal de financiering van artsenvereniging Domus Medica (AADM) gunstiger uitvallen met het nieuw voorontwerp van Kaderwet? De toekomst zal het snel uitwijzen want het voorstel van Kaderwet voorziet dat de nieuwe financiering van de beroepsorganisaties ingaat per 1.1.2026.

WERKPUNTEN NA DE KERN

Voor de artsen is het belangrijk te blijven ijveren voor een aantal verbeteringen in het voorontwerp van Kaderwet:

- plafonds ereloonsupplementen tegen 1.7.2026 is onrealistisch
- inschrijven dat afdrachten op zuivere honoraria ophouden te bestaan vanaf de nieuwe nomenclatuur
- financiering beroepsorganisaties: onduidelijke formulering in de huidige teksten
- rol TGR-TTR: advies verplichtend behouden, niet facultatief
- opschorting riziv-nr: schrappen art173bis 4°
- linken persoonsgegevens patiënten is not done

BESLUIT

Met de besluitvorming in de Kern heeft de premier een boodschap gegeven aan de artsen en aan Minister Vandenbroucke. Aan de (tand)artsen is duidelijk de boodschap gegeven dat Minister Vandenbroucke aan zet is in de Kaderwet en in de hervorming en niet de artsen, maar dat anderszijds de volgorde van de ingeleide hervorming zoals voorzien in 2022 moet gehandhaafd blijven, liefst in goed overleg met artsen en tandartsen. Aan Minister Vandenbroucke is bevestigd dat hij het stuur vasthoudt maar dat de bus voltallig moet aankomen op de eindbestemming, patiënten en zorgverleners inclusief. Hoewel het voorontwerp van Kaderwet duidelijke elementen van politieke ideologie wil waarmaken, is de nomenclatuurhervorming en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorlopig daarvan gespaard. Zeer benieuwd echter hoe de medische huizen, de extramurale praktijk en de financiering van de beroepsorganisaties er zal uitzien. De obliteratie van de rol van de Technisch Geneeskundige Raad en de Tandheelkundig Technische Raad tot facultatieve entiteiten die de hervorming niet in de weg mogen staan en de reductie van Verzekeringscomité en de Algemene Raad tot protocollaire ja-knikkers is je reinste vorm van Staatsgeneeskunde en een miskennis van jarenlange opgebouwde expertise en procedurele ernst. Ook de opschorting van het RIZIV-nummer is niet te vatten: het had volstaan om in art.73bis de verwijzing naar het 4^e lid weg te laten als grond voor opschorting van het RIZIV-nr. Dan hadden artsen er geen aanstoot aan genomen. Het is nog niet te laat om dit te corrigeren.

Het plafond van de ereloonsupplementen gaat voorbij aan de essentiële vragen die ertoe doen. Het handhavingsbeleid is bij de artsen in het verkeerde keelgat geschoten: artsen laten zich niet leiden door een vinger noch een knuppel, maar wel door de patiënt en hun familie die ze in behandeling hebben.

Het is begrijpelijk dat de Minister een strakke agenda wil opleggen om nog voor het einde van deze legislatuur de nomenclatuurhervorming en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering rond te hebben. Beide hervormingen zouden logischerwijze afgerond moeten zijn vooraleer er over een supplementenregelgeving kan gepraat worden. De nomenclatuurhervorming zal wel lukken met een stop-go aanpak, maar de ziekenhuisfinanciering zal hardnekkiger blijken. Een bufferfonds en een goede oplossing voor de polikliniek zowel intramuraal als extramuraal, een goede oplossing voor innovatie en bouw zijn belangrijke randvoorwaarden voor een succesvolle transitie.

Hippocrates is al 25 eeuwen geleden heen en geneeskunde is nog springlevend. Artsen blijven het verschil maken voor patiënten.

SYNTHESENOTA 07.02.2026

De door Minister Beenders ondertekende versie van voorontwerp van Kaderwet werd in juli 2025 verzonden naar de Raad van State en de Gegevensbeschermingsautoriteit. Ook een evenredigheidstoets werd opgezet waarbij 6500 reacties binnenstroomden bij het RIZIV. Minister Vandenbroucke gaf aan dat alle antwoorden verwerkt waren en de tekst nu rijp is voor het debat in het parlement.

Veel inhoudelijke wijzigingen zijn er niet meer aangebracht. Het voorontwerp introduceert aangepaste begrotingsprocedures en hertekent het overleg tussen zorgverleners en overheid (bv. door introductie van een opdrachtbrief aan het Verzekeringscomité en sterkere greep van de regering op de gezondheidszorgbegroting). De ingebouwde “fast track” procedures zullen het traditioneel paritair beheer en de inspraak van zorgverleners verzwakken. Het traditionele paritair overlegmodel wordt uitgehold en de invoering van automatische beslissingsmechanismen (zoals door de Koning opgelegde maximumtarieven en het niet toekennen van de index bij het uitblijven van een akkoord) zijn disproportionele maatregelen die niet in verhouding staan tot de beoogde doelstellingen.

Het voorontwerp wil een hoge conventioneringsgraad afdwingen door het opleggen van individuele en collectieve strafmaatregelen: individuele premies (bv. praktijktoelagen of voordelen, maar niet premies die gelinkt zijn aan kwaliteit) worden onthouden van niet-geconventioneerde artsen, en op collectief niveau wordt de financiering van beroepsorganisaties afhankelijk gemaakt van het percentage geconventioneerden.

De kaderwet koppelt richttarieven exclusief aan geconventioneerde tandartsen en creëert daardoor een barrière voor patiënten, vooral voor wie recht heeft op verhoogde tegemoetkoming. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen deze tarieven niet langer toepassen, waardoor innovatieve behandelingen voor deze groep financieel onhaalbaar worden. De maatregel is disproportioneel en ondermijnt naast de keuzevrijheid ook de gelijke toegang tot kwalitatieve, innovatieve zorg.

Het voornemen om ereloonsupplementen voor geneeskundige verstrekkingen te beperken of aan een maximum te onderwerpen blijft behouden en het resultaat wordt afhankelijk gesteld van een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor de deadline van 31.7.2027 om in te gaan per 1.1.2028. Blijft een akkoord uit op die datum, dan legt de Minister een eigen voorstel voor aan de Ministerraad. Ook de politieke partijen hebben inmiddels duidelijk gemaakt dat deze discussie nu moet gevoerd worden tussen artsen en ziekenfondsen. Zorgverleners hebben hun bezorgdheid uitgedrukt dat beperking van ereloonsupplementen, zonder bijkomende maatregelen, oneerlijk en schadelijk uitpakt. Ze wijzen erop dat zonder voorafgaande hervorming van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen van de artsen of compensatie voor de reële kosten

(praktijkkosten, materialen, etc.), een plafond vooral de ambulante en extramurale zelfstandige beoefenaars treft. Ook de timing die binnen de Kaderwet ingeschreven wordt is problematisch: het kan goed zijn dat de plafonds op ereloonsupplementen ingesteld worden vooraleer de artsen weten hoe ze eraan toe zijn in de nieuwe nomenclatuur en in de nieuwe ziekenhuisfinanciering.

Het voorontwerp hervormingswet gezondheidszorg voorziet dat RIZIV-nummers van zorgverleners opgeschort kunnen worden in geval van ernstige inbreuken op de RIZIV-wetgeving, en dat die opschorting automatisch zal gebeuren gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep. Opschorting van het RIZIV-nummer betekent geen definitief verlies, maar wel dat de zorgverlener gedurende een welbepaalde periode (met een maximum van 2 jaar) niet kan factureren aan de ziekteverzekering. De bepaling richt zich op zorgverleners die definitief of tijdelijk geen visum hebben, of waarvoor de sociaal inspecteurs van de DGEC een inbreuk vaststelden waarvoor een administratief rechtscollege ingesteld bij het RIZIV deze maatregel als sanctie oplegt. Op advies van de Raad van State zijn deze bepalingen uit de Kaderwet gehaald en in een apart KB ondergebracht. De inhoud is ongewijzigd gebleven. De vraag van artsen om de schorsing van het RIZIV-nummer enkel toe te passen bij herhaalde, bewezen fraude en niet voor interpretatiegevoelige inbreuken, werd niet weerhouden.

De kaderwet voorziet een verruiming van gegevensuitwisseling tussen instanties (verzekeringsinstellingen, ziekenfondsen, etc.) en een strenger handhavingskader. De bezorgdheid van zorgverleners over de privacy van medische informatie werd wel aanhoord door de gegevensbeschermingsautoriteit. Het koppelen van diverse databronnen (bv. medische facturatiegegevens, transparantiecodes, etc.) zou er immers toe kunnen leiden dat individuele patiëntgegevens indirect te herleiden zijn. Het voorontwerp werd voorgelegd aan de GBA, en aangepast aan de gemaakte opmerkingen door de GBA.

De Kaderwet brengt een verschuiving teweeg in de rol van de ziekenfondsen (mutualiteiten): van partners in overleg naar een controlerende instantie. Ze worden gereduceerd tot uitvoerders van wat van bovenaf beslist wordt, in plaats van volwaardige medebeslissers, waardoor de machtsbalans verder naar de overheid verschuift.

Artsen vrezen voor een uitbalanceren van het zorgoverleg ten nadele van zorgverleners (minder paritair, meer top-down sturing), ervaren de druk tot conventioneren en beperkingen op supplementen als te streng zonder flankerende maatregelen, en zien bepaalde sanctionerings- en controlebevoegdheden (RIZIV-nummer schorsing, datakoppeling) als onvoldoende gemotiveerd en potentieel schadelijk voor het vertrouwen en de privacy.

Hopelijk kunnen tijdens het parlementaire debat nog een aantal bekommernissen bijgesteld worden. De timing van de plafonnering van ereloonsupplementen moet gekoppeld zijn aan de invoegetreding van de nieuwe nomenclatuur en de nieuwe ziekenhuisfinanciering. Een disproportionele aantasting van de extramurale praktijk moet vermeden worden. De opschorting van het riziv-nummer zou beperkt moeten worden tot herhaalde en bewezen fraude en niet voor interpretatiegevoelige inbreuken.

Het regeerakkoord omvat veel meer bepalingen dan deze die door de kaderwet ingevuld worden. De hervorming van het ziekenhuislandschap, de co-governance, de nieuwe nomenclatuur, de nieuwe ziekenhuisfinanciering, de voorgenomen taakverschuiving tussen zorgverstrekkers zijn alle dossiers die ingrediënten bevatten die de medische praktijk gevoelig kunnen wijzigen. De Kaderwet heeft getoond dat in sommige voorstellen politieke ideologie primeert boven gezondheidsbeleid. Het is dan ook aan het parlement om het laatste woord te hebben over de gezondheidszorg die de belgische burgers tegemoet gaan.

AUTEUR

Stan Politis (Constantinus Politis) is Emeritus Gewoon Hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde KULeuven. Hij was docent aan U Hasselt en gastdocent aan de EHSAL in Brussel. Aan de Katholieke Universiteit te Leuven behaalde hij het diploma geneesheel- en verloskunde, het diploma tandheelkunde, specialiseerde er vervolgens in de Stomatologie en Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde. Hij was medisch diensthoofd MKA te ZOL van 1989-2012 en aansluitend medisch diensthoofd MKA te UZLeuven tot 1.6.2023. Hij is Licenciaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen en het Ziekenhuisbeleid (KULeuven) en houder van een Master in Bedrijfskunde (UHasselt). Hij behaalde een erkenning in het Beheer van Gezondheidsgegevens. Hij was coördinerend stagemeester voor de MKA-opleiding (KULeuven - Ugent), Voorzitter van de Erkenningscommissie STO-MKA en Voorzitter van de Wetenschappelijke en de Beroepsvereniging MKA.

Hij behaalde een PhD in de biomedische wetenschappen en richtte samen met Prof. R. Jacobs de onderzoeksgroep 'OMFS-IMPACT' op te KULeuven. Hij is sinds 1982 actief binnen het VAS en is bestuurslid van het BVAS en werd in 2024 verkozen tot nationaal voorzitter van het Verbond van Belgische Artsen-Specialisten.

Hij participeert aan meerdere werkgroepen en organen binnen het RIZIV, o.a. Verzekeringscomité, Algemene Raad, Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH). Hij is Lid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België.

