

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note CSS 2025/184 corr

Bruxelles, le 23-06-2025

OBJET : Avant projet de Loi réforme des soins de santé - réactions

CONTENU : Vous trouverez dans ce document les réactions reçues concernant l'avant projet de Loi réforme des soins de santé.

1. POINT DE VUE COMMUN Prestataires de soins, institutions de soins, organismes assureurs.
2. AADM
3. APB
4. BBOT - UPBTO
5. GIBBIS
6. SANTHEA
7. VVT
8. AXXON
9. UNESSA
10. WIT-GELE KRUIS
11. VVL
12. Absym Cartel– Bvas Kartel
13. UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES
VLAAMSE BEROEPSORGANISATIE VAN VROEDVROUWEN

MISSION : Le Comité de l'assurance est prié

- De prendre connaissance des réactions reçues.
- De donner un avis sur l'avant-projet de Loi réforme des soins de santé



ANNEXE 1 – BIJLAGE 1

GEMEENSCHAPPELIJK STANDPUNT

Zorgverstrekkers, zorginstellingen en ziekenfondsen

POINT DE VUE COMMUN

Prestataires de soins, institutions de soins et organismes assureurs.

Le Comité de l'assurance demande au gouvernement de respecter le modèle de concertation

Il faut réformer notre système de santé pour assurer son avenir, et nous rejoignons en cela l'avis de la ministre. La réforme est nécessaire pour que les soins restent accessibles aux patients, mais en même temps nous devons veiller à ce qu'ils ne soient pas surchargés et que les bons soins soient déployés au bon endroit.

En tant que prestataires de soins de santé, institutions de soins de santé et mutualités, cette réforme nous préoccupe beaucoup. Le modèle de concertation, qui est la pierre angulaire de notre modèle de soins de santé, risque d'être érodé.

1. Le modèle de concertation est mis sous pression en raison des **modifications profondes de la procédure budgétaire**. Cependant, quiconque pense que tout cela peut se faire sans une concertation avec ceux qui connaissent le terrain et qui sont en contact quotidien avec le citoyen malade, se trompe. Nous demandons des réajustements dans le processus de formulation du budget parce que nous pensons que la procédure actuelle de la loi de réforme est inutile et qu'elle rendra impossible une consultation efficace et significative. Le temps de concertation serait très court, et entrecoupé à chaque fois d'interventions du gouvernement. De cette manière, le gouvernement tirera la couverture à lui. Le fait qu'un projet de budget passerait en Conseil des ministres (après avis du CBC et du GDOS) avant même la discussion du dossier budgétaire au Conseil général en est un exemple. La **lettre de mission** qui sera décidée au plus tard le 20 juillet en Conseil des ministres peut fragiliser le travail des commissions, mais aussi le soutenir, s'il est indicatif. Enfin, le Conseil des ministres pourrait également approuver un projet de budget avant même que le dossier ne soit soumis au Conseil général. Ainsi, la compétence du Conseil général, où le gouvernement est d'ailleurs représenté à côté des prestataires de soins, des mutualités et des partenaires sociaux, deviendrait une coquille vide.
2. Nous sommes préoccupés par la manière dont ces réformes sont mises en œuvre. Elles sont élaborées à un rythme rapide, **sans débat préalable approfondi** et sans tenir compte des structures de concertation existantes. Quiconque réforme un élément fondamental du modèle de soins ne peut le faire qu'en collaboration avec les personnes sur le terrain. Le temps de réaction aux propositions, qui sont soumises aux mutualités et aux prestataires de soins de santé dans un certain nombre de forums, est extrêmement court, de sorte qu'il n'y a guère de véritable débat. De plus, tout cela se fait dans un contexte de pénurie et d'austérité qui n'est jamais un bon point de départ pour des réformes fondamentales. Compte tenu de la complexité et de l'importance des réformes à entreprendre (économies, réformes de l'organisation des soins, réévaluation de la nomenclature, réforme des soins primaires), l'implication du terrain et la préservation du modèle de concertation sont fondamentales.
3. Nous plaillons également en faveur **de réformes cohérentes et concertées**, tant sur le fond que sur le calendrier. L'accord de gouvernement prévoit différentes réformes, notamment celle de la nomenclature (à partir de 2028), de financement des hôpitaux (à concrétiser), d'organisation et d'attractivité des professions de soins (à développer). Ces pistes de réforme doivent être harmonisées. Si certains volets sont mis en œuvre plus rapidement et d'autres seulement des années plus tard, l'équilibre risque d'être rompu, avec des conséquences pour la stabilité et la viabilité du système de soins et pour les

patients.

4. Avec les prestataires de soins et les institutions de soins, les mutualités constatent que le gouvernement veut imposer de plus en plus de mesures sans ou avec peu de concertation avec les acteurs de terrain, en particulier les prestataires de soins, les institutions de soins et les caisses de maladie. Nous restons de **fervents partisans de la cogestion des soins de santé par les prestataires de soins et les caisses de maladie**, car elle offre les meilleures garanties de mesures qui atteignent également leur objectif de manière efficace, à partir de l'expertise, de la connaissance du terrain et de la compréhension du travail de radar très complexe qu'est notre système de soins de santé. Nous savons par expérience que des accords équilibrés qui profitent à la fois au médecin et au patient ne peuvent être conclus que par une concertation autour d'une table, dans un débat serein, où il y a de la place pour la nuance. La cogestion, dans laquelle les acteurs impliqués élaborent ensemble la politique des soins de santé, est plus réactive aux changements des besoins de la population qu'un modèle sans concertation sociale, et joue donc un rôle important dans l'orientation non seulement des mesures politiques, mais aussi de la budgétisation de l'assurance maladie et de la protection des patients. Cette cogestion est une réalisation unique en Belgique qui a permis de garantir au mieux la qualité et l'accessibilité des soins en tenant compte des groupes de patients les plus vulnérables. Nous demandons au gouvernement de ne pas abandonner ce modèle de concertation. Ce modèle a bien fonctionné pendant 65 ans. Il fonctionne à condition que tous les partenaires (prestataires de soins, établissements de soins et mutuelles) assument leurs responsabilités et donnent toutes les chances au modèle de concertation de fonctionner efficacement. Elle est prête à être actualisée mais, ce faisant, nous mettons en garde contre la tentation de jeter le bébé avec l'eau du bain.

ANNEXE 2 – BIJLAGE 2

AADM

Aan: Anne Kirsch, Voorzitter van het Verzekeringscomité
Secretariaat van de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen

Betreft: Feedback en bedenkingen bij de hervormingswet

Geachte,

Graag delen wij enkele fundamentele bedenkingen en aanbevelingen vanuit AADM met betrekking tot het voorstel van hervormingswet. Wij erkennen de noodzaak van een doelmatiger en toekomstgericht zorgsysteem, maar willen tegelijk wijzen op een aantal kritieke aandachtspunten die bepalend zijn voor het slagen van deze hervorming. Daarnaast kan deze hervorming niet los worden gezien van de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het koppelen van deze hervormingen aan elkaar brengt een aanzienlijk risico met zich mee. Problemen binnen één van de hervormingen kunnen de voortgang en de effectiviteit van de anderen ernstig verstoren.

Hieronder vindt u onze input en feedback per thematisch luik.

Begrotingsproces en begrotingsorthodoxie

AADM maakt zich, net als de andere partners in het Verzekeringscomité, zorgen over de manier waarop de opdrachtbrieven van de regering de begrotingsgesprekken zullen aansturen. Het is essentieel dat de recent goedgekeurde gezondheidszorgdoelstellingen volledig worden meegenomen in het beslissingsproces, en dat budgettaire keuzes niet in strijd zijn met deze langetermijnvisies. Hoewel de huidige regering haar opdrachtbrief waarschijnlijk afstemt op die doelstellingen, kan dit bij een regeringswissel veranderen. Het is belangrijk dat het terrein blijvend inspraak krijgt, en dat maatregelen die zorg doelmatig maken effectief kunnen worden uitgevoerd.

Daarnaast moet het in de toekomst mogelijk zijn om actief te zoeken naar optimalisaties die verschillende beleidsdomeinen overstijgen. Vandaag worden doelmatige maatregelen binnen één beleidsdomein (silo) vaak niet genomen omdat ze geen rechtstreeks voordeel opleveren binnen dat domein. Het systeem moet ruimte bieden om overkoepelend naar doelmatigheid, optimalisatie en efficiëntiewinst te zoeken, ten bate van het hele zorgsysteem. Met de budgettaire uitdagingen die ons de komende jaren te wachten staan, moet dit gefaciliteerd worden.

AADM steunt daarnaast het voornemen om deze processen transparanter en formeler te maken, maar waarschuwt tegelijk voor het risico dat het beleid alleen gaat focussen op begrotingsorthodoxie, met nadelige gevolgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en duurzaamheid van de zorg.

Aanpassingen aan de conventie

Zoals AADM hierboven heeft geschetst, brengt de koppeling van de hervorming van de conventie aan de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuishervorming aanzienlijke risico's met zich mee. Het is ook door deze verwevenheid dat het vroeger in werking treden van de hervormingswet niet wenselijk is. Hoewel de hervormingswet een startdatum voorziet voor de hervorming van de conventie van 1 januari 2028, behoudt de regering de bevoegdheid om deze datum te vervroegen. De hervorming van de nomenclatuur dient tegen 2028 volledig uitgewerkt en implementeerbaar te zijn. Indien de hervormingswet in werking zou treden vóór de voltooiing van deze parallelle hervormingen, dreigt het zorgsysteem ernstig gehypothekeerd te worden. De hervormingswet staat of valt met de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering.

Een ander discussiepunt is het aantrekkelijker maken van conventionering door het voorbehouden van premies aan geconventioneerden. Binnen het huidige model bestaan diverse vergoedingen waarop artsen aanspraak kunnen maken. In het voorstel worden alle premies voorbehouden aan geconventioneerde artsen. Echter, het onderscheid tussen conventie en kwaliteit is niet vanzelfsprekend. Niet elke geconventioneerde levert automatisch betere kwaliteit, en niet elke gedeconventioneerde verwaarloost die. Er bestaat bovendien een kwaliteitswet die reeds duidelijkheid schept over kwaliteitsverwachtingen.

In het licht van de geplande nomenclatuurhervorming acht AADM het noodzakelijk om deze premies kritisch te herevalueren. Er dient nagegaan te worden in welke mate de hervorming bestaande noden opvangt en welke bestaande vergoedingsmechanismen al dan niet behouden moeten blijven.

AADM stelt voor om een onderscheid te maken tussen twee categorieën van premies:

- **Ondersteuningsvergoedingen:** Gericht op praktijkvoering (administratie, infrastructuur, software, enz.), en exclusief voor geconventioneerden
- **Kwaliteitsgebonden vergoedingen:** vergoedingen gekoppeld aan objectieve kwaliteitscriteria en -indicatoren, onafhankelijk van de conventiestatus van de zorgverlener.

Ten aanzien van het systeem van partiële conventie acht AADM het noodzakelijk dat de overheid eerst verduidelijkt en bestudeert welke groepen partieel geconventioneerd zijn, om welke redenen zij partieel geconventioneerd zijn, en of hun specifieke noden eventueel op een alternatieve wijze vervuld kunnen worden. Een dergelijke analyse is noodzakelijk om mogelijke ongewenste neveneffecten van deze maatregel op te vangen of te vermijden.

Verder zou een goede hervorming van de nomenclatuur ook moeten leiden tot een beperking van de nood om supplementen te vragen. In het voorstel worden er grenzen gelegd aan de supplementen die gevraagd worden maar AADM wijst op een mogelijk perverse stimulans die hieruit kan voortvloeien: een toename van (dag)hospitalisaties, waar supplementen wél in hogere mate kunnen worden toegepast. Een dergelijk pervers effect is niet wat wij wensen, en is dus ook iets waar rekening mee gehouden dient te worden.

Financiering van beroepsorganisaties

De totstandkoming van evidence-based gezondheidsbeleid vereist de structurele inbreng van inhoudelijke expertise vanuit het werkveld. Beroepsorganisaties spelen hierin een cruciale rol: zij leveren kennis, ervaring en een breed draagvlak aan binnen overleg- en besluitvormingsprocessen. Structurele participatie veronderstelt ook een evenredige, transparante en structurele financiering van deze organisaties. Dit principe stelt echter niet dat het meewerken aan dit systeem vrijblijvend is. Het brengt ook verantwoordelijkheden met zich mee, alsook het feit dat beroepsorganisaties medebeheerschap van het systeem hebben.

Overlegmodel

AADM erkent dat het in uitzonderlijke omstandigheden noodzakelijk kan zijn om maatregelen door te voeren zonder het volledige doorlopen van het klassieke overlegtraject. De budgettaire context waarin we zitten maakt dat we sommige maatregelen sneller moeten kunnen nemen. Tegelijk vragen wij voorzichtigheid bij het hanteren van deze uitzonderingsmogelijkheid. Indien overlegorganen tijdelijk worden overgeslagen, dient dit te gebeuren op basis van een duidelijke, vooraf vastgelegde motivering en procedure. Een mogelijke aanbeveling kan zijn dat enkel maatregelen die aantoonbaar gericht zijn op het verhogen van de doelmatigheid van de zorg in aanmerking komen voor een versneld besluitvormingsproces.

Handhaving

In de arbeidsgeneeskunde krijgt omkaderend personeel, zoals kinesitherapeuten of verpleegkundigen, in het voorstel de bevoegdheid om op te treden met dezelfde bewijskracht als de arbeidsarts in specifieke dossiers. AADM pleit ervoor om dit principe breder door te trekken naar andere sectoren van de zorg. Ook daar zou omkaderend personeel, zoals verpleegkundigen e.d., bijkomende bevoegdheden moeten krijgen, zodat zij de arts kunnen ondersteunen in hun opdracht. Dit versterkt de samenwerking binnen het zorgteam en verhoogt de efficiëntie van de zorgverlening.

Hoogachtend,

Met vriendelijke groet,

De Alliantie Artsenbelang – Domus Medica

Dr. Marieke Geijsels – Woordvoerder AADM

Dr. Maaïke Van Overloop – Voorzitter ad interim Domus Medica

Dr. Dieter Vercammen – Voorzitter Artsenbelang

ANNEXE 3 – BIJLAGE 3

APB

Chères, Chers,

Nous avons examiné le projet préliminaire en détail.

Ce qui est déterminé dans l'Accord de gouvernement et la déclaration/note de politique nous semble maintenant être élaboré en détail dans le projet de loi ici présenté. Cela nous semble donc **une suite logique** et est conforme à ce que nous attendions en termes de politique, en ligne avec les besoins et nécessités de réformes du système, au bénéfice de tous les citoyens et patients.

Pour les pharmaciens et le secteur pharmaceutique, l'APB peut généralement adhérer aux propositions présentées et les approuver : harmonisation et simplification du processus de conclusion des accords, encouragement à la convention, suivi plus strict du processus budgétaire (avec un rythme accru de suivis, etc.).

Cependant, nous souhaitons voir quelques points confirmés et/ou mieux expliqués ou voir amendés, en fonction du **résumé** qui suit:

1. **Pas d'impact sur le modèle de convention et mécanisme d'adhésion pour les pharmaciens et le secteur pharmaceutique** (aujourd'hui déjà conforme au modèle demandé, car 100 % conventionné, et qui plus est incluant l'application de la règle du tiers payant à 100 %) ;
2. **Pas de transfert de responsabilité vers un secteur pour des dépassements d'objectifs budgétaires partiels sur lesquels ce secteur n'a aucun contrôle ou pour des dépassements budgétaires explicables** (ex. crise, pandémie, politique macro voulue, un autre prestataire de soins qui prescrit et impacte ainsi principalement les budgets d'un autre secteur/notre secteur, ...);
3. **Responsabilité et (co-) responsabilité du détenteur d'autorisation – propriétaire d'une pharmacie, qui n'est parfois pas un pharmacien (personne physique ou morale).** Et qui n'est donc pas nécessairement un pharmacien, ni donc un prestataire de soins.
4. Des représentants des États fédérés sont ajoutés en tant qu'« observateurs » ou avec une « voix consultative » au sein des organes de gestion de l'INAMI (Conseil Général), ce qu'on comprend. Vu l'importance du budget des spécialités pharmaceutiques et l'impact ainsi que l'expertise qu'apportent les pharmaciens dans ce domaine au Conseil général, **il s'agit également d'une occasion de (finalement) introduire un pharmacien avec une « voix consultative » au sein du Conseil général.** Cela est pertinent, notamment parce qu'il est souvent question du deuxième plus grand budget partiel de l'INAMI dans le Conseil Général, celui des spécialités pharmaceutiques, juste après le budget des honoraires des médecins.

Voici nos premières observations et demandes de confirmation, ajustements ou précisions dans ce projet de loi, que nous avons également pu exposer en partie et très brièvement lors d'une courte présentation organisée la semaine dernière par le Ministre, le cabinet et l'INAMI. Nous les développons ici et ci-dessous davantage en détail.

N'hésitez donc pas à nous interroger et à nous informer sur le processus et le déroulement ultérieur.

Cordialement,

Nicolas Echement & Koen Straetmans

Au nom de l'APB

1. Pas d'impact sur le modèle de convention et mécanisme d'adhésion pour le secteur pharmaceutique

Les pharmaciens et le secteur pharmaceutique connaissent un taux de conventionnement de 100 %. Le système du tiers payant est toujours et systématiquement appliqué dans chaque pharmacie. Même en atteignant le MAF, le tiers payant est appliqué pour les patients concernés. Les pharmaciens préfinancent les coûts des médicaments, au bénéfice de l'accessibilité aux soins et aux médicaments pour leurs patients.

Le secteur pharmaceutique répond ici pleinement et depuis de nombreuses années à la politique souhaitée (par le Ministre et le Gouvernement) envers tous les prestataires de soins dans ce projet de « loi-cadre ».

Nous demandons donc expressément que le modèle de convention et le mécanisme d'adhésion pour le secteur pharmaceutique ne soient en aucun cas impactés, même administrativement.

1.1 Durée et prolongation de l'accord pharmaciens-assureurs

ACCORD DE DURÉE INDÉTERMINÉE ?

L'article 51/2 proposé, alinéa 1 de la loi GUV stipule qu'un accord est en principe conclu pour une période d'au moins 2 années civiles. L'accord peut ensuite être prolongé annuellement au plus tard le 30 septembre d'année civile en année civile. La prolongation tacite disparaît.

L'accord actuel pharmaciens-assureurs (ci-après : Accord) (entré en vigueur le 1er janvier 2022) a été conclu pour une période d'une année et est prolongé tacitement chaque année (article 16 Accord).

Si la prolongation tacite disparaît, cela signifie que l'Accord devra être prolongé explicitement chaque année. **Il semble néanmoins moins compliqué de conclure directement un accord de « durée indéterminée ». L'article 51/2 proposé, alinéa 1 de la loi GVU ne semble pas exclure cela a priori. Peut-on nous confirmer que c'est bien le cas ?**

MOMENT ULTIME DE CONVOCATION ET DÉCISION

Une autre réflexion plutôt pratique. L'article 51/2 proposé, alinéa 1 de la loi GVU stipule que la décision de prolongation doit être prise au plus tard le 30 septembre. En même temps, l'article 51/2 proposé, in fine de la loi GVU stipule que le président convoque la commission au plus tard 3 mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.

La convocation et la décision se produisent donc au plus tard à la même date, soit le 30 septembre de l'année civile en cours ? **Nous recommandons plutôt, de placer le moment ultime de convocation dans tous les cas avant la date ultime de décision.** Cela évite que la convocation et la décision doivent se produire le même jour.

1.2 Conventionnement des pharmaciens individuels

Le pharmacien qui demande un numéro INAMI déclare via le formulaire de demande à cet effet qu'il adhère à l'Accord. La demande d'un numéro INAMI implique donc immédiatement qu'il se conventionne.

Conformément à cela, l'article 17 de l'Accord stipule que le pharmacien qui n'a pas informé de son refus (express – ajout personnel) est réputé avoir adhéré pour la durée de l'Accord.

La modification de l'Accord via une clause de modification n'impacte pas le conventionnement du pharmacien. Il reste conventionné et n'est pas invité à informer d'un éventuel refus.

Nous insistons vivement pour que cette méthode pratique ne soit pas modifiée sous la nouvelle législation.

Peut-on nous confirmer que l'article 51/3 proposé de la loi GVU laisse la procédure ci-dessus inchangée et que le pharmacien, en d'autres termes, ne recevra pas d'invitation en cas de clause de modification pour informer expressément les services compétents de son éventuel refus de la clause de modification ?

Une telle invitation ne ferait qu'engendrer de nombreuses questions et également une surcharge administrative tant pour les services de l'INAMI que pour les pharmaciens, d'autant plus que le secteur a un taux de conventionnement de 100 %.

2. Responsabilisation en cas de dépassement budgétaire : attention à la possible absence d'impact du secteur concerné

Le projet préliminaire présenté renforce les mécanismes de responsabilisation en cas de dépassement de l'objectif budgétaire (global ou partiel) au cours de l'année budgétaire en cours. Compte tenu de la situation économique et financière, cela n'est pas surprenant.

Cependant, **nous insistons également pour ne pas appliquer une responsabilisation aveugle. Un dépassement (imminent) du budget dans un secteur peut être dû à des facteurs totalement hors de l'influence de ce secteur.**

Dans le secteur pharmaceutique, le dépassement du budget peut être dû et est souvent dû à un comportement de prescription modifié pour une raison quelconque, ou encore à une augmentation de la prescription de certains médicaments très coûteux. Les pharmaciens n'ont aucun impact sur de tels facteurs – plus de prescriptions et prescriptions de médicaments plus coûteux – bien que ces derniers entraînent un (potentiel) dépassement de leur « objectif budgétaire partiel ». D'autre part, une crise, une pandémie, une épidémie, un besoin accru de médicaments pour un groupe de patients ou même parfois une politique nouvelle et innovante souhaitée peut entraîner des dépenses accrues en médicaments et l'objectif budgétaire partiel associé des pharmaciens.

Pour de tels dépassements, le secteur pharmaceutique ne peut être tenu responsable.

Chaque secteur doit toujours avoir la possibilité d'expliquer et de « justifier » le dépassement (imminent), afin de ne pas être « responsabilisé » pour un dépassement (imminent) des budgets sur lesquels il n'a aucun contrôle et ne peut pas en avoir.

3. Co-responsabilité et responsabilité du titulaire de licence – non pharmacien

La loi Gvu cible son arsenal de responsabilisation et de sanctions sur le prestataire de soins (en l'occurrence : le pharmacien titulaire, le pharmacien adjoint ou le pharmacien remplaçant). Cela est logique.

Cependant, il existe des situations où ce n'est finalement pas le pharmacien qui a commis l'infraction(s) prévue(s) par la loi Gvu (par exemple, une éventuelle facturation de médicaments non délivrés), mais bien le titulaire de licence, propriétaire de la pharmacie – mais non pharmacien (personne physique ou morale). Ce dernier échappe cependant actuellement à la sanction au titre de la loi Gvu.

Sans vouloir remettre en question la responsabilité du pharmacien de devoir prendre les mesures nécessaires, dès qu'il constate que le titulaire de licence – non pharmacien commet des actes répréhensibles, **nous plaidons pour inclure dans la loi GVV que le titulaire de licence – non pharmacien peut également être tenu responsable au titre de la loi GVV s'il est (co-) responsable des infractions à cette loi ou à ses arrêtés d'application.**

4. Ajouter une “voix consultative” d'un pharmacien d'officine dans le Conseil Général de l'INAMI.

Voici l'article 15 concerné et une première suggestion qui pourrait être développée techniquement par nous ou par l'INAMI dans le projet ou préprojet de loi.

Pour mémoire : dans le Conseil Général les catégories e) et f) ont une voix consultative (voir article 15, en conclusion : « Le président et les membres mentionnés au premier alinéa, a), b), c) et d), ont une voix délibérative. Les membres mentionnés au premier alinéa, e) et f), ont une voix consultative. »).

Art. 15.(15) *Le Service des soins de santé est géré par un Conseil général de l'assurance soins de santé composé :*

- a) de cinq membres représentant l'autorité, qui sont proposés par le Ministre. Trois de ces membres sont proposés en accord respectivement, avec le Ministre ayant le statut social des travailleurs indépendants ¹ dans ses attributions, avec le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et avec le Ministre ayant le Budget dans ses attributions;*
- b) de cinq membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants;*
- c) de cinq membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;*
- d) de cinq membres représentant les organismes assureurs;*
- e) de huit membres représentant les dispensateurs de soins, dont deux au moins représentant les gestionnaires d'établissements hospitaliers et deux au moins représentant les médecins et au moins un représentant des pharmaciens d'officine;*
- [² f) de sept membres représentant les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.]²*

Art. 15.(15) *De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die samengesteld is uit :*

- a) vijf leden die de overheid vertegenwoordigen en door de Minister worden voorgedragen. Drie van die leden worden voorgedragen met instemming van respectievelijk de Minister*

die het sociaal statuut der zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft;

b) vijf leden die de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van de zelfstandigen vertegenwoordigen;

c) vijf leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;

d) vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

e) acht leden die de zorgverleners vertegenwoordigen van wie ten minste twee vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen; en ten minste twee vertegenwoordigers van de artsen en ten minste een vertegenwoordiger van de officina-apothekers;

f) zeven leden die de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen.

ANNEXE 4 – BIJLAGE 4

BBOT - UPBTO

17/06/2025

Geachte Heer de Minister,

Allereerst wensen wij u en uw Kabinet te bedanken voor de mondelinge toelichtingen die u aan de leden van het Verzekeringscomité heeft gegeven.

Graag maken wij dan ook van de gelegenheid gebruik om een aantal bemerkingen te geven op de huidige tekst.

Begrotingsproces:

Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

“Art. 44. § 1. De akkoorden met betrekking tot de artsen, de tandheekkundigen, 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 der 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.

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om uw aandacht er op te vestigen dat in onze sector het leveren van een medisch hulpmiddel gepaard gaat met het leveren van een dienstverlening aan de patiënt. Met dienstverlening verstaan wij onder andere lectuur en analyse van het voorschrift, kennisname van de therapeutische functie van het voorgeschreven hulpmiddel, anamnese, uitwerken van het concept, maatname, pas, levering, follow up, risicoanalyse, therapietrouw enz. Tot hier toe hebben wij geen apart honorarium voor het verstrekken van deze dienstverlening. We zijn al jaren bezig met het project “prijs transparantie” hieromtrent maar dit project blijkt moeilijk te kunnen vorderen. We hebben vorig jaar nog vernomen dat er een aanbesteding hieromtrent zou opgestart worden maar tot hier toe hebben wij hier niets meer van mogen vernemen. Mogen wij u vragen wanneer we enige vordering in deze materie mogen verwachten?

§ 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 bekwaming.

Wij zijn voorstander van deze tegemoetkomingen echter is het ons onduidelijk wat hiermee bedoeld wordt, wil dit dan zeggen dat indien er bijvoorbeeld een telematicapremie zou opgestart worden in onze sector die ten laste gaat van het budget van de sector van de orthopedisch technologen of komt dit laste van het globale gezondheidsbudget?

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.

Ook dit is voor ons niet duidelijk, hebben wij een eigen technische raad? En wie zijn de leden van deze raad? Of valt dit onder de bevoegdheden van de akkoordencommissie?

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.

Dit staat inderdaad vermeld in onze conventieovereenkomst. Wel zouden wij erop willen wijzen dat het tijdig aanleveren van cijfers hierin van cruciaal belang is, evenals een meer transparante en resultaatgerichte samenwerking met de dienst geneeskundige controle.

§ 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.

Allereerst willen wij benadrukken dat wij als sector ons steeds engageren om de huidige middelen optimaal in te zetten. Echter gezien de evoluerende zorgnoden (vergrijzing, innovatie...) is het belangrijk om hierop te kunnen inspelen middels het inzetten van adequate en toegankelijke zorg. Daarom is het belangrijk dat het budget binnen de sector gewaarborgd blijft.

Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

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°."

Ook hier weer, wie zit er in deze raad (cfr Art 49)

Ereloonsupplementen

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.

Deze verwoording is niet 1 op 1 van toepassing op onze sector. Zoals reeds vermeld gaat onze dienstverlening steeds gepaard met het verstrekken van een medisch hulpmiddel. Gezien de grote technische diversiteit van onze hulpmiddelen is het voor ons onmogelijk om 1 nomenclatuurnummer te koppelen aan 1 supplement. Graag vestigen wij uw aandacht er op dat wij afhankelijk zijn van de prijssetting van onze toeleveranciers; hiervoor hebben we immers componenten, materialen en producten nodig waarbij we totaal geen invloed hebben op de aan ons aangerekende prijzen. (hierbij verwijzen we ook graag naar andere sectoren zoals bv de audiologen, opticiens...) Mogen wij jullie vragen om ons de nodige duiding hieromtrent te willen geven?

Financiering beroepsorganisaties

“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.”

Belangrijk om mee te geven is dat, indien er een nieuwe beroepsvereniging buiten de reeds bestaande sectoren zich zou aansluiten deze een extra budget dient te krijgen op basis van dezelfde modaliteiten maar dat deze financiering niet ten koste van het huidige budget van de financiële tegemoetkoming voor beroepsorganisaties mag gaan.

Financiering Responsabilisering van de verzekeringsinstellingen

“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”.

We begrijpen dat het een basistaak is voor verzekeringsinstellingen om mede het gezondheidsbudget onder controle te houden. Het feit dat er een financiële incentive mee gepaard dient te gaan druist in tegen de belangen van de patiënten. We vrezen hierdoor onterechte weigeringen in de terugbetalingsdossiers voor de patiënt. Wijzigende interpretatie van de nomenclatuur dient immers in overleg afgesproken te worden met de sector zodat de zorg naar de patiënt niet in het gedrang komt.

Wij zijn er van overtuigd u met deze extra duiding te hebben gegeven en zien alvast uit naar uw reactie.

Inmiddels verblijven wij,

Met hoogachting,



Xavier Bertelee
Voorzitter BBOT/UPBTO



Diane De Winter
Directeur BBOT/UPBTO



BBOT · UPBTO

BEDRIJVENPARK Deltapark | Mechelsesteenweg 586C, 18/1/1 | B-1800 Vilvoorde | Tel. 02 251 75 78 | info@bbot.be

ING 390-0156297-85 | IBAN: BE89 3900 1562 9785 | BIC: BBRUBEBB
www.bbot.be | www.upbto.be | www.gele-kruis.be | www.croix-jaune.be

ANNEXE 5 – BIJLAGE 5

GIBBIS

Réforme des soins de santé : impact et recommandations du secteur hospitalier

Ce document contient les positions de GIBBIS concernant le projet de loi-cadre présenté au Conseil général du 3 juin.

Le projet de loi-cadre vise des réformes majeures dans le domaine des soins de santé. GIBBIS soutient la nécessité de réformes structurelles, mais met en garde contre les risques d'une approche fragmentée et insuffisamment coordonnée. Les hôpitaux se trouvent dans une position structurellement vulnérable et doivent être en mesure de continuer à remplir leur mission sociétale de manière qualitative et durable.

1. Veiller à une réforme cohérente, tant sur le fond que dans le calendrier

L'accord de gouvernement prévoit plusieurs réformes, notamment en matière de nomenclature, de financement hospitalier et de politique des suppléments. Ces axes de réforme doivent être coordonnés entre eux, tant au niveau du contenu que du calendrier. Si la réforme des suppléments est traitée séparément des autres réformes, cela risque de compromettre gravement le fonctionnement et la stabilité financière des hôpitaux. (→ section X+6)

Il est également crucial que toutes les parties concernées soient impliquées de manière appropriée dans la mise en œuvre de ces réformes. Nous plaidons notamment pour une implication structurelle des hôpitaux, aux côtés des médecins et des organismes assureurs, dans la mise en œuvre de la réforme de la nomenclature (→ article X+7). Les hôpitaux doivent avoir une place dans les organes de concertation relatifs aux honoraires médicaux.

2. Des garanties pour un financement hospitalier adéquat sont nécessaires

Nulle part dans ce projet de loi nous ne trouvons de garanties légales pour un financement adéquat des hôpitaux.

Des mesures visant, par exemple, à limiter les suppléments (→ section X+6), qui contribuent aujourd'hui en partie au financement hospitalier, doivent aller de pair avec des garanties pour un financement suffisant des hôpitaux, comme le prévoit d'ailleurs explicitement l'accord de gouvernement. Il en va de même pour le refus d'accorder la masse d'index en l'absence d'un accord entre prestataires de soins et organismes assureurs (→ article X+28 §3).

Selon la Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux, 41 % des suppléments (environ 300 millions €) sont directement réinjectés dans les coûts de fonctionnement et l'innovation hospitalière, au bénéfice de tous les patients. Supprimer ces recettes sans garantie du Gouvernement du maintien d'un financement hospitalier suffisant est intenable. Dans un contexte de restrictions budgétaires et de croissance insuffisante, selon le Bureau du Plan, jusqu'au moins 2029, cela représente une menace réelle pour la continuité des soins.

La limitation des suppléments est justifiée par une volonté de renforcer l'accessibilité. Or, dans le contexte hospitalier, le patient peut déjà légalement être admis sans suppléments dans une chambre double. La majorité des suppléments facturés en chambre individuelle sont en outre pris en charge par les assurances hospitalisation et ne sont donc pas supportés par le patient.

3. Préserver l'attractivité de l'hôpital comme lieu de travail

L'hôpital doit rester attractif pour les médecins et le personnel soignant. Le conventionnement partiel joue ici un rôle clé : de nombreux médecins pratiquent les tarifs conventionnés à l'hôpital tout en conservant une liberté tarifaire en dehors. Cette formule renforce l'accessibilité et garantit la disponibilité.

Si le système de convention partielle devait disparaître (→ art. X+30), le statut conventionné devra offrir une flexibilité suffisante pour maintenir un équilibre comparable. Les dispositions relatives aux exigences particulières pourraient ouvrir une voie en ce sens, mais nécessitent davantage de clarification et de concertation.

4. Réformer dans la concertation et avec une responsabilité partagée

Le projet de loi accorde au ministre de larges compétences pour prendre des mesures importantes, y compris pour limiter davantage les suppléments sans concertation élargie (→ section X+6). Ces décisions doivent être prises avec l'implication du Parlement, et au minimum après concertation au sein du gouvernement (AR délibéré en conseil des ministres) et avec le terrain (procédure de consultation du CFEH et de la médico-mut). Réformer sans soutien est contre-productif.

GIBBIS plaide pour une approche de réforme soutenue par tous les acteurs de terrain et adaptée aux besoins des patients, des prestataires de soins et des institutions. C'est seulement ainsi que nous pourrions construire ensemble un système de soins de santé tourné vers l'avenir, de qualité et financièrement accessible.

ANNEXE 6 – BIJLAGE 6

SANTHEA

Le 3 juin dernier a été présenté le projet de loi de réforme dans le secteur des soins de santé. Une réaction a été demandée pour la réunion du Comité de l'Assurance de l'INAMI du 23 juin.

Compte tenu du délai extrêmement limité octroyé pour répondre à la demande, la présente note ne peut en aucun cas être considérée comme étant une position définitive de santhea, ni comme étant exhaustive. La présente note se focalise sur quelques points principaux, mais d'autres ne sont pas développés ici.

santhea réaffirme son attachement au modèle de concertation qui a fait ses preuves depuis plus de 60 ans et crains que celui-ci ne soit mis à mal par des réformes parfois profondes, prises exclusivement sous un prisme budgétaire et mettant les acteurs hors-jeu.

santhea réaffirme aussi le besoin impérieux de coordonner l'ensemble des réformes touchant le secteur hospitalier (réorganisation du paysage hospitalier, réforme de la nomenclature, réforme du financement des hôpitaux, fin du numerus clausus, fin des suppléments d'honoraires, ...). Il n'est pas possible d'avancer sur un volet sans mettre notre système hospitalier en grand danger.

En ce qui concerne l'avant-projet de loi spécifiquement :

1. La question des suppléments d'honoraires

Le projet donne compétence au Roi de limiter (en sus des interdictions totales de suppléments prévues par une loi) les suppléments d'honoraires en fixant un supplément maximal (en % max ou en montant maximal) à une date et pour des prestations qu'il détermine

En outre, un montant maximal facturable au bénéficiaire est également prévu. Ce montant maximal se distingue des tarifs maximaux de l'honoraire et prix fixés par le Roi en l'absence d'accord conformément à l'article 50, § 11, de la loi SSI. Par "montant maximal", on entend le montant maximal qui peut être facturé pour une prestation de santé dispensée en Belgique à un patient, même si cette prestation est dispensée hors du cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé, dans la mesure où un système organisé par l'autorité prévoit au moins partiellement une intervention dans les coûts.

À partir du 1er janvier 2028, le supplément maximal est fixé :

1° à 25 % du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé ambulatoires ;

2° à 125 % du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire admis à l'hôpital, y compris les bénéficiaires admis en hospitalisation de jour.



HÔPITAUX

Le Roi peut fixer un supplément maximal différent pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne, ou exclure des prestations de santé de l'application du supplément maximal fixé à l'alinéa 4.

Le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

Réflexions :

Cette proposition doit se lire en parallèle avec le projet de réforme de la nomenclature et du financement hospitalier. Aujourd'hui, selon la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, 41 % des suppléments — soit environ 300 millions d'euros — sont directement réinvestis dans l'innovation et les coûts de fonctionnement des hôpitaux.

Ces moyens financiers sont donc indispensables à la survie des hôpitaux et au maintien d'une offre de soins à la pointe de la médecine.

Dans sa note sur la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux du 28 janvier 2022, le Ministre prévoyait que « ..., *en même temps que la révision de la nomenclature, seuls des suppléments limités calculés sur la partie professionnelle des honoraires seront encore possibles.* ».

Le projet de réforme de la nomenclature prévoit de scinder, au sein des honoraires de l'ensemble des médecins, la partie des honoraires médicaux destinée à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales et qui ne sont pas couverts par d'autres sources, de manière transparente et standardisée, de la partie des honoraires destinée à couvrir la prestation du médecin.

Le Ministre a précisé que les études en cours devaient permettre d'identifier les coûts réels liés directement ou indirectement à l'exécution des prestations médicales (« *la pierre angulaire de la réforme est le calcul correct de l'utilisation justifiée des ressources et de leur coût réel par pathologie.* »). Or diverses études (du CFEH notamment) ont permis de souligner un important sous-financement de ces coûts réels.

Enfin, il a été évoqué la création d'un fond de financement spécifique de l'innovation médicale qui sera nécessaire pour continuer à introduire les nouvelles technologies médicales dans les hôpitaux.

Si nous suivons la logique du Ministre d'un financement des activités de soins hospitalières au coût réel, de rééquilibrage de la nomenclature pour arriver à un financement équitable entre les différentes spécialités médicales et de création d'un fond d'investissement, alors, en effet, il n'y a plus de raison, pour les hôpitaux, de s'approprier une part des suppléments d'honoraires pour financer des activités médicales. Dès lors, la limitation de ceux-ci sur la seule partie professionnelle des honoraires n'a aucun impact sur le financement des hôpitaux, pour autant que le secteur ambulatoire soit également et concomitamment régulé (pour éviter la fuite des médecins vers celui-ci).

Toutefois, santhea est extrêmement sceptique sur la concrétisation de ces promesses : d'une part, le calendrier prévoyant une mise en œuvre au 01/01/28 de la réforme de la nomenclature nous paraît irréaliste dans l'état actuel des choses, et, d'autre part, il est évident que cela nécessitera un (important) budget supplémentaire dont on ne voit pas bien d'où il pourrait provenir.



HÔPITAUX

Il est également prévu une réforme de la gouvernance hospitalière au sujet de laquelle il n'y a actuellement aucun consensus entre hôpitaux et médecins.

Pour santhea, la réforme de la problématique des suppléments envisagée ne peut se concevoir que si les autres promesses en matière de financement hospitalier sont concrétisées.

2. La masse d'index

Le projet prévoit que « si, à la date d'expiration d'un accord, aucun nouvel accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, l'affectation de la masse d'index est suspendue jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord.

Si à la date d'expiration d'un accord, un nouvel accord est approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, la masse d'index peut être affectée à partir du 1er janvier, tel que prévu dans l'accord. Si l'accord ne peut entrer en vigueur, l'indexation expire à partir du 1er mars. ».

Ceci signifie donc qu'en cas d'absence d'accord, l'octroi de la masse d'indexation est reporté, voire supprimé.

Il faut rappeler que les honoraires médicaux (et ceux d'autres dispensateurs de soins) financent aussi le coût de certains personnels. En particulier, dans les hôpitaux, une retenue est opérée sur les honoraires par le gestionnaire afin de couvrir les charges liées aux prestations de soins. Le personnel hospitalier est lui salarié et bénéficie d'une indexation automatique de son salaire.

Lors de la forte inflation de 2023, il avait été mis en évidence la grande difficulté qu'engendrait pour les finances des hôpitaux l'application de systèmes d'indexation différents entre les prestations de soins de santé et les salaires. L'instauration de cette nouvelle règle n'est donc pas acceptable pour les hôpitaux.

Même si l'on suit la logique de réforme de la nomenclature évoquée au point 1, il n'en reste pas moins que la partie des honoraires médicaux destinée à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales est à l'heure actuelle toujours considérée comme des honoraires et donc sujette à cette nouvelle disposition.

Pour santhea, la partie des honoraires médicaux destinée à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales doit être considérée séparément de la partie des honoraires destinée à couvrir la prestation du médecin en ce qui concerne son indexation et suivre les règles d'indexation des salaires. Une manière d'assurer ce parallélisme est de transférer cette partie des honoraires vers la Budget des Moyens Financiers, ce qui a aussi l'avantage de simplifier considérablement le système et d'améliorer sa lisibilité.



3. La transformation des conventions en accords

La modification de l'article 42 de la loi SSI impliquerait que l'on ait dorénavant des accords entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs à la place de conventions.

Cette modification terminologique s'accompagne des dispositions d'adhésion qui sont prévues au nouvel article 51/1, §1.

Aujourd'hui, une fois la conclusion d'une convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs approuvée par les organes compétents, celle-ci est envoyée aux hôpitaux et il n'y a pas de procédure d'adhésion ou de non-adhésion mise en place (même si formellement, celle-ci est prévue dans la législation).

Il ne nous semble pas clair de la lecture du nouvel article 51/1, §1 que cette faculté subsistera à l'avenir. En outre, il faut remarquer qu'il existe 2 conventions relatives aux hôpitaux : une relative aux hôpitaux généraux et une relative aux hôpitaux psychiatriques, avec deux commissions de conventions distinctes.

Enfin, nous nous demandons s'il est encore pertinent de maintenir des commissions d'accord pour les MR et MRS, suite à la sixième réforme de l'état.

santhea demande que le nouveau mécanisme d'accord soit précisé en ce qui concerne les hôpitaux et qu'il soit tenu compte des spécificités entre différents types d'hôpitaux.

Votre correspondant

Yves SMEETS

Yves.smleets@santhea.be

02/210.42.70

Editeur Responsable : Y. Smeets, Directeur général

ANNEXE 7 – BIJLAGE 7

VVT

Ter attentie van de leden van het verzekeringscomité.

De representatieve beroepsverenigingen van tandartsen hebben kennis genomen van het voorontwerp van de Kaderwet betreffende de hervorming van de wet van 14 juli 1994 en dringen bij de Regering aan op een grondige bijsturing. De voorgestelde hervorming bevat verschillende maatregelen die het evenwicht binnen het zorgsysteem aanzienlijk verstoren, met schadelijke gevolgen voor het systeem zelf, de zorgzoekende burger en de zorgverlener. Onze beroepsverenigingen hebben jarenlang voorstellen gedaan om het Conventiesysteem te verbeteren, maar die voorstellen zijn nooit serieus overwogen. Nu ligt er, zonder voorafgaand bilateraal overleg, een bijzonder ingrijpend voorstel op tafel. Door de beperkte termijn voor reactie ontbreekt bovendien elke mogelijkheid tot degelijk overleg.

Naast de gemeenschappelijke oproep om het overlegmodel te respecteren, die we ondersteunen willen we nog enkele punten benadrukken.

1.Indexering van honoraria afhankelijk van de conventiegraad

Volgens het wetsvoorstel zou de indexering van de honoraria alleen toegepast worden indien minstens 60% van de zorgverleners geconventioneerd is. Zolang de automatische indexering voor de ganse bevolking blijft bestaan, moet dit zeker ook voor de zorgverleners gelden.

2. Geen correctiemaatregelen bij verantwoorde budgetoverschrijdingen

Budgetoverschrijdingen die het gevolg zijn van politieke beslissingen om de toegankelijkheid te vergroten, of van een grotere zorgvraag door de bevolking, kunnen geen aanleiding vormen voor correctiemaatregelen ten aanzien van zorgverleners.

3. Richttarieven enkel voor geconventioneerden

Het doel van de richttarieven is om flexibiliteit te bieden bij ondergewaardeerde prestaties of bij het gebruik van nieuwe, innovatieve technieken. Net daarom vinden wij dat deze Richttarieven voor alle tandartsen toegankelijk moeten zijn, ongeacht hun conventiestatuut, en dit bij alle patiënten.

Daarnaast zouden zowel de Richttarieven als de supplementen geplafonneerd worden, wat de gezonde concurrentie tussen geconventioneerden en niet-geconventioneerden aanzienlijk ondermijnt. Gedeconventioneerden dienen immers hun tarieven te rechtvaardigen via hoge zorgkwaliteit en geavanceerde praktijkuitrusting, terwijl geconventioneerden goede kwaliteit moeten leveren.

Het huidige voorstel om supplementen in onze sector te beperken tot 25% ondermijnt het hele Conventiesysteem. Hierdoor verdwijnt de wezenlijke keuzevrijheid van de patiënt om bewust te kiezen voor de behandeling die hij of zij wenst.

4. Premies enkel voor geconventioneerde tandartsen

Momenteel is 85% van de tandartsen geaccrediteerd en voldoen zij aan de verplichte bijscholing (MB 29 maart 2002). Accreditering is dan ook een betaalbare en efficiënte manier om te waken over voldoende bijscholing binnen de sector.

Als de accrediteringspremie wordt afgeschaft voor niet geconventioneerde tandartsen zullen ze de kosten voor permanente vorming noodgedwongen doorrekenen aan de patiënt.

Daarom is het essentieel dat alle premies uniform worden toegekend aan alle zorgverleners, ongeacht hun conventiestatuut.

5. Kwaliteitswet ook voor rechtspersonen

Het voorontwerp voorziet erin dat ook niet-erkende zorgverleners onderworpen worden aan de Kwaliteitswet. De organisatie van de zorgverlening wijzigt snel, waarbij ook investeerders steeds vaker optreden als organisatoren van zorgverlening. Om mogelijke nefaste gevolgen voor de zorgzoekende te vermijden, is het dan ook noodzakelijk dat niet alleen individuele zorgverleners, ook rechtspersonen die zorg organiseren, onder de Kwaliteitswet en de bijhorende regelgeving vallen.

6. Subsidies voor beroepsverenigingen afhankelijk van conventiegraad

Het wetsvoorstel voorziet ook dat de financiering van de RIZIV-activiteiten van de beroepsverenigingen deels afhankelijk wordt gemaakt van de conventiegraad. Vrijheid van keuze is een kernwaarde voor elke individuele zorgverlener, ongeacht het lidmaatschap van een beroepsvereniging. We zetten ons in om akkoorden mee vorm te geven en leden correct te begeleiden zonder hen dwingend te sturen in een bepaalde richting. Bovendien zijn de subsidies voor de syndicaten van werknemers ook niet afhankelijk van het sluiten van een sociaal akkoord.

7. Schrappen van het RIZIV-nummer

Tot slot maken we ons zorgen over de bepaling dat de Koning de regels rond de intrekking van het RIZIV-nummer eenzijdig kan vastleggen. Die regels moeten duidelijk en transparant zijn, zodat willekeur uitgesloten wordt. De procedure om na opschorting het RIZIV-nummer terug te kunnen krijgen moet beschreven worden.

De bedreigingen voor een vrije kwalitatieve zorgverlening die het wetsvoorstel creëert zijn torenhoog. Met de goede bedoeling om excessen te beteugelen kunnen onze beroepsverenigingen akkoord gaan. Wij willen hieraan constructief meewerken, in echt overleg, en niet zoals nu gevraagd onder onhaalbare tijdsdruk. We vragen het Verzekeringscomité en de regering met aandrang om op ons voorstel tot overleg in te gaan.

Hierbij nog drie concrete punten:

1. Art X +2 § 7 Een vraag betreffende Art 45 lid 2 :
Blijft die bevoegdheid na afsluiten van vermelde procedures en handelingen gestart door PGC? Voorbeeld: de mogelijkheid op te treden in geval van problemen met de continuïteit der zorgen.
2. X5 De wet van 10 mei 2015 "*Art. 50. § 1. De inspecteurs bedoeld in artikel 49, § 1, zijn 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 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of de wet van 23 mei 2013....* “

Het is inderdaad noodzakelijk dat de Wet 23 mei 2013 wordt toegevoegd om de bevoegdheid van de Toezichtcommissie voor deze wetgeving juridisch te bevestigen.

Voor de bevoegdheid om op te treden in het kader van de kwaliteit van de uitoefening van de tandheelkunde is er volgens sommige juristen een probleem wat betreft de bepaling van het bevoegdheid van de tandheerkundige.

De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en het koninklijk besluit van 1 juni 1934 zouden niet op elkaar afgestemd zijn. De woorden “meer bepaald die welke behoren tot de operatieve tandheelkunde, de orthodontie, en de mond- en tandprothese” uit artikel 4 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015, houden immers een beperking in. Deze beperking ligt niet vervat in het koninklijk besluit van 1 juni 1934.

Het VVT vraagt de mogelijkheid te bekijken om daarom ook het KB 1 juni 1934 toe te voegen in Art. 50.

3. X 7 Het art 51/1 vermeldt in de Franstalige versie “L’employeur”. De Nederlandstalige versie vermeldt “Elke werkgever”.
VVT-voorstel om rechtszekerheid te waarborgen waarbij elke werkgever gevat is, zowel van personen in loondienst als zelfstandigen in onderaanneming: “Chaque employeur”.

ANNEXE 8 – BIJLAGE 8

AXXON



PHYSICAL THERAPY IN BELGIUM

Zaventem, 20 juni 2025

Opmerkingen bij de hervormingswet vanuit de kinesitheriesector

Graag delen wij enkele fundamentele opmerkingen en aanbevelingen met betrekking tot het voorstel van hervormingswet.

1. Overlegmodel

AXXON PTiB deelt de bezorgdheid over het belang van een evenwichtig overlegmodel, overtuigd dat geplande hervormingen die beter beantwoorden aan de gezondheidsbehoefte van de bevolking enkel kans op slagen hebben als ze gedragen worden door alle betrokken actoren.

Het vrij kunnen onderhandelen van een conventie wordt voor de vertegenwoordigers van de zorgverleners ondergraven door de dreiging met automatisch verlies van de index.

De kracht van de conventie is naast tariefzekerheid voor de patiënt ook de vrijheid voor de verstrekker om te kiezen voor conventie of niet. Als die keuzevrijheid geen eerlijke keuzevrijheid meer is, vervalt de kracht van het systeem. Kinesitherapeuten die zich conventioneren kunnen -terecht- aanspraak maken op sociale RIZIV-voordelen. Wie ervoor kiest om niet toe te treden geniet dat voordeel niet.

2. Verhogen conventiegraad

De aanzienlijke kost die kwalitatieve kinesithérapie met zich meebrengt wordt al een aantal jaren niet langer gedekt door de huidige honoraria. De herwaardering van de honoraria richting kostendekkend ereloon is de enige weg om de conventiegraad te verhogen.

Het aantrekkelijker maken van conventionering door het voorbehouden van premies aan geconventioneerden wijzen we niet per definitie af, maar AXXON maakt wel een onderscheid:

- vergoedingen ter ondersteuning, gericht op praktijkvoering (administratie, infrastructuur, software, etc.), exclusief voorbehouden voor geconventioneerden
- kwaliteitsgebonden vergoedingen: vergoedingen gekoppeld aan objectieve kwaliteitscriteria en -indicatoren, cfr. het kwaliteitsbevorderend systeem voor kinesitherapeuten (PQK), onafhankelijk van de conventiestatus van de zorgverlener

3. Hervormde nomenclatuur per 1/1/ 2026

Een aanpassing van het conventiemodel is ondenkbaar zonder een al sinds 2017 beloofde hervorming door te voeren die leidt tot een billijker, transparanter en meer belonende nomenclatuur voor de kinesitherapeut, met de herwaardering van zowel intellectuele als technische prestaties.

4. Geen koppeling van overheidsfinanciering van de beroepsvereniging aan de conventiegraad van de leden. De rol van een beroepsvereniging is een onafhankelijk tegengewicht te bieden voor het beleid en om te zorgen dat de stem van kinesitherapeuten gehoord wordt.

5. Beperking supplementen tot maximum 25%

AXXON pleit ervoor om, in plaats van een percentage te hanteren voor ambulante kinesitherapiezorg, een clicquetsysteem uit te werken dat beter inspeelt op de uiteenlopende honoraria in de nomenclatuur. Tegelijkertijd is een herijking van de remgelden nodig zodat ook patiënten worden geresponsabiliseerd.

6. Digitalisering van de sector

AXXON ziet 1/1/2027 als realistisch streefdatum voor de volledige digitalisering van de sector (E-agreement, E-fact, E-attest maar ook E-prescription).

Namens AXXON PTiB,

Peter Bruynooghe
Voorzitter AXXON PTiB

Luk Dieleman
Lid van het Verzekeringscomité namens AXXON PTiB

ANNEXE 9 – BIJLAGE 9

UNESSA

Erpent, le 20 juin 2025

Position d'UNESSA sur votre avant-projet de loi cadre.

Monsieur le Ministre, UNESSA prend acte de votre volonté d'imposer des mesures drastiques au secteur de la Santé, rassemblées dans un avant-projet de loi cadre. Ce texte entraînera des conséquences désastreuses pour le secteur de la Santé et, par ricochet, pour l'ensemble de la population. En l'état, UNESSA refuse de cautionner l'assassinat du système de santé belge.

UNESSA ne peut accepter un texte rédigé dans le dos des acteurs de terrain, sans la moindre concertation ni évaluation d'impact. L'expertise de toutes les parties prenantes aurait pu nourrir utilement la construction de ce texte. Au lieu de cela, vous lancez une partie de bras de fer qui coûtera de l'énergie et des moyens à tout le monde et retardera l'émergence d'avancées que le secteur des soins appelle de ses vœux depuis trop longtemps.

Le caractère brutal et unilatéral de cet avant-projet de loi trahit par ailleurs une volonté délibérée de court-circuiter les parties prenantes. Pour UNESSA, le message est clair : vous ne faites ni confiance aux hôpitaux, ni aux prestataires de soins. Ce mépris du terrain est inacceptable et suscite une révolte légitime parmi les professionnels des soins et le monde hospitalier.

UNESSA rappelle que la concertation autour de notre système de santé est non seulement un gage d'efficacité, mais une nécessité démocratique. Quand la technocratie gouverne sans écouter les réalités du terrain, on en connaît l'issue : la débâcle du NHS britannique en est un exemple criant. UNESSA rejette catégoriquement toute forme d'ukase. Elle réclame une véritable concertation.

En outre, notre fédération refuse que l'on mette la charrue avant les bœufs. Les articles de cet avant-projet de loi doivent s'inscrire dans une vision globale, cohérente et concertée de la réforme des soins de santé.

L'avant-projet de loi cadre prévoit de plafonner, de manière arbitraire et automatique, les suppléments d'honoraires à 125 % en chambre individuelle en hospitalisation classique et à 25 % en hospitalisation de jour (section x+6). Adoptée en l'état, cette

mesure va asphyxier les budgets hospitaliers déjà sous pression. UNESSA demande le retrait de toute cette section.

Notre fédération demande également une période de « no touch » afin de lancer les réformes de financement et d'avoir le temps d'évaluer les effets indésirables de celles-ci avant de toucher aux suppléments d'honoraires.

Nous marquons notre opposition ferme et totale à l'expiration de l'indexation des honoraires médicaux (section x+1) en cas d'absence d'accord au 1^{er} mars. En effet, le personnel à charge des honoraires verra, lui, sa rémunération indexée. Cette situation mettra à mal l'équilibre budgétaire des hôpitaux.

Nous nous opposons également (section x+1), à la suppression du déconventionnement partiel des médecins de même qu'à la liaison entre leur statut de conventionnement et l'obtention de primes tierces ou d'aides financières.

L'avant-projet de loi met en avant des mesures drastiques en matière de gestion des numéros INAMI. Nous refusons qu'un numéro INAMI soit retiré pour des motifs « autres que le contrôle » (section x+9). Et nous estimons tout à fait disproportionnée la suspension d'un numéro INAMI en cas de non-paiement d'une amende administrative (section x+10).

Si elles sont appliquées, ces mesures à l'encontre des soignants auront des effets délétères sur la qualité et la disponibilité des soins pour notre population. Outre leur impact sur la viabilité de nos hôpitaux déjà décrit, elles encourageront les médecins à : se déconventionner complètement, à quitter les institutions hospitalières pour des pratiques 100% libérales, à privilégier leur installation dans des zones socio-économiques « favorables » voire, à rejoindre des pays limitrophes en quête de meilleures conditions. Ceci contribuant à l'accentuation du phénomène des déserts médicaux.

Indirectement, les effets en cascade sur les pouvoirs locaux – communes, provinces – ne se feront pas attendre. Ils devront venir au secours des hôpitaux et/ou soutenir l'installation de médecins sur leur territoire, avec une éventuelle répercussion sur les collectivités fédérées qui soutiennent ces pouvoirs.

Nous détaillons plus en détails les motivations de notre position dans les pages suivantes.

Exposé des positions d'UNESSA

Contre la limitation des suppléments d'honoraires à 125%

Limiter les suppléments d'honoraires à 125% en chambre individuelle en hospitalisation classique ou de jour et à 25% en ambulatoire revient à plonger des hôpitaux dans une situation financière inextricable, dans un contexte où le secteur a enregistré depuis deux années consécutives, un résultat d'exploitation négatif (-0,85%, MAHA 2024). Certes, comme déclaré par le ministre, les suppléments d'honoraire rétrocédés au secteur hospitalier représentent peu dans leur résultat d'exploitation (1,5%). Mais creuser cette perte « tuera » financièrement plus de la moitié des hôpitaux belges, particulièrement en Wallonie et à Bruxelles, estime UNESSA.

En effet, environ **300 millions** d'euros des 690 millions de suppléments d'honoraires hospitaliers en chambre particulière (les hôpitaux en « captent » donc en moyenne 40%), servent à financer les coûts de fonctionnement des hôpitaux (données AIM 2023). Cette limitation à 125% entraînerait, selon les calculs d'UNESSA, une perte financière estimée à **95,6 millions** d'euros, équivalant à **1.250 ETP** d'infirmiers non finançables, dans un secteur déjà en sous-effectifs et sous pression continue.

La situation actuelle des moyens publics ne permet pragmatiquement pas une compensation fédérale. Elle n'est d'ailleurs évoquée à aucun moment dans le document du ministre. Il y a fort à craindre que les communes, les provinces voire les régions (via le CRAC ou d'autres actions) soient contraintes de financer des primes de rétention, voire le paiement des salaires ainsi que la compensation du déficit annuel des comptes de l'hôpital. C'est un des effets pervers sur les finances publiques locales ou régionales qu'une limitation des suppléments d'honoraires pourrait entraîner et qu'il faut anticiper.

Mais que veut-on avec ces mesures ?

Contrairement aux idées reçues, un faible pourcentage des admissions hospitalières inclut des suppléments d'honoraires (12,3 % en 2022). De plus, ceux-ci ne concernent ni les urgences ni les soins intensifs, qui sont légalement tenus d'offrir des soins sans suppléments. Il est aussi important de rappeler que les suppléments d'honoraires sont d'ailleurs très majoritairement supportés par des assureurs privés ou des assurances mutualistes¹. Leur réduction leur profiterait au premier chef, sans garantir une meilleure accessibilité financière de la population aux soins. À nouveau, dans ce projet de loi, rien n'est écrit sur une quelconque participation financière de ces assureurs qui seraient les grands gagnants du système, au contraire du patient.

¹ 75% des patients bénéficient d'une assurance + 20% bénéficiaires de l'intervention majorée - les BIM - sont exemptés de suppléments.

Enfin, certes, la part de contribution personnelle des ménages dans les dépenses de santé courantes est légèrement plus élevée en Belgique qu'en Europe (17,9%, contre 16,5% pour EU14). Pour interpellant qu'ils soient, de tels chiffres ne peuvent être isolés du faisceau d'indicateurs duquel ils relèvent. Ainsi, ce pourcentage doit nécessairement être considéré en regard du fait que :

- a. Dans l'ensemble, la part des contributions personnelles dans les dépenses totales de santé a diminué d'environ 2% depuis 2010 ;
- b. Après être restée relativement stable autour de 3,9% entre 2010 et 2019, la part des contributions personnelles dans la consommation finale des ménages est tombée à 3,6% en 2020 ;
- c. La part des contributions personnelles dans les dépenses totales de santé varie considérablement selon le type de soins. Elle est particulièrement élevée pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux (lunettes, appareils auditifs, etc.).

À ce titre, UNESSA se questionne sur les choix posés en matière de priorité : les suppléments d'honoraires en hôpital ne représentent qu'une partie limitée de la participation « out-of-pocket » (OOP) des patients en matière de soins de santé (668,5 millions, soit 6,4% de la part OOP totale).

Il serait plus judicieux d'agir en priorité sur des niches plus impactantes et avec moins de conséquences sur l'offre de soins. Par exemple, il serait plus pertinent de réfléchir, en priorité, à des mesures pour diminuer la participation des patients dans les soins (et le matériel) dentaires (65%, contre 53% EU 14, 11,7% OOP) et pour les produits pharmaceutiques en officine (20,3% OOP), ou dans les secteurs où les prix sont plus élevés qu'au sein de l'UE (implants, lunettes, appareils auditifs, etc.). Ces domaines nécessitent une attention immédiate pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé, si c'est réellement votre intention.

UNESSA rappelle que le système des suppléments d'honoraires peut même être interprété comme un mécanisme de solidarité, maintenant un système de soins de santé accessible au plus grand nombre. Les épaules les plus larges ou les mieux assurées contribuent à maintenir notre système de soins sur pied. Ces suppléments financent, par exemple : le maintien de l'outil, les rénovations de bâtiments, l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des patients, le financement de l'innovation ou des projets hospitaliers essentiels (psychologues, soutien aux patients en chimiothérapie...), ce qui bénéficie à tous les patients s'acquittant ou non de suppléments d'honoraires.

Les études de l'agence intermutualiste ont pu démontrer que, vu les réalités immobilières hospitalières (nombre de chambres seules) et sociales, les hôpitaux flamands ont la possibilité d'appliquer les suppléments d'honoraires sur une proportion plus élevée de leur population. Ainsi, pour obtenir un même montant total de financement hospitalier via les suppléments (150 millions € de suppléments rétrocédés en Flandre sur les 300 millions totaux), les hôpitaux francophones doivent appliquer un pourcentage de suppléments plus élevé sur une population



UNESSA

plus réduite. Contrairement à vos déclarations infectes dans Artsekrant, Il n'y a donc pas plus d'hôpitaux mal gérés en Francophonie qu'en Flandre : il y a des réalités sociales et architecturales différentes qui font qu'au lieu que l'effort des assureurs (car ce ne sont pas les patients qui paient) est plus concentré sur quelques séjours en Francophonie mais reste identique en volume (€). UNESSA est scandalisé de vos déclarations de ce début de semaine expliquant que les gestionnaires francophones sont incompetents. Nous considérons cela comme un casus belli.

Et la situation pourrait encore être bien pire. En effet, le moment choisi est mal venu : en 2028, si l'administration et le législatif ne prennent aucun retard, sera lancée une réforme totale à la fois du financement des médecins et du financement hospitalier. UNESSA souligne que dans tous les pays où de telles réformes ont été entreprises, il a fallu lancer en urgence des plans de sauvetage de certaines spécialités médicales lésées, de certains hôpitaux ou de certaines localités qui ont subi des effets pervers du système.

Sans suppléments d'honoraires adéquats, ces effets pervers seront amplifiés et les communes, localités et régions devront soit accepter de se retrouver totalement sans couverture de soins soit engager des dépenses imprévues en urgence.

Il est dès lors indispensable de lancer la réforme puis de prévoir une période tampon pour appréhender les maladies de jeunesse d'un nouveau système de financement – nomenclature et DRG – avant d'encore réduire le financement du système : Ne mettons pas la charrue avant les bœufs, sans quoi la charrue sera piétinée par les bœufs.

Proposition UNESSA :

Immuniser le système actuel des suppléments d'honoraires (no touch)

Au terme d'une période de transition et d'évaluation de deux années suivant l'implémentation effective de la nouvelle nomenclature des honoraires médicaux, nous proposons de réévaluer la modération des suppléments d'honoraires compte-tenu des coûts et du nouveau financement hospitalier prospectif basé sur les pathologies.

Dans l'intervalle, si des actions veulent être entreprises sur l'accessibilité financière aux soins, nous suggérons d'autres voies d'action (prix du matériel médical, usage rationnel du médicament...)

Maintien du mécanisme de conventionnement partiel

Le conventionnement partiel permet à des médecins de prêter deux types différents d'activités, par exemple des heures en milieu hospitalier (le plus souvent conventionnées) et une activité complémentaire en externe. Ce mécanisme couvre ainsi des consultations en soirée et permet d'élargir les plages de consultations. Compte tenu de la pénibilité de ces horaires et du surcoût du personnel, de nombreux médecins optent pour un déconventionnement partiel durant ces heures.

Nous sommes convaincus que la suppression de cette option de déconventionnement partiel motivera de nombreux médecins à supprimer ces plages élargies, ce qui fera bondir les délais d'attente, et/ou les conduira à se déconventionner totalement. Dans un sondage récent du journal *Le Spécialiste*, près de la moitié des 5.000 médecins interrogés déclarent vouloir se déconventionner dans ces conditions.

On pourrait croire qu'avec seulement 8 à 12% de médecins partiellement conventionnés, l'impact d'une suppression du conventionnement partiel serait marginal. C'est une erreur car, la majorité de ces médecins travaillent en milieu universitaire. En effet, la pratique usuelle dans les CHU est de proposer au médecin de travailler 80% de son temps sous statut salarié en mode conventionné et de compléter ses revenus en indépendant complémentaire déconventionné. Ce complément permet au CHU de combler l'écart de rémunération avec les autres options ouvertes au médecin. Sans ce complément, les CHU craignent de voir leurs rangs se déserrer.

De plus, dans plusieurs hôpitaux souhaitant proposer une activité totalement conventionnée, les services utilisent la formule du conventionnement partiel pour attirer des profils « seniors » travaillant la majorité de leur temps en mode déconventionné en externe mais acceptant un petit temps de travail de consultant (2-4 dixièmes) conventionné.

Outre l'augmentation de l'offre hospitalière, cet accroissement du nombre de médecin permet d'augmenter le nombre de soignants disponibles pour organiser les rôles de garde. Sans eux, il faudrait augmenter les forfaits de garde ou fermer des services (maternités, urgences pédiatriques), ce qui engendrerait des conséquences indirectes en termes de santé publique et de financement hospitalier.

Le déconventionnement partiel est donc une solution de compromis qui maintient des soins abordables **sans bloquer la flexibilité** indispensable, surtout dans les grands hôpitaux et pour plusieurs spécialités en tension.

Proposition d'UNESSA :

Annuler la suppression du statut de conventionné partiel.

Primes INAMI exclusivement liées aux objectifs visés

L'article 52/2 de l'avant-projet de loi précise que seuls les médecins conventionnés pourront prétendre à certaines aides financières octroyées par l'INAMI. Cette disposition concerne actuellement la prime télématique (actuel art. 36sexies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994) et la prime relative à l'organisation de la pratique (art. 36octies de la même loi) des généralistes. Ces primes sont destinées à couvrir des coûts réellement supportés.

À l'avenir, toutes les primes et toutes les rémunérations forfaitaires pourraient donc être concernées. Selon UNESSA, les médecins déconventionnés risquent d'augmenter leurs tarifs en vue de compenser la perte de ces primes.

En outre, les primes constituent la contrepartie des coûts encourus et des efforts déployés et n'ont rien à voir avec le conventionnement en tant que tel. La prime télématique, par exemple, a pour but de financer l'informatisation du dossier médical. La conditionner à autre chose revient à accepter qu'un modèle dual se développe dans notre pays : des dossiers informatisés reliés aux autorités pour les conventionnés, d'une part, un système parallèle, opaque et non connecté, pour les déconventionnés, d'autre part. La mesure encouragera l'avènement d'un système dichotomique.

Proposition UNESSA :

Maintenir un système de prime où sont liés financement et objectif de santé recherché par la prime. C'est en effet, le seul moyen de pouvoir mesurer les retours sur investissement dans le cadre d'une gestion saine des moyens publics.

Refus de la non-indexation des honoraires en cas de désaccord des syndicats médicaux avec le ministre.

Rejetée dans sa globalité par l'ensemble du secteur, cette disposition nécessite toutefois des précisions. Parle-t-on des honoraires participant au financement des frais de fonctionnement des institutions qui sont soumis à l'inflation des coûts du matériel et à l'indexation des salaires des personnels de soins ? Dans l'affirmative, cette mesure est à même de pousser à la faillite un grand nombre d'organisation de soins.

En 2023, selon l'étude MAHA, les honoraires dans leur ensemble représentaient 7,88 milliards EUR de recettes au sein des hôpitaux généraux belges, hors hôpitaux universitaires. De cette masse globale, on estime que 2,98 milliards EUR (38%) ont contribué au financement de leurs frais de fonctionnement. Sur cette base, une non-indexation de 2% correspondrait à une perte sèche pour les gestionnaires hospitaliers d'environ 65 millions EUR sur une année. Celle-ci viendrait détériorer encore un peu plus le résultat courant négatif des hôpitaux généraux belges.



UNESSA

Proposition d'UNESSA :

Protéger au maximum l'indexation tant que la partie « frais de fonctionnement » n'est pas clairement définie.

Un risque majeur d'abus de pouvoir.

Le texte donne un blanc-seing au Roi pour organiser le retrait du droit d'exercer (numéro INAMI) de tout médecin dénonçant des mesures ministérielles iniques mettant en péril la qualité des soins, par exemple. Absolument aucun périmètre limitatif n'est placé dans cet avant-projet de loi.

UNESSA s'inquiète des risques d'un tel texte sur l'attractivité des métiers en pénurie, de plus en plus nombreux dans le domaine des soins.

Proposition d'UNESSA :

Définir avec le terrain des circonstances claires et univoques motivant un retrait du numéro INAMI. Prévoir une possibilité de recours de la décision.

Gouverner sans écouter, c'est garantir de se tromper

Par ailleurs, l'avant-projet de loi habilite le Roi, donc vous, à prendre des mesures très impactantes, notamment pour limiter davantage les suppléments ou retirer des numéros INAMI sans concertation. Vu, entre autres, le risque d'un report de coûts vers les pouvoirs locaux et les Régions, UNESSA estime que ces décisions doivent être prises avec l'implication du Parlement et, au minimum, après concertation au sein du gouvernement (AR délibéré en conseil des ministres) ; mais aussi avec le terrain (procédure de consultation du CFEH, de la médico-mut et du conseil général) sans quoi, c'est le basculement vers une dictature.

UNESSA pense qu'il est de la bonne gouvernance de maintenir un processus d'écoute, de concertation et de co-construction des soins de santé de demain ;

Proposition d'UNESSA :

Repenser les processus de décision afin de préserver les enjeux inter-fédérés, démocratiques et assurer l'éclairage le plus optimal par le terrain de la décision



La méthode utilisée

Vous nous avez déclaré avoir délibérément élaboré cet avant-projet sans concertation. Vous nous laissez ensuite un temps réduit pour apporter des commentaires.

Cette méthode – dans l’urgence, sans débat, sans concertation – a toujours mené, dans l’histoire, à prendre de mauvaises décisions. De plus, elle a déclenché un conflit total entre les soignants et leur ministre qu’il sera difficile d’apaiser.

Pour UNESSA, cette démarche pose une question de confiance/défiance. La concertation avec les parties concernées a toujours été une demande cardinale de la fédération afin de faire avancer les dossiers de la manière la plus fluide qui soit. Cette démarche en solo va complètement au rebours des attentes, surprend et sur le fond, se passe d’une expertise cruciale.

Proposition d’UNESSA :

Redémarrer ce projet d’une page blanche, en se laissant le temps de la réflexion concertée. Nous demandons donc que ce projet ne soit pas soumis au vote durant l’été.

UNESSA cherchera comme d’habitude à accompagner positivement toute mesure de réforme vers des soins plus juste (wise care) et inclusifs. Sachez toutefois que vos méthodes et vos déclarations ont profondément sapé notre confiance envers vous.

ANNEXE 10 – BIJLAGE 10

WIT-GELE KRUIS

Hervormingswet - opmerking/bezorgdheid sector TV



Hendrik Van Gansbeke <hendrik.van.gansbeke@vlaande

To ● Mickael Daubie (RIZIV-INAMI)

Cc ○ Hens Evelyne; ○ CGVCSS (RIZIV-INAMI)



Fri 20-06-2025 22:40

Geachte heer Daubie
Geachte mevrouw Hens

Vanuit de sector thuisverpleging willen wij enkel herhalen dat wij met bezorgd zijn over het nieuwe generieke voorstel voor 2-jaarlijkse conventionering. De sector was tot op heden vele jaren gebaat bij de conventionering van onbepaalde duur, mede door de grote instap in het derdebetalersysteem. Zowel de zorgverstrekkers als onze patiënten in de sector ervaren het voordeel van de duidelijkheid en stabiliteit rond de regelgeving en nomenclatuur en de grote éénvormige en transparante toepassing ervan.

Wij willen bij effectieve overweging om door te zetten met deze plannen een grondig overleg met de sector en de andere belanghebbende partijen voor dergelijke conventie aanvragen om een risicoanalyse te maken bij het wijzigen van onze conventionering.

Verder tonen we begrip voor tal van de voorstellen die we vooral op een constructieve manier willen toegepast zien worden.

We sluiten ons als sector aan bij de eerder vandaag ingezonden collectieve opmerkingen en bezorgdheden vanuit het verzekeringscomité.

Wij kijken uit naar dat soort overleg.

Namens de representatieve vertegenwoordigers van de thuisverpleging.

Vriendelijke groeten

Hendrik Van Gansbeke | Algemeen coördinator

hendrik.van.gansbeke@vlaanderen.wgk.be

Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw | Frontispiesstraat 8 bus 1.2 | 1000 Brussel

T. 02-739 35 11 | F. 02-739 35 99 | info@vlaanderen.wgk.be

ANNEXE 11 – BIJLAGE 11

VVL

Spy, le 17 juin 2025.

À Monsieur F. Vandenbroucke

Vice-Premier ministre et Ministre des
Affaires sociales et de la Santé publique

Rue de la Loi, 23,
1000 Bruxelles

info@vandenbroucke.fed.be

Objet : La réforme des soins de santé

Monsieur le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous vous écrivons en tant qu'UPLF, l'Association Professionnelle des Logopèdes Francophones et VVL, de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten.

Nous avons bien entendu votre volonté de réformer les soins de santé et nous tenons à souligner que la clarification du processus de conventionnement est un point positif. Toutefois, nous souhaitons attirer votre attention sur quelques points.

Premièrement, lier l'octroi de la masse d'index à la négociation d'une convention ne nous semble pas juste car nous ne sommes pas les seuls acteurs de cette négociation. Cette dernière peut échouer pour diverses raisons pour lesquelles les logopèdes du terrain ne sont pas responsables.

Ensuite, et dans la même vision, le fait que le subventionnement des unions professionnelles reconnues soit lié au taux de conventionnement nous pose problème. Que les logopèdes que nous défendons soient conventionnés ou non, les représentants des unions doivent réaliser un travail conséquent qui doit être subventionné à la hauteur de cette charge de travail et non en fonction du taux de conventionnement.

En parallèle, nous aimerions une révision de notre statut social. Actuellement, le budget n'est utilisé qu'à 40%, dont 40% pour la prime la plus basse. Il serait intéressant et plus attractif de revoir les seuils d'activité afin de permettre aux logopèdes d'accéder à cet avantage social plus facilement. Une révision de ce statut social permettrait également de rendre le conventionnement plus attractif pour les logopèdes actuellement déconventionnés.

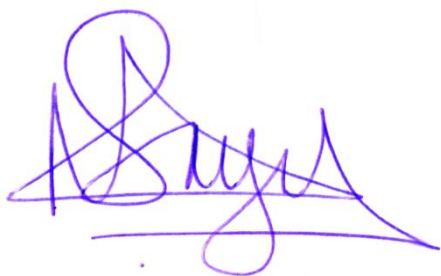
Enfin, afin de favoriser un meilleur taux de conventionnement, des primes sont souvent proposées afin de compenser des dépenses comme l'informatisation, la formation continue... Nous sommes bien conscients que ce système de prime n'est pas aisé à

gérer et qu'il serait préférable d'injecter ce montant dans nos honoraires. En effet, la réalisation de nos bilans nous demande de plus en plus d'utiliser les outils numériques (ordinateur et/ou tablette) avec un paiement à l'utilisation, les honoraires pour réaliser un bilan (actuellement de 44,16€/30minutes) pourraient donc être revalorisés dans ce sens. Il en va de même pour e-Attest et e-Fact qui nous obligeront à utiliser des logiciels métiers, ainsi que l'accès aux dossiers patients.

Notre vision est de démontrer l'intérêt d'une convention et d'en montrer les attraits, nous espérons donc qu'un effort sera fait dans ce sens.

Nous restons bien entendu à votre écoute et à votre disposition pour la suite de la réflexion.

Bien à vous,



Nathalie Saczuk
Présidente de l'UPLF

Ronny Boey
Président de la VVL

ANNEXE 12 – BIJLAGE 12

ABSYM CARTEL– BVAS KARTEL

Au Premier Ministre, Bart De Wever
Au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandenbroucke
Aux vice-premiers Ministres
Aux Président(e)s des partis politiques
À Mme Anne Kirsch, Présidente du Comité de l'assurance

Bruxelles, le 20 juin 2025.

Concerne : avant-projet de loi-cadre

Monsieur le Premier Ministre,
Monsieur le Ministre,
Messieurs les vice-premiers Ministres
Madame la Présidente et messieurs les Présidents des partis politiques,
Madame la Présidente du Comité de l'assurance,

Vous trouverez, ci-joint, la réponse des organisations professionnelles représentatives des médecins reconnues ABSyM-BVAS et Cartel à l'avant-projet de loi-cadre qui nous a été présenté pour la première fois, le 3 juin dernier. Étant donné que le PowerPoint présenté en réunion, l'exposé des motifs et l'avant-projet ne se recoupent que partiellement et qu'ils ne correspondent pas entièrement à l'accord de coalition, nous les commenterons chacun séparément (cf. annexes).

Au cours de la législature précédente, nous avons pu observer plusieurs évolutions dans le secteur de la santé, notamment une augmentation constante du nombre de patients BIM, une augmentation du nombre de malades chroniques, une augmentation du nombre de chômeurs de longue durée, une forte augmentation des dépenses pour les médicaments, un allongement des listes d'attente, un résultat d'exploitation inquiétant des hôpitaux, une pénurie croissante d'infirmières et une augmentation des problèmes mentaux tant au sein de la population que parmi les prestataires de soins.

La liste est longue et s'accompagne de perspectives budgétaires inquiétantes pour le secteur de la santé.

L'avant-projet de loi-cadre n'offre aucun début de solution, ni à la situation budgétaire des soins de santé, ni aux problèmes de fond qui se posent.

Le fossé qu'il y a entre une vision idéologique et les réalités de terrain est un obstacle majeur pour la poursuite efficace de la restructuration des soins de santé.

Nous tenons à rappeler qu'il est crucial que la politique ne compromette pas la relation de confiance entre les prestataires de soins et le gouvernement et n'étouffe pas les outils de concertation mis en place, qui sont essentiels pour la sauvegarde de la qualité et l'accessibilité des soins, au bénéfice des patients. Les médecins n'ont-ils pas déjà largement démontré qu'ils collaborent de manière constructive à la modernisation des soins de santé notamment dans le cadre de la réforme de la nomenclature en cours. Ils ne demandent qu'à poursuivre dans cette voie.

Les textes en annexe, contiennent nos propositions d'adaptation tant sous la forme conceptuelle (annexes 1,2) que technique (annexes 3,4,5). Vous trouverez les lignes de rupture essentielles à l'annexe 1, les annexes 2, 3, 4 et 5 sont plus détaillées.

Nous espérons que cet avant-projet de loi-cadre sera modifié et qu'il deviendra un concept constructif permettant au gouvernement et aux médecins de travailler dans la même direction pour des soins de santé accessibles de qualité et un cadre budgétaire respecté.

Veillez croire, Monsieur le Premier Ministre, Monsieur le Ministre, Messieurs les Vice-Premiers Ministres, Mesdames les Présidentes, Messieurs les Présidents, à notre sincère considération.



Dr Patrick EMONTS,
Président ABSyM-BVAS



Dr Thomas GEVAERT,
Président CARTEL-KARTEL

Annexe 1

NOTE CONCEPTUELLE ABSyM-CARTEL :

**→ LES GRANDES LIGNES DE FRACTURE DANS
L'AVANT-PROJET DE LOI-CADRE**

Atteintes au modèle de concertation

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, de nombreux éléments sont présentés comme des « simples clarifications » de la législation actuelle et/ou comme une harmonisation des réglementations pour tous les secteurs (médecins, dentistes, kinés, etc.). Il est cependant évident que le projet va bien au-delà de cela : il s'agit d'une intrusion de l'État dans le système de concertation.

Premièrement, le processus budgétaire est entravé. D'une part, le CSS pourrait être chargé, dès le début du processus (juillet), d'une lettre de mission provenant du conseil des ministres. D'autre part, une budgétisation pourrait même être imposée par le conseil des ministres à la fin du processus (octobre). (Art. X +4). Nous comprenons bien sûr que le gouvernement souhaite éviter tout dérapage budgétaire, mais ne suffit-il pas d'inscrire dans la loi des mécanismes pour éviter de telles situations ? Ici, la législation prévoit que le contenu du budget est déterminé par le gouvernement, alors que la connaissance des besoins se situe au niveau du terrain.

→ Nous proposons donc de mettre en place uniquement des mécanismes de contrôle.

Deuxièmement, les organes de concertation de l'INAMI sont parfois tout simplement contournés, comme le CTM dans le cadre des ajustements de la nomenclature. Art. X + 40. Cela va, selon nous, beaucoup trop loin et ne correspond pas aux engagements du programme gouvernemental.

→ Nous insistons pour que cette mesure soit retirée.

Troisièmement, la philosophie du système de conventions (choix libre d'adhérer ou non) est remise en question. Oui, sur papier, le prestataire de soins individuel conserve le libre choix d'adhérer ou non, mais en pratique, cela n'est plus réalisable en raison de la menace accrue d'introduction d'honoraires maximum (cela concerne bien plus d'hypothèses qu'auparavant, et désormais, il n'est plus écrit « Le Roi PEUT » mais « Le Roi ORDONNE », ce qui rend cette possibilité plus réelle qu'auparavant lorsqu'elle était rarement appliquée). Art. X + 28 §2.

Le système de tels honoraires maximum entraînera qu'en cas de taux de conventionnement insuffisant, tant ceux qui n'ont pas adhéré à la nouvelle convention (ils n'ont pas adhéré mais doivent pourtant respecter des honoraires imposés) que ceux qui y ont adhéré seront pénalisés (ils n'obtiennent pas de statut social).

→ En guise d'alternative, nous proposons donc trois autres scénarios :

1. Si aucune convention n'est conclue, approuvée ou acceptée par 60 % des membres, les tarifs sont libres, et seule l'intervention de l'assurance est fixée par arrêté royal.
2. Si aucune convention n'est conclue, approuvée ou acceptée par 60 % des membres, le ministre propose un document avec des tarifs sur lesquels les médecins peuvent adhérer ou non, et cette phase est définitive, c'est-à-dire que peu importe le pourcentage d'adhésion, cette phase est contraignante pour déterminer qui est conventionné ou non.
3. L'imposition de tarifs maximum ne devrait être autorisée qu'en dernier recours, comme le ministre l'a confirmé à maintes reprises dans ses réponses aux questions fréquentes.

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/een-voorontwerp-van-wet-over-hervormingen-de-gezondheidszorg-veel-gehoorde-vragen>: "Het is pas indien dit niet lukt in het Verzekeringscomité, dat de minister aan zet komt. Hij krijgt dan eveneens een maand de tijd (deze termijn wordt nu duidelijk vastgelegd) om een voorstel voor te leggen aan de individuele artsen. Indien meer dan 40 procent van de artsen dit voorstel niet wil volgen, is het in laatste instantie aan de regering (de wet spreekt dan over

'de Koning') om de tarieven te bepalen. Dat is vandaag ook het geval: niets nieuws onder de zon dus..."

Quatrièmement, le principe de négociation libre d'une convention par les représentants des prestataires de soins est miné par une menace d'une perte automatique de l'indexation. Le projet de loi prévoit en effet un automatisme selon lequel l'indexation est perdue si aucune convention n'est conclue ou approuvée (>< dans la législation actuelle, cet automatisme n'est pas prévu et l'indexation peut être conservée). Art. X + 28 §3. Il s'agit d'une sorte d'épée de Damoclès qui rend impossible toute négociation libre.

- Un tel mécanisme n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental.
Nous demandons donc son retrait.

Cinquièmement, les possibilités de résiliation de la convention sont limitées par rapport à avant. Selon le projet de loi, une commission des conventions ne pourra plus, dans le cadre d'une convention qu'elle conclut, déterminer une possibilité de résiliation. Art. X + 27, alinéa 3. Pourtant, cela peut être très utile, chaque secteur ayant ses spécificités.

- Ce point n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental.
Nous demandons donc son retrait.

Limitation des choix en matière de convention

Le projet de loi vise à supprimer la convention partielle (MvT, section X +1).

Les raisons invoquées pour cette suppression sont doubles. Très souvent on entend dire que les médecins travaillent comme conventionnés au sein de l'hôpital et comme déconventionnés dans un autre lieu. Pourtant, le système actuel interdit déjà ces pratiques, comme stipulé dans le point 7.3.2.2.3. de l'accord. Un autre argument est le manque de clarté pour les patients concernant les tarifs. Pourtant, la législation prévoit déjà des obligations sur ce sujet.

Nous préconisons de renforcer ces contrôles (= alternative) mais nous ne voulons pas jeter le bébé avec l'eau du bain. En effet, il est essentiel de maintenir cette flexibilité, notamment pour les médecins universitaires à temps plein qui ne peuvent se déconventionner entièrement. Supprimer cette option reviendrait à réduire l'offre de soins dans les hôpitaux universitaires.

Ce point n'est pas non plus prévu dans le programme gouvernemental. Nous demandons donc son retrait.

Augmentation du taux de conventionnement

La déclaration du gouvernement stipule que des initiatives sont nécessaires pour augmenter le taux de conventionnement. Nous sommes d'accord avec cela, mais cela doit se faire par le biais de l'instrument approprié, à savoir le statut social de l'INAMI. Il a été introduit dans ce but et doit donc être mis en œuvre par ce biais. Cependant, d'autres primes (par exemple, la prime de pratique intégrée) ne peuvent être liées à l'existence ou non d'une convention, car elles poursuivent un objectif différent (promouvoir la numérisation). Or, le projet de loi prévoit ce dernier. Art. X + 33.

Dans le pire des cas, une alternative pourrait être de supprimer la prime de pratique minimale pour les médecins qui n'utilisent pas l'informatique et d'utiliser ce budget pour augmenter le statut social de l'INAMI.

Nous tenons toutefois à souligner que le couplage des primes au statut de conventionnement n'aura de conséquences que pour les médecins généralistes (prime de pratique intégrée, prime DMG débutant, intervention continuité des soins/allocation de pratique) or ils sont déjà conventionnés à plus de 90 %. Cette mesure ne modifiera donc pas le taux de conventionnement. De plus, la liberté de se conventionner ou non – qui, selon le ministre, reste garantie pour tous les médecins – deviendra impossible pour les médecins généralistes en exercice en raison des conséquences financières.

cf. beaucoup de questions entendues : Les professionnels de santé peuvent aujourd'hui choisir d'adhérer ou non à une convention. Cette liberté individuelle n'est pas remise en question. L'adhésion à une convention demeure un choix individuel et ne sera pas imposée.

Le projet de loi propose également de **lier le financement des syndicats médicaux au taux de conventionnement** (article X + 46). La justification donnée est que cela se fait déjà dans d'autres secteurs (kinésithérapie, sages-femmes, etc.), et que l'on souhaite harmoniser les pratiques. Cependant, cette comparaison est inappropriée, car dans ces autres secteurs, il n'existe pas d'élections, contrairement aux médecins. Actuellement, la partie variable de notre financement dépend du résultat de ces élections, et tant que celles-ci existent, il est logique que ce lien demeure.

Si l'on insiste pour établir un lien avec le taux de conventionnement, nous proposons de diviser la partie variable en deux : une partie resterait indépendante du taux de conventionnement et continuerait de dépendre des élections, tandis que l'autre partie pourrait être liée au taux de conventionnement. Cependant, il est primordial que le montant total de la partie variable ne soit pas supérieur au niveau actuel.

Limitation des suppléments d'honoraires

Le projet de loi prévoit des pourcentages maximums qui peuvent être imposés par arrêté royal, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire.

La compétence d'imposer des restrictions supplémentaires sur les suppléments d'honoraires – même avant le 1er janvier 2028 – ne peut en aucun cas être accordée par arrêté royal et doit donc être explicitement supprimée de la réforme législative. L'introduction de telles restrictions ne peut se faire que par une modification formelle de la loi, précédée d'une concertation structurée avec les représentants des médecins et avec une pleine implication et participation parlementaires. Art. X + 42 et suivants.

La déclaration gouvernementale ne mentionne également ce point que dans le volet des soins hospitaliers, et non pour les soins ambulatoires. La mention concernant le secteur ambulatoire doit donc être supprimée du projet de loi. Si toutefois cette mention devait être maintenue, il faudrait au moins veiller à garantir des conditions équitables entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Cette question doit également être examinée dans un cadre plus large avec la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux, en trouvant également une solution pour les honoraires qui, à eux seuls, ne couvrent pas les coûts dans le cadre de l'article 35, §4. Nous proposons donc que le sujet des suppléments ne soit pas traité de manière isolée, mais qu'il soit retiré du projet de loi et discuté comme un tout cohérent (nomenclature, art. 35, §4, financement des hôpitaux).

En attendant, il est possible de travailler sur les excès existants. Les excès correspondent à des cas de dépassements injustifiés. À cet égard, le ministre a déjà donné des instructions à la CPNMH et au groupe ad hoc sur la réforme des hôpitaux. Ces organes ont déjà développé des initiatives (notamment le gel des suppléments) et prouvé leur expertise. Ils sont compétents pour trouver des solutions à ces problèmes.

Fixer une date d'entrée en vigueur au 1er janvier 2028 n'est pas justifié tant qu'aucun progrès démontrable n'a été réalisé concernant les mesures d'accompagnement nécessaires, telles que le financement des hôpitaux, la réforme de la nomenclature, l'introduction de la co-gouvernance, le traitement des pseudocodes et l'allocation de pratique.

Proposition de modification de la loi:

La date d'entrée en vigueur sera fixée par arrêté royal après concertation en Conseil des ministres, et pourra être fixée au plus tôt le 1er janvier 2028.

La possibilité de prévoir une entrée en vigueur anticipée par arrêté royal distinct devrait être supprimée.

Retrait du numéro INAMI

L'avant-projet de loi prévoit la possibilité de déterminer des motifs « autres que l'exécution » par arrêté royal pour retirer un numéro INAMI. Art. X+49. Il prévoit également la possibilité pour le SEGM de suspendre le numéro INAMI (au lieu d'infliger une amende administrative). Art. X+50.

Pour notre avis sur cette question, nous renvoyons à notre note séparée en annexe 2.

Annexe 2

RETRAIT DU NUMERO INAMI COMME ALTERNATIVE A UNE AMENDE ADMINISTRATIVE

Retrait du numéro INAMI – Pourquoi ignorer les instances de contrôle existantes au lieu de les renforcer ?

L'interdiction de pratique professionnelle passe actuellement par la Commission de transparence (pour un éventuel retrait du visa) ou par l'Ordre des médecins (suspension ou radiation de la liste des médecins autorisées à pratiquer). Lorsqu'un médecin est suspendu par l'Ordre, cela est signalé à l'INAMI, ce qui entraîne l'arrêt du remboursement des prestations.

En cas d'infractions, aucune suspension n'est actuellement prévue. L'INAMI/SECM a néanmoins la possibilité de transmettre des dossiers à l'Ordre, car la fraude et les non-conformités (p.e.: prestations facturées mais non-réalisées) comportent aussi un aspect déontologique susceptible d'être poursuivi par l'Ordre.

Il apparaît qu'un petit nombre de dossiers ont récemment été transmis par l'INAMI à l'Ordre, mais ils n'ont, à notre connaissance, pas encore été traités. Les suspensions prononcées par l'Ordre peuvent aller jusqu'à 2 ans, voire à une radiation à vie. Elles sont signalées à l'INAMI, ce qui bloque effectivement le paiement des honoraires facturés en tiers-payant ou le remboursement des patients.

Transmission vers l'Ordre

Nous proposons donc d'organiser une transmission des dossiers depuis l'INAMI/SECM vers l'Ordre, comme cela se fait déjà depuis le Parquet. Une telle transmission devrait aussi être organisée depuis la Commission de transparence vers l'Ordre lorsqu'il existe un aspect déontologique dans la plainte, comme cela se fait déjà depuis l'Ordre vers la Commission de transparence lorsqu'il y a suspicion d'abus de moyens ou une impossibilité factuelle d'exercer la profession. Les médecins qui facturent des prestations malgré une suspension/révocation de visa doivent également être signalés aux instances de contrôle.

Transparence

La législation de l'Ordre interdit actuellement de faire un retour au plaignant. Cela doit être modifié, entre autres pour des raisons de transparence (ex. : actuellement, un médecin suspendu « part simplement en vacances », sans que personne n'en sache rien). Cette mesure simple ne nécessite pas de réforme totale de l'Ordre comme prévu dans le projet de 2016, mais changera la perception, la dynamique et l'autorégulation.

Les décisions de l'Ordre et celles du SECM/INAMI doivent être communiquées aux éventuels collaborateurs du médecin afin d'assurer la protection adéquate des patients. À l'hôpital, il s'agit du médecin chef, et dans les postes de garde ou cabinets privés, il s'agit du médecin coordinateur ou des autres médecins s'il s'agit d'une pratique de groupe. Ceux-ci doivent alors organiser la continuité des soins pendant la suspension, informer les associés ou prendre des mesures correctrices.

Retrait du numéro INAMI pour raisons administratives ou en cas d'usage limité

Pour les médecins retraités ou ceux qui ne facturent quasiment plus, mais restent administrativement actifs, il nous semble logique de les intégrer dans un circuit distinct. Leur numéro INAMI pourrait être modifié, par exemple en changeant le dernier chiffre. Cela leur permettrait encore d'assurer des soins pour eux-mêmes, leur famille ou entourage proche, ou de remplacer ponctuellement un médecin en cas de force majeure, tout en indiquant clairement à l'administration qu'il s'agit d'un médecin à activité limitée. Ces médecins paient souvent une cotisation réduite à l'Ordre, ce qui les rend également facilement identifiables.

L'accord de coalition prévoit une réforme de l'Ordre, incluant notamment l'inclusion des dentistes

Cela nous semble une bonne idée et le moment également idéal pour officialiser le lien avec l'INAMI et, éventuellement, d'autres organismes impliquées. Cependant, nous comprenons qu'une réforme de l'Ordre n'est pas à l'ordre du jour avant 2026 au plus tôt, et des tentatives de réforme ont déjà été faites en 2016. Cette réforme ne sera donc pas réalisée rapidement. C'est pourquoi nous pensons qu'il est opportun de répondre dès maintenant à la demande du ministre d'inclure les liens avec l'INAMI/SECM dans la loi.

Réforme de l'Ordre prévue dans l'accord de gouvernement

L'accord de gouvernement prévoit une réforme de l'Ordre, incluant notamment les dentistes. C'est une bonne idée. C'est aussi le moment idéal pour formaliser les liens avec l'INAMI et d'autres instances de contrôle. Toutefois, une réforme profonde ne pourra être réalisée avant 2026. Une tentative en ce sens avait déjà été faite en 2016. Cette réforme ne pourra donc avoir lieu rapidement. Nous pensons donc qu'il est opportun, à la demande du ministre, d'inclure dès à présent les liens avec l'INAMI et le SECM dans la législation.

Conseil pour la Promotion de la Qualité et la Commission des Profils

Un important travail a été réalisé pour cartographier les profils et les chiffres. Une confrontation avec la réalité individuelle est une piste à envisager. Pour obtenir des résultats concrets rapidement, il est logique de diffuser ces données via les associations professionnelles et scientifiques, qui peuvent les encadrer avec des directives. Le suivi peut se faire de la même manière.

Le terrain demande en priorité une aide de la part de l'administration pour éviter la « malpractice ». Ce partenariat souhaité ne pourra être effectivement assuré que s'il y a séparation stricte entre l'information/évaluation et le contrôle, par nature sanctionnant.

- Nous insistons donc pour que soit remis en cause l'utilisation de l'organe du SECM dans un but d'amélioration de la qualité alors que l'intervention de cet organe devrait, à notre avis, être limitée aux outliers. Il faudrait pour cela un changement de dispositif. Nous voulons réactiver les commissions de profil pour assurer l'information et l'évaluation.
S'il n'est pas possible de sortir l'évaluation du SECM, il faut alors constituer deux branches en son sein: une pour l'évaluation et une pour le contrôle. Nous restons convaincus que cela sera plus productif vis-à-vis d'une profession déjà malmenée par la pénurie qui lui est imposée.
- Nous suggérons aussi qu'une réflexion s'établisse pour traiter en toute sérénité la question de la prise en charge des cas individuels « flaggés » par les indicateurs. A cet effet, nous nous référons à des procédures analogues à celles développées par les commissions de profil. Nous proposons que les cas déviants ne soient pas directement soumis au SECM mais passent par le filtre d'une commission ou d'un GT réunissant Administration et représentants de la profession et qu'une interaction dans les deux sens existe. Cela rendra les procédures du SECM moins frustrantes et chronophages.

ANNEXE 3

ANALYSE DE L' AVANT-PROJET DE LOI-CADRE VUE PAR L'ABSyM-CARTEL

AVANT-PROJET DE LOI-CADRE

VOORONTWERP VAN KADERWET

Afdeling-Section X

Voor de opmerkingen in verband met het begrotingsproces verwijzen wij uitdrukkelijk naar het schrijven van IMA (truncus communis) dat alle artsensyndicaten ondersteunen.

Pour les commentaires concernant le processus budgétaire, nous nous référons explicitement à la lettre de l'AIM (truncus communis) que tous les syndicats médicaux soutiennent.

Art. X+5

Art. X+5. A l'article 40 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du xxx[loi-programme], les modifications suivantes sont apportées :

Art. X+5. In artikel 40 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van xxx[programmawet], worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Commentaire : Il est fait référence à un article 40 de la loi AMI qui doit être modifié par une loi-programme XXX qui n'est pas encore en vigueur et que nous ne connaissons pas. On ne peut pas attendre d'un syndicat qu'il approuve un texte dont il ne connaît pas le contenu.

Commentaar: . Herin wordt verwezen naar een artikel 40 van de GVV wet die moet gewijzigd worden door een programmawet XXX die er nog niet is. Men kan niet verwachten van het syndicaat om een tekst goed te keuren waarvan men de inhoud niet kent.

Art. X+9

Le Roi régit les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins qui dispensent les prestations visées à l'article 34, 13°, 14° et 15°, d'autre part. »

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."

Commentaire : L'octroi de ce pouvoir au Roi permet d'imposer des restrictions radicales rapidement et sans l'intervention du Parlement. Il rend les prestataires de soins de santé dépendants de la politique d'un seul ministre.

Commentaar: Door deze bevoegdheid aan de Koning toe te kennen, kunnen snel en zonder tussenkomst van het Parlement ingrijpende beperkingen worden opgelegd. Hierdoor worden zorgverleners afhankelijk van het beleid van één minister.

Art. X+12 § 4

indicatifs dans les accords doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que le remboursement est devenu <u>obsolète</u>. »	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 <u>achterhaald</u> is.”
---	--

Commentaire : « Remboursement devenu obsolète »: remplacer par « montant du remboursement ». Sinon, l'obsolescence du remboursement impliquerait la suppression de la prestation. ATTENTION: il faut modifier l'article 35 § 4 de la loi, en accord avec cette modification.

Commentaar: “Vergoeding achterhaald”: vervangen door “bedrag van de vergoeding”. Anders zou het achterhaald zijn van de vergoeding betekenen dat de prestatie wordt geschrapt. OPGELET: artikel 35, § 4, van de wet moet in overeenstemming met deze wijziging worden aangepast.

Art. X+12 (p 8/36)

Voorstel: Toe te voegen aan Art. 44. § 1.

“De akkoorden met betrekking tot de artsen stellen de voorwaarden vast inzake tijd en plaats waarin die honoraria mogen worden overschreden.”, na de zin: “

Proposition : Ajouter à l'article 44 § 1 :

« Les accords conclus avec les médecins fixent les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. », après la phrase : «

honoraires et des prix réclamés pour les prestations.	voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.
---	---

Art. X+12 proposition d'adaptation/voorstel van aanpassing

P8/36

Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er.	Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.
--	--

Voorstel: Aan te passen tot: “Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd *met dien verstande dat honoraria en prijzen vrij zijn voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn*”

Proposition : A modifier comme suit : « Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1^{er}, *étant entendu que les honoraires et prix sont libres pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature* ».

Art. X+21.§2

§ 2. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.	§ 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.
--	---

Commentaire : ajouter un § 2.1. : le Roi détermine les critères permettant de définir ce qu'est un dépassement justifié (p.ex. facteurs exogènes). Cf. p. 126/208 de l'accord de coalition : "les secteurs qui ont connu un dépassement non justifié doivent prendre des mesures qui permettront d'économiser le montant correspondant de manière structurelle à l'avenir."

Commentaar: een § 2.1 toevoegen: de Koning bepaalt de criteria aan de hand waarvan wordt vastgesteld wat een gerechtvaardigde overschrijding is (bijvoorbeeld exogene factoren). Zie blz. 121/198 van het regeerakkoord: "sectoren die een niet gerechtvaardigde overschrijding kenden moeten maatregelen nemen waardoor het overeenkomstige bedrag in de toekomst structureel bespaard wordt."

Art. X+12 proposition d'adaptation/voorstel van aanpassing

p. 8/36

Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.	dat hij zich kan verplaatsen. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.
---	---

Voorstel: Aan te passen tot: "Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken. *Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien*".

Proposition : Modifier comme suit : « Ce montant forfaitaire peut varier selon les régions. *Afin de tenir compte de situations particulières, des montants forfaitaires différents peuvent être prévus dans une même région* ».

Art. X+21.§6

§ 6. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux <u>dépenses</u> afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.	§ 6. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de <u>uitgaven</u> 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.
---	--

Commentaire : il faut faire une distinction entre dépenses justifiées et dépenses non-justifiées.

Commentaar: Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen gerechtvaardigde en ongerechtvaardigde uitgaven.

Art. X+23

Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général avant le 1er février de l'année suivante afin de déterminer sa conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire.	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.
--	--

Commentaar: De betrokken commissie wordt door het verzekeringscomité niet meer betrokken. In de huidige wet is dit wel het geval. We vragen dit terug aan te passen.

Commentaire : La commission concernée n'est plus impliquée par le comité de l'assurance. C'est pourtant le cas dans la loi actuelle.

Art. X+23

Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et, qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents.	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.
--	--

Voorstel tot wijziging van de tekst tot: "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. *In het document aan de artsen worden tevens de bijzondere regels met betrekking tot voorwaarden inzake tijd en plaats waarin die tarieven en regelen van toepassing zijn vastgelegd: deze voorwaarden zijn die welke opgenomen waren in het jongst gesloten akkoord. Dit document stelt tevens het bedrag vast van de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel x.*"

Proposition de modification du texte : « Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. *Le document remis aux médecins précise également les règles particulières relatives aux conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces tarifs et règles s'appliquent : ces conditions sont celles qui figuraient dans l'accord conclu en dernier lieu. Ce document fixe également le montant de l'intervention forfaitaire visée à l'article x.* »

Art. X+24

« Art. 51/1. § 1^{er}. Le Service des soins de santé notifie aux dispensateurs de soins concernés le texte des accords approuvés par le Comité de l'assurance visés à l'article 42 ou les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, visés à l'article 51, qui les concernent, ainsi que les modalités d'adhésion et de non-adhésion, par voie électronique ou par courrier.

"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.

Commentaire : L'insertion de X+24 modifiant l'article 51/1 §1 de la loi Inami en vertu de laquelle l'accord/document ne doit plus être publié au Moniteur belge, pose problème. Désormais, c'est le service des soins de santé qui notifie les textes. Il n'est pas précisé comment cela se fera (par courrier, via la boîte eHealth, par e-mail, etc.). Cependant, la date à laquelle cet accord/document parvient au médecin est de la plus haute importance (convention ou non, délai de 30 jours et 45 jours, etc.). Nous aimerions faire référence notamment à l'échec d'une procédure précédente des élections médicales où il y avait un problème d'ITC : les bulletins de vote des syndicats n'ont pas tous été envoyés le même jour. Les syndicats ont alors donné leur accord à la prolongation des délais de la procédure d'élections médicales.

Bien entendu, le ministre ne souhaite pas être à la merci des délais incertains dans lesquels les accords sont publiés mais les médecins méritent une sécurité juridique. Un document/convention ayant un tel impact en termes de délais de procédure doit avoir un caractère officiel étant la publication au Moniteur belge.

Commentaar : De invoeging van X +24 houdende wijziging aan artikel 51/1 §1 van de GVVU WET waarbij het akkoord/ document niet meer moet gepubliceerd worden in het BS is problematisch . Het is voortaan de dienst voor geneeskundige verzorging die de teksten ter beschikking stelt. Er wordt niet vermeld hoe dit zal gebeuren (per post, via de ehealth box, per mail enz. Niettemin is de datum waarbij dit akkoord/document toekomt aan de arts van het grootste belang (al dan niet conventioneren, de termijn van 30 dagen en 45 dagen enz.) Ik ben zo vrij te verwijzen naar het mislopen van een voorgaande procedure van de medische verkiezingen waarbij er een ITC probleem was en de stembrieven van de syndicaten niet allen op dezelfde dag werden verstuurd. De syndicaten hebben toen hun toestemming hebben gegeven tot het verlengen van de termijnen van de procedure medische verkiezingen.

Vanzelfsprekend wenst de minister niet overgeleverd te worden aan de onzekere termijnen waarbinnen de akkoorden worden gepubliceerd maar de artsen verdienen rechtszekerheid. Een document/akkoord met dergelijke impact naar proceduretermijnen moet een officieel karakter hebben zijnde de publicatie in het BS.

Art. X+26

Les dispensateurs de soins qui, au plus tard le trentième jour suivant la date d'envoi d'un avenant par voie électronique ou par voie postale, n'ont pas notifié leur refus d'adhésion suivant la procédure décrite dans l'article 51/1, § 2, sont réputés avoir adhéré à l'accord, tel que modifié par l'avenant. Les dispositions d'un avenant entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 51/1, § 3. Si l'avenant n'entre pas en vigueur, les dispensateurs de soins conservent la situation	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,
---	---

Voorstel tot wijziging: Vervanging van het zindeel: "te zijn toegetreden tot het akkoord zoals dit wordt gewijzigd door de wijzigingsclausule." door: "hun situatie te behouden waarin ze zich bevonden vóór de wijzigingsclausule".

Proposition de modification : Remplacer la phrase « réputés avoir adhéré à l'accord tel que modifié par l'avenant » par : « réputés avoir conservé la situation dans laquelle ils se trouvaient avant l'avenant ».

Art. X+27

« Art. 51/4. Les accords visés dans l'article 42 peuvent être dénoncés par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'un accord, si le Roi ou le Conseil général prend des mesures dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants, fixés conformément aux articles 44, §§ 1er et 2, 46, §§ 1er et 2, et 48, § 1er, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 50 et 68.	"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
---	---

Commentaire : Actuellement la dénonciation peut porter uniquement sur les prestations visées par la modification des honoraires ou des suppléments selon l'accord en cours. Ici, c'est un tout ou rien. Difficile pour une organisation professionnelle représentative des médecins reconnues de dénoncer le tout pour des mesures ne touchant qu'un secteur.

→ **Proposition d'ajouter :** Les accords en question peuvent être résiliés en tout ou en partie.

Commentaar: Momenteel kan de opzegging alleen betrekking hebben op de prestaties waarop de wijziging van de honoraria - of de supplementen volgens het lopende akkoord - betrekking heeft. Hier geldt het principe van alles of niets. Het is moeilijk voor een beroepsorganisatie die erkende artsen vertegenwoordigt om alles op te zeggen voor maatregelen die slechts één sector betreffen.

→ **Voorstel om toe te voegen:** Bedoelde akkoorden kunnen geheel of gedeeltelijk opgezegd worden.

Art. X+27

Les accords ne peuvent prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par ou en vertu de la loi.	De akkoorden kunnen geen andere gronden voor opzegging voorzien dan deze die zijn voorzien door of krachtens de wet.
---	--

Commentaire : Donc on ne pourra plus mettre dans l'accord la possibilité de le dénoncer au motif d'atteinte aux équilibres financiers des pratiques p.ex. de modification des suppléments.

Commentaar: Het zal dus niet langer mogelijk zijn om in het akkoord de mogelijkheid op te nemen om het op te zeggen wegens aantasting van het financiële evenwicht van bijvoorbeeld de praktijk van het wijzigen van supplementen.

Fundamenteel: te wijzigen tot: De akkoorden kunnen andere gronden voor opzegging vaststellen.

A modifier fondamentalement comme suit : Les accords peuvent définir d'autres motifs de dénonciation.

Art X+28

« Art. 51/5. § 1 ^{er} . Lorsqu'un nouvel accord a été conclu et approuvé et que cet accord couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document qui a expiré <u>ou un accord qui a été dénoncé conformément à l'article 51/4,</u> les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient au dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au nouvel accord, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord.	"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 verstrekt <u>of een akkoord dat overeenkomstig artikel 51/4 werd ontbonden,</u> 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 verstrekt, 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.
---	---

Voorstel tot schrapping van een zindeel: "of een akkoord dat overeenkomstig artikel 51/4 werd ontbonden".

Motivatie: Een nieuw akkoord na opzeg kan toch nooit retroactief worden afgesloten? Wat zou het nut zijn van dreigen met opzeggen als de artsen toch gebonden blijven aan de tarieven?

Proposition de suppression de phrase : « ou un accord qui a été dénoncé conformément à l'article 51/4 ».

Motivation : Un nouvel accord conclu après une dénonciation ne peut tout de même pas avoir d'effet rétroactif ? À quoi servirait de menacer de dénoncer l'accord si les médecins restent liés par les tarifs ?

Art. X+28

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, aucune nouvel accord n'a été conclu ou aucun nouvel accord n'a été approuvé, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au document fixé par le Comité de l'assurance ou par le Ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre. Toutefois, au plus tard le dernier jour du mois de février, si aucun document n'a été établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général,

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

Voorstel tot wijziging:

toe te voegen na: "de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken," het zindeel: "ofwel tot 1 januari indien zij een opzeg hebben gedaan in toepassing van artikel 51/4, "

Proposition de modification : ajouter après « la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord qui a expiré » la phrase « ou jusqu'au 1^{er} janvier s'ils l'ont dénoncé en application de l'article 51/4, »

Motivatie:

Het is onlogisch dat men makkelijker uit een lopend akkoord kan stappen dan uit een verstreken akkoord gebonden is. Deze mogelijkheid moet hier minstens ook staan.

Motivation :

Il est illogique que l'on puisse sortir plus facilement d'un accord en cours qu'être lié à un accord expiré. Cette possibilité doit se trouver ici aussi.

Art. X+28

Ministre. Toutefois, au plus tard le dernier jour du mois de février, si aucun document n'a été établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général,

het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen

les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document expiré, jusqu'au dernier jour du mois de février.

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.

Commentaire : c'est le conventionnement jusqu'au 29 février des conventionnés de l'année x-1 en cas d'absence d'un nouveau texte d'accord.

Commentaar: dit is de conventionering tot 29 februari van geconventioneerden van jaar x 1 bij het ontbreken van een nieuwe tekst voor een akkoord.

Art. X+28

§ 2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi détermine la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.	§ 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.
--	--

Commentaire : Les deux premiers alinéas sont antinomiques. Le premier impose des montants d'honoraires (tarif max) à tous, qu'ils aient ou non été conventionnés l'année x-1. C'est l'honoraire national imposé en cas d'absence d'accord. Mettre le 1er alinéa, c'est rendre automatique une sanction alors que la loi de redressement économique de 1961 le permet selon une procédure spécifique.

Commentaar: De eerste twee alinea's zijn tegenstrijdig. De eerste legt iedereen honoraria (maximaal tarief) op, ongeacht of zij in het jaar x-1 geconventioneerd waren. Dit is het nationale honorarium dat wordt opgelegd bij gebrek aan een akkoord. Door de eerste alinea op te nemen, wordt een sanctie automatisch opgelegd, terwijl de economische herstellwet van 1961 dit wel toestaat, maar dan volgens een specifieke procedure.

Voorstel tot wijziging: Tekstdeel " "§ 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." te vervangen door " § 2. *Wanneer geen akkoord is gesloten, goedgekeurd en in werking getreden of geen document is vastgesteld, goedgekeurd en in werking getreden kan de Koning, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vaststellen.*"

Proposition de modification : Remplacer le texte « §2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires ou prix. » par « § 2. *Si aucun accord n'a été conclu, approuvé et est entré en vigueur ou si aucun document n'a été adopté, approuvé et est entré en vigueur, le Roi peut fixer des tarifs maximums des honoraires et prix pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires.* »

Motivatie:

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.

Motivation :

Si, à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1, sixième alinéa, 2°, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou document ne peut entrer en vigueur ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays, pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des honoraires maximum. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, sixième alinéa.

Art. X+32

« Art. 52/1. § 1 ^{er} . Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à	"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
l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour l'entièreté de leur activité professionnelle.	artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.

Voorstel tot wijziging:

Voorstel toe te voegen na "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" het tekstfragment " *behoudens indien ze aan het voormelde Instituut elektronisch en via de in deze paragraaf vermelde beveiligde onlinetoepassing, volgens de door de Koning te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen. Buiten de uren en dagen meegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden.* "

Proposition de modification :

Proposition d'ajouter après « Art. 52/1. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour l'entièreté de leur activité professionnelle » le texte : « *sauf s'ils ont communiqué à l'Institut susmentionné, par voie électronique et via l'application en ligne sécurisée visée au présent paragraphe, conformément aux délais et règles fixés par le Roi, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas les montants d'honoraires qui y sont fixés. En dehors des heures et jours communiqués conformément au paragraphe précédent, les dispensateurs de soins sont réputés avoir adhéré aux accords.* »

Art. X+33

« Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles 36bis, en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes, 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinqüesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou documents les concernant en s'engageant à garantir la sécurité tarifaire. »	“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 togetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten.”
--	---

Commentaire: inacceptable

Commentaar: niet aanvaardbaar

Voorstel tot wijziging: schrapping art 36 sexies en art 36 octies

Proposition de modification : suppression de l'art. 36 sexies et de l'art. 36 octies

Motivatie:

Art. 36sexies verwijst naar de telematicapremie of de geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde ([link](#)).

Art. 36octies verwijst naar de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit en voor praktijkbeheer ([link](#)).

Premies zijn voor huisartsen die al voor meer dan 90% geconventioneerd zijn, dus nagenoeg geen effect voor conventiegraad. Schrappen dus. 36octies is als compensatie voor new deal praktijken die subsidies voor personeel krijgen: deze subsidies New Deal worden niet gekoppeld aan al dan niet conventionering van de artsen, dus discriminatie.

Motivation :

L'art. 36sexies renvoie à la prime télématique ou à la prime de pratique intégrée en médecine générale ([lien](#)).

L'art. 36octies renvoie à l'indemnité pour la continuité des soins et la gestion d'un cabinet ([lien](#)).

Les primes sont destinées aux médecins généralistes qui sont déjà conventionnés à plus de 90 %, elles n'ont donc pratiquement aucun effet sur le taux de conventionnement. À supprimer donc. L'article 36octies est une compensation pour les cabinets New Deal qui reçoivent des subventions pour le personnel : ces subventions New Deal ne sont pas liées au conventionnement éventuel des médecins, il s'agit donc d'une discrimination.

Art. X+35

Art. X+35. La section X+1 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028. Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1^{er}.	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.
---	--

Commentaire : non. Nous ne sommes pas d'accord que le Roi puisse insérer et avancer cette date avant que la réforme de la nomenclature et des hôpitaux ne soit achevée.

Commentaar: neen. Wij gaan niet akkoord dat de Koning deze datum kan invoegen én vervroegen vooraleer de Nomenclatuur- en Ziekenhuishervorming is afgerond.

Art. X+40

« Si la proposition émane du Ministre, celui-ci peut, en dérogation à l'alinéa 1^{er}, <u>fixer lui-même le délai</u> dans lequel le conseil technique compétent émet son avis. Cet avis est réputé donné s'il n'est pas formulé dans le délai fixé par le Ministre. »	“Indien het voorstel afkomstig is van de Minister kan hij in afwijking van het eerste lid <u>zelf de termijn bepalen</u> 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.”
---	--

Commentaire : le délai actuel est 1 mois. Cet ajout permet au ministre de demande un avis endéans les 15 jours p ex.

Commentaar: De huidige termijn is 1 maand. Deze toevoeging stelt de minister in staat om bijvoorbeeld binnen 15 dagen een advies te vragen. Gelieve deze paragraaf te schrappen.

Afdeling X+6

Deze afdeling kan niet opgenomen worden zolang de Nomenclatuurhervorming en de hervorming van de Ziekenhuisfinanciering niet is afgerond.

Cette section ne peut être insérée tant que la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux ne sont pas terminées.

Art. X+42

« § 5. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour les prestations qu'il désigne.	“§ 5. Onder voorbehoud van supplementenverboden door of krachtens een wet, kan de Koning voor de verstrekkingen die Hij aanduidt, het aanrekenen van supplementen beperken.
---	--

Commentaire : La limitation ne peut être modifiée que par la loi et non par AR et après avis de la commission nationale médico-mutualiste. Cet article rend chaque accord médico-mutualiste obsolète.

Commentaar: De beperking mag enkel via wet aangepast worden en niet via KB en na advies nationale commissie artsen-ziekenfondsen. Dit artikel maakt elk akkoord tussen artsen en ziekenfondsen overbodig.

Voorstel tot wijziging: SCHRAPPING van deze paragraaf.

Proposition de modification : SUPPRESSION de ce paragraphe.

Art. X+42

1° à <u>25 %</u> du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé <u>ambulatoires</u> ;	1° op 25 % van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor ambulant verleende geneeskundige verstrekkingen;
2° à <u>125 %</u> du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire <u>admis à l'hôpital</u> , y compris les bénéficiaires <u>admis en hospitalisation de jour</u> .	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.

Commentaire: ceci est le plus bel exemple que le Ministre veut imposer une idéologie politique plutôt qu'une politique de santé. Des soins efficaces signifient qu'aucune infrastructure coûteuse n'est utilisée pour des soins qui n'en ont pas besoin. Une différence entre le niveau des suppléments d'honoraires entre les cabinets ambulatoires (25 %) et les établissements hospitaliers (125 %) entraînera précisément un transfert vers le niveau supérieur de 125 %. Cela alourdira encore inutilement la charge des hôpitaux. Le secteur est déjà confronté à une pénurie de main-d'œuvre. Non seulement cela allongera les délais d'attente, mais cela entraînera également des coûts inutiles et empêchera la poursuite de la transition des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires.

Commentaar: Dit is het mooiste voorbeeld dat de minister een politieke ideologie wil opleggen in plaats van een gezondheidsbeleid. Doelmatige zorg betekent dat geen dure infrastructuur wordt gebruikt voor zorg die deze dure infrastructuur niet nodig heeft. Een verschil van ereloonsupplementniveau tussen de ambulante praktijk (25%) en de intramurale praktijk (125%) zal precies een stroom teweegbrengen naar het hoger niveau van 125%. Dit zal de ziekenhuizen verder onnodig belasten. De sector kampt al met tekorten aan werkrachten. Niet alleen zullen de wachttijden daardoor oplopen, ook nodeloze kosten ontstaan hierdoor en verdere omzetting van gehospitaliseerde zorg naar ambulante zorg wordt verhinderd.

Art. X+42

Pour les prestations qui font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et qui sont demandées et fournies en dehors des modalités fixées pour le remboursement, un montant peut être mis à charge du bénéficiaire ou de la personne couverte par un autre régime organisé par l'autorité qui prévoit une intervention dans les coûts, à la condition que ce montant ne dépasse pas le montant ou l'honoraire prévu par	Voor verstrekkingen die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en die worden aangevraagd en verricht <u>buiten de voor terugbetaling vastgestelde modaliteiten</u> , 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
---	--

l'assurance obligatoire pour ladite prestation si elle avait été effectuée dans les modalités fixées pour le remboursement.	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 verrichte zou worden, niet overschrijdt.
---	--

Commentaire : Donc prestation remboursable mais hors indication, le montant à charge est limité à celui de la prestation remboursable. Mais c'est précisément la modalité qui co-détermine la hauteur du remboursement. **Inacceptable.**

Commentaar: De prestatie is dus terugbetaalbaar, maar buiten de indicatie wordt het bedrag dat ten laste komt beperkt tot dat van de terugbetaalbare prestatie. Maar het is juist deze modaliteit die medebepalend is voor de hoogte van de terugbetaling. **Onaanvaardbaar.**

Art. X+42

2° pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le cas échéant, majoré du supplément maximal. »	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."
---	---

Commentaar: voorstel tot wijziging: deze paragraaf vervangen door:

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, de toeslag in geval van bijzondere eisen; en in voorkomend geval, vermeerderd met, het maximumsupplement".

Commentaire : proposition de modification : remplacé ce paragraphe par :

2° "pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base au calcul pour l'intervention de l'assurance, le cas échéant, majoré du supplément en cas d'exigences particulières et, le cas échéant, majoré du supplément maximal".

Art. X+42

P 28/36

Le Roi peut fixer un supplément maximal, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou des honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Le supplément maximal peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'il désigne, et selon que bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.	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.
---	--

Voorstel: schrapping van deze paragraaf

Proposition : suppression de ce paragraphe

Motivatie:

In het regeerakkoord wordt de beperking van honorariasupplementen uitdrukkelijk gekoppeld aan een bredere hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Het is dan ook niet aangewezen om dit onderdeel nu reeds te verankeren in de kaderwet. Deze thematiek hoort thuis in de context van toekomstige wetgevende initiatieven rond onder meer de nomenclatuurreformering, het ziekenhuisbestuur, de financiering van ziekenhuizen en de aanpak van pseudocodes.

Het vastleggen van een deadline in januari 2028 is onder de huidige omstandigheden dan ook niet verdedigbaar zolang er geen concrete vooruitgang is geboekt op die andere domeinen.

Motivation :

Dans l'accord de gouvernement, la limitation des suppléments d'honoraires est explicitement liée à une réforme plus large de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Il n'est donc pas approprié de déjà introduire cet élément dans la loi-cadre. Cette thématique s'inscrit dans le cadre d'initiatives législatives futures concernant notamment la réforme de la nomenclature, la gouvernance hospitalière, le financement des hôpitaux et l'approche des pseudocodes.

Dans les circonstances actuelles, il n'est donc pas défendable de fixer une échéance en janvier 2028 tant qu'aucun progrès concret n'aura été réalisé dans ces autres domaines.

Art. X+42

2° à 125 % du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire admis à l'hôpital, y compris les bénéficiaires admis en hospitalisation de jour.	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.
---	--

Voorstellen van wijziging:

- **125%:** dit hangt af van de flankerende maatregelen: gaat het dan over “zuivere honoraria”: quid de afdrachten naar het ziekenhuis, de bijdrage tot investeringsfondsen, bouwfondsen, innovatiefondsen?

- **Wijziging tot:** “Er wordt een maximumsupplement vastgesteld van X % (*) 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.

() X dient nog onderhandeld te worden*

- De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de nationale commissie artsen en ziekenfondsen en de FRZV, de datum van inwerkingtreding, die ten vroegste kan plaatsvinden op 1 januari 2028”

Propositions de modification :

- **125 % :** cela dépend des mesures d'accompagnement : s'agit-il des « honoraires purs » : qu'en est-il des prélèvements versés à l'hôpital, de la contribution aux fonds d'investissement, aux fonds de construction, aux fonds d'innovation ?
- **Modification comme suit :** « Un supplément maximal de X % (*) du montant ou des honoraires servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance est fixé pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire hospitalisé.

() X doit encore être négocié*

- Le Roi fixe, par arrêté pris après délibération en Conseil des ministres et après avis de la commission nationale médico-mutualiste et du CFEH, la date d'entrée en vigueur, qui ne peut être antérieure au 1er janvier 2028 ».

Art. X+42

Le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

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.

Voorstel: schrapping van deze paragraaf

Proposition : suppression de ce paragraphe

Motivatie:

Dient pas ter sprake te komen na nomenclatuurreformering en hervorming ziekenhuisfinanciering

Motivation :

Ne doit être discuté qu'après la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux.

Art. X+45

Le Roi peut fixer pour chaque disposition une date d'entrée en vigueur antérieure à la date mentionnée à l'alinéa 1er.

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

Voorstel: schrapping van deze paragraaf

Proposition : suppression de ce paragraphe

Motivatie:

Dient pas ter sprake te komen na nomenclatuurreformering en hervorming ziekenhuisfinanciering

Motivation :

Ne doit être discuté qu'après la réforme de la nomenclature et la réforme du financement des hôpitaux.

Art. X+45

Le supplément maximal et le montant maximal visés à l'article 35, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par l'article X+42 de la présente loi, s'appliquent

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

aux prestations de santé dispensées à partir du 1er janvier 2028, sauf si le Roi fixe une date d'entrée en vigueur antérieure.

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.

Voorstel tot wijziging:

“Het maximumsupplement en maximum bedrag 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 een datum vastgelegd door een besluit van de Koning na overleg in de Ministerraad en na advies van de nationale commissie artsen en ziekenfondsen en de FRZV met vroegste datum van inwerkingtreding van 1 januari 2028”

Proposition de modification :

« Le supplément maximal et le montant maximal visés à l'article 35, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par l'article X+42 de la présente loi, s'appliquent aux prestations de santé dispensées à partir d'une date fixée par un arrêté du Roi après délibération en Conseil des ministres et après avis de la commission nationale médico-mutualiste et du CFEH, avec une date d'entrée en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2028 ».

Te vervangen fragment: tenzij de Koning een vroegere datum van inwerkingtreding bepaalt.

Extrait à remplacer : sauf si le Roi fixe une date d'entrée en vigueur antérieure.

Motivatie:

Datum van inwerkingtreding vastleggen zonder garanties van hervorming nomenclatuur/ziekenhuisfinanciering is niet bespreekbaar.

Motivation :

Fixer la date d'entrée en vigueur sans garanties de réforme de la nomenclature/du financement des hôpitaux n'est pas négociable.

Art. X+46

« L'intervention financière se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux accords. »	“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.”
--	---

Voorstel: schrappen van deze bepaling

Proposition : suppression de cette disposition

Motivatie:

Art. 36 nonies bepaalt “Op voordracht van de Nationale Commissie [artsen-ziekenfondsen] bepaalt de Koning de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Instituut een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren bedoeld in artikel 211 van de voormelde gecoördineerde wet. ”. Kortom: de uitwerking dient in het KB van de financiering van de representatieve artsenorganisaties te worden opgenomen en niet wettelijk reeds verankerd op voorhand te worden. Schrappen van deze bepaling.

Motivation :

L'article 36 nonies stipule : « Sur proposition de la Commission nationale [médecins-mutuelles], le Roi fixe les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut accorde une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins visées à l'article 211 de la loi coordonnée précitée. ». En résumé, les modalités doivent être précisées dans l'arrêté royal relatif au financement des organisations représentatives de médecins et ne doivent pas être inscrites à l'avance dans la loi. **Suppression de cette disposition.**

Art. X+47

Art. X+47. La présente section entre en vigueur le 1 ^{er} janvier 2026.	Art. X+47. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.
--	---

Voorstel: Tekst te wijzigen tot: “ Art. X+47. ~~Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.~~ Voor de representatieve beroepsorganisaties van de artsen treedt deze afdeling in werking op 1 januari 2029.”

Proposition : texte à modifier comme suit : « Art. X+47. ~~La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.~~ Pour les organisations professionnelles représentatives des médecins, la présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2029. »

Motivatie:

Voor de artsenorganisaties zijn de volgende verkiezingen pas in 2028. Aanpassing financiering pas vanaf 2029.

Motivation :

Pour les organisations de médecins, les prochaines élections n'auront lieu qu'en 2028. Adaptation du financement seulement à partir de 2029.

Art. X+49

Le Roi peut fixer des modalités relatives à l'attribution, à l'utilisation et au retrait du numéro INAMI visé à l'alinéa 1 ^{er} . »	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.”
--	--

Commentaire : Donc le ministre peut retirer le n° INAMI d'un médecin qui aurait reçu une amende financière? Incroyable.

Commentaar: Dus de minister kan het RIZIV-nummer van een arts die een boete heeft gekregen intrekken? Ongelooflijk.

Art. X+50

nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73bis ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut.

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.

Voorstel: schrappen van “artikel 143”

Proposition : supprimer « article 143 »

Motivatie:

Bij iedere controle van DGEC wordt er wel een overtreding van art. 73bis vastgesteld. art. 143 zijn de inbreuken die door de Leidend ambtenaar worden afgehandeld: lijkt niet verantwoord om dergelijke ‘kleinere’ feiten te linken hieraan. **Vandaar schrapping 143**

Motivation :

Lors de chaque contrôle effectué par le SECM, une infraction à l'article 73bis est constatée. L'article 143 énumère les infractions traitées par le fonctionnaire dirigeant : il ne semble pas justifié de lier ces « infractions mineures » à cet article. **D'où la suppression de l'article 143.**

Annexe 4

**ANALYSE DU POINT DE VUE DE L'ABSyM-CARTEL DES
DIAPOSITIVES QUI ONT ETE MONTRÉES LORS DE LA
PRÉSENTATION DE L' AVANT-PROJET DE LOI-CADRE LE
3 JUIN 2025**

Diapositive 28 : L'amende administrative peut être remplacée par une suspension du n° INAMI

Slide 28: De administratieve boete kan door een schorsing van het RIZIV-nummer vervangen worden.



Application

- Numéro INAMI
 - Principe de base : le prestataire de soins doit disposer d'un numéro INAMI actif pour pouvoir facturer à l'AMI. Ce numéro INAMI peut être suspendu dans le cadre de l'application + si pas de visum
 - **L'amende administrative peut être remplacée par une suspension du n° INAMI**
 - Le prestataire de soins doit obligatoirement informer l'assuré d'une suspension.
 - S'il ne le fait pas : le patient est protégé contre les montants facturés indûment
 - Le Roi peut définir des modalités concernant l'obligation d'information

Commentaire : il s'agit d'une violation des droits de la défense. Une "amende administrative" est tout à fait différente de la révocation ou de la suspension du numéro INAMI !

Pas dans l'accord de coalition

Commentaar: Het gaat hier om een schending van de rechten van de verdediging. Een "administratieve boete" is iets heel anders dan de intrekking of schorsing van het RIZI-nummer!

Niet in het regeerakkoord.

Diapositive 29:

Slide 29:



Application

- Les personnes qui ont été/sont condamnées ne peuvent pas siéger dans les organes de l'INAMI.
- Clarification capacité d'action méd.cons. et leurs équipes
 - Les constats des kinés, des infirmiers et du personnel paramédical (sous délégation méd.cons.) ont aussi une force probante jusqu'à preuve du contraire
 - CNMC : compétence toutes prestations art.34

Commentaire: Le Collège **national des médecins-conseils (CNMC)** est compétent pour le suivi et le contrôle du degré de dépendance déterminé notamment sur la base de l'échelle de Katz (évaluation

de la dépendance physique et psychique) dans le cadre des soins à domicile, dans les institutions pour personnes âgées et dans les maisons de soins psychiatriques. Ces médecins ne sont pas spécialisés dans les questions de nomenclature au sein des honoraires. On peut lire plus loin : « une force probante jusqu'à preuve du contraire ». Un « constat » d'un non-médecin sur un sujet médical ne peut être assimilé, sur le fond, à un rapport médical.

Commentaar: 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. Deze artsen zijn niet gespecialiseerd in nomenclatuurmateries binnen de honoraria. Verder : “une force probante jusqu'à preuve du contraire”. Een “constat” van een niet-arts over een medisch onderwerp kan inhoudelijk niet gelijkgesteld worden aan een medisch verslag.

ANNEXE 5

**ANALYSE DE L' EXPOSE DE MOTIF DE L'AVANT-PROJET
DE LOI-CADRE DU POINT DE VUE DE L'ABSyM-CARTEL**

p. 10/55

Les différentes primes et interventions financières versées par l'INAMI aux dispensateurs de soins ne seront plus octroyées que si le dispensateur de soins est conventionné.	Verschillende premies en financiële tegemoetkomingen die het Riziv aan zorgverleners betaalt, zullen enkel nog worden toegekend als de zorgverlener is geconventioneerd.
---	--

Commentaire: les primes sont là pour les coûts/efforts encourus et n'ont rien à voir avec la convention en tant que telle. p.111 de l'accord de coalition prévoit: "Une allocation de pratique sera prévue pour les pratiques ambulatoires intra et extra-muros."

Commentaar: De premies zijn bedoeld voor de gemaakte kosten/inspanningen en hebben niets te maken met het akkoord als zodanig. Op blz. 111 van het Regeerakkoord staat: "Voor extra- en intramurale ambulante praktijken wordt er een praktijktoelage voorzien."

p.20/55

- | | |
|--|--|
| - Les dispensateurs de soins conventionnés qui ont notifié leur souhait de ne pas adhérer à l'accord avec l'avenant, resteront conventionnés si l'avenant n'entre finalement pas en vigueur et si l'accord continue ainsi à produire son contenu initial ; | - De geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen geconventioneerde blijven indien de wijzigingsclausule uiteindelijk niet in werking zou treden en het akkoord aldus met oorspronkelijke inhoud verder zou doorlopen; |
|--|--|

Commentaire : un médecin qui souhaite annuler la convention devrait être autorisé à le faire.

Commentaar: een arts die het akkoord wil opzeggen, zou daartoe gerechtigd moeten zijn.

p.22/55

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord est conclu et approuvé	Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document een nieuw akkoord is
---	--

par le Comité de l'assurance et le Conseil général, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhérer au nouvel accord, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord.	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 getreden tot het nieuwe akkoord.
---	--

Commentaire : Cette disposition est particulièrement lourde de conséquences. Elle laisse les médecins liés à un statut conventionné d'au moins deux mois relatif à une convention qui a expiré depuis. Dans le régime actuel, si aucune nouvelle convention n'a été conclue ou approuvée à la date d'expiration de la convention (31 décembre), les honoraires sont libres à partir du 1er janvier. La modification de procédure proposée introduit des délais stricts qui garantissent que, dès le 31 décembre, il est clair que les négociations ont abouti à un résultat et que les médecins devraient donc être libres par la suite.

Dans la pratique, cela signifie que les médecins perdent leur pouvoir de négociation et sont contraints de continuer à fonctionner temporairement selon les termes d'un accord expiré, sans conserver leur droit de regard ou de retrait.

Commentaar: Deze bepaling heeft bijzonder ingrijpende gevolgen. Ze bindt artsen met een status van geconventioneerde gesloten voor ten minste twee maanden aan een akkoord dat inmiddels is verstreken. In de huidige regeling geldt dat als er op de datum van verstrijken van de overeenkomst (31 december) geen nieuwe overeenkomst is gesloten of goedgekeurd, de honoraria vanaf 1 januari vrij zijn. De voorgestelde procedurewijziging voert strikte termijnen in die garanderen dat op 31 december duidelijk is dat de onderhandelingen tot een resultaat hebben geleid en dat artsen daarna vrij zouden moeten zijn. In de praktijk betekent dit dat artsen hun onderhandelingsmacht verliezen en gedwongen worden om tijdelijk te blijven werken volgens de voorwaarden van een verloopen overeenkomst, zonder hun recht op inspraak of terugtrekking te behouden.

p.23/55

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

Commentaire : Ce lien transforme l'index, qui devrait en principe être un ajustement légal et objectif à la réalité économique, en un outil de négociation. Il en résulte que les partenaires sociaux sont pris en otage : sans accord, pas d'index, et donc pas de rémunération équilibrée des soins dispensés dans un contexte d'augmentation des coûts. Cela nuit évidemment au dialogue social.

Commentaar: Deze koppeling verandert de index, die in principe een wettelijke en objectieve aanpassing aan de economische realiteit zou moeten zijn, in een onderhandelingsinstrument. Het gevolg is dat de sociale partners gegijzeld worden: zonder akkoord geen index en dus geen evenwichtige verloning voor de verleende zorg in een context van stijgende kosten. Dit is uiteraard schadelijk voor de sociale dialoog.

p. 25/55

respect des tarifs. Si un accord ou un document ne peut pas entrer en vigueur, aucune intervention ne peut être accordée.	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.
---	--

Commentaire : si aucun accord n'est trouvé, les indemnités seront supprimées dans leur totalité pour tous les médecins. En cas d'accord, seul le médecin conventionné bénéficiera de ces indemnités. Ce mode de fonctionnement va à l'encontre des objectifs initiaux des indemnités, qui sont de soutenir la qualité des soins, de stimuler la formation continue et de permettre les investissements nécessaires à la numérisation, entre autres. Le résultat est une punition pour les médecins non-conventionnés, indépendamment de leur engagement ou de la qualité de leurs prestations. En même temps, cela augmente la pression collective sur les partenaires de négociation.

Commentaar: Als er geen akkoord wordt bereikt, worden de vergoedingen voor alle artsen volledig geschrapt. Als er wel een akkoord wordt bereikt, komt alleen de geconventioneerde arts in aanmerking voor deze vergoedingen. Deze werkwijze druist in tegen de oorspronkelijke doelstellingen van de vergoedingen, namelijk het ondersteunen van de kwaliteit van de zorg, het stimuleren van bijscholing en het mogelijk maken van de nodige investeringen in digitalisering, onder andere. Het resultaat is een straf voor niet geconventioneerde artsen, ongeacht hun inzet of de kwaliteit van hun prestaties. Tegelijkertijd neemt de collectieve druk op de onderhandelingspartners toe.

p.33/55

Détermination générique par la loi elle-même à partir de 2028 Algemene vaststelling door de wet zelf van 2028

Pour les prestations dispensées à partir du 1er janvier 2028, le maximum est déterminé par la loi elle-même. Selon que la prestation est dispensée ou non à un bénéficiaire admis à l'hôpital, le pourcentage est fixé respectivement à 125 % et 25 %.

Voor de verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2028 wordt het maximum bepaald in de wet zelf. Naar gelang de verstrekking al dan niet verleend is aan een rechthebbende opgenomen in een ziekenhuis, wordt het percentage vastgesteld op respectievelijk 125 % en 25 %.

Commentaire : Si la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux ne sont pas suffisamment finalisés à ce moment-là (avec des tarifs corrects et convenus par consensus), ce dispositif n'est pas négociable.

Commentaar: Als de hervorming van de nomenclatuur en de financiering van ziekenhuizen op dat moment nog niet voldoende is afgerond (met correcte en in consensus overeengekomen tarieven), is deze regeling niet onderhandelbaar.

p. 38/55

représentatives des dispensateurs de soins pour le travail que ces organisations effectuent dans les instances siégeant au sein de l'INAMI. Cet article instaure le principe d'un lien entre ce financement et le nombre de conventionnés dans le secteur concerné.

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.

Commentaire : Comme l'ABSyM et d'autres prestataires de soins de santé l'ont déjà souligné dans leurs communiqués de presse, lier le financement des syndicats au nombre de conventionnés constitue un moyen de pression.

Commentaar: Zoals BVAS en andere zorgverleners al in hun persberichten hebben benadrukt, is het koppelen van de financiering van vakbonden aan het aantal geconventioneerde een middel om druk uit te oefenen.

p. 43/55

Il est également précisé que le numéro INAMI susmentionné peut également servir à d'autres fins mentionnées dans la réglementation relative à l'assurance maladie obligatoire.

Er wordt tevens aangegeven dat het voormelde RIZIV-nummer ook kan dienen voor andere doeleinden die worden vermeld in de regelgeving betreffende de verplichte ziekteverzekering.

Commentaire : le retrait d'un numéro INAMI est une sanction très grave et devrait être soumis à des procédures strictes, préservant les droits de la défense. Cette sanction est aussi grave pour un médecin que la privation des droits civiques pour un homme politique. Ces pouvoirs étendus sont accordés sans aucun contrôle parlementaire.

Pas dans l'accord de coalition.

Commentaar: Het intrekken van een RIZIV-nummer is een zeer ernstige sanctie en moet onderworpen worden aan strikte procedures, waarbij de rechten van de verdediging gewaarborgd blijven. Deze sanctie is voor een arts even ernstig als het ontnemen van burgerrechten voor een politicus. Deze uitgebreide bevoegdheden worden toegekend zonder enige parlementaire controle.

Niet in het regeerakkoord.

ANNEXE 13 – BIJLAGE 13

UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES
VLAAMSE BEROEPSORGANISATIE VAN VROEDVROUWEN



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen



UpSfb
UNION PROFESSIONNELLE
DES SAGES-FEMMES BELGES



Hervormingswet minister Vandenbroucke

Reactie Vroedvrouwen

Geachte,

Graag delen wij enkele fundamentele bedenkingen en aanbevelingen vanuit de drie beroepsverenigingen van de vroedvrouwen met betrekking tot het voorstel van hervormingswet. De sector van de vroedvrouwen deelt de mening dat een hervorming van de gezondheidszorg noodzakelijk is. Er dient afgestapt te worden van een louter fysiek gezondheidsperspectief om te komen tot een holistisch duurzaam gezondheidsperspectief. Dit dient echter te gebeuren in een stabiel evenwicht tussen een kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg voor de patiënt enerzijds en een bewaking van het welzijn van de zorgverlener anderzijds. Ook kan deze hervorming niet los worden gezien van de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

*Hoogachtend,
Met vriendelijke groet,*

VBOV vzw – Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen

UPSfB – Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges

AFSf – Association Francophone des Sages-Femmes de Belgique

Positieve elementen

- Goede intentie: balans vinden tussen toegankelijkheid van de zorg en eerlijke, duurzame verloning
- Duidelijker en uniform proces voor overeenkomsten
- Gelijkvormig proces voor alle zorgberoepen
- Handhaving: positieve elementen ter garantie van de kwaliteit
- Afschaffing 25-75%-regel

Feedback en bedenkingen

- Algemeen:
 - o We lezen in de mailing met veelgestelde vragen: *“de bevoegde minister spreekt over dat kader met alle betrokkenen (dat is de voorbije weken ook uitvoerig gebeurd)”*. De vroedvrouwen zijn hier echter nog niet in geconsulteerd. Op 18 juni antwoordde het kabinet van de minister zelfs negatief op een vraag naar overleg door de drie beroepsorganisaties. De sector is dus vragende partij om de minister te kunnen spreken in het kader van deze hervormingen. Zulke ingrijpende hervormingen kunnen niet zonder het debat en de input van de betrokken sectoren.
 - o De vroedvrouwen trekken al jaren aan de alarmbel omwille van de historische onderfinanciering van de sector. Deze hervormingen zijn dan ook onmogelijk voor de sector als ze niet voorafgegaan worden door een volledige herfinanciering van de zorg (nomenclatuur) door de vroedvrouw, praktijkfinanciering, permanentievergoedingen,... en dit binnen een totale hervorming van de perinatale zorg in het huidige Belgisch gezondheidszorglandschap.
 - o Het overlegmodel waarbij het gezondheidszorgbeleid werd opgesteld in een co-creatie met zorgverleners, mutualiteiten, RIZIV en politiek mag niet uitgehold worden.
- Correcte tarieven: cruciaal voor vroedvrouw!
- In de toekomst enkel nog akkoorden. Wat is het verschil tussen een overeenkomst en een conventie? Zijn akkoorden minder juridisch afdwingbaar? Heeft dit gevolgen voor de rechtszekerheid van vroedvrouwen?
- Opdrachtenbrief van de minister: nog een vaag concept. Niet helemaal duidelijk wat hiervan verwacht moet worden.
- Plafonnering ereloonsupplementen
 - o Treffen alle groepen van zorgverleners
 - o een supplementplafond van 25% voor de ambulante zorg door de gedeconventioneerde vroedvrouw is ontoelaatbaar indien de standaard nomenclatuur ontoereikend is.
 - o Moet kaderen binnen hervorming van de nomenclatuur. Alleen een correcte nomenclatuur kan leiden tot meer conventionering (zie hieronder).
- Supplementen: Pg12-13 (van het document Memorie) (Art. W+12) wordt er de mogelijkheid gecreëerd wordt, ook voor geconventioneerde zorgverstrekkers om het bedrag van de honoraria te overschrijden, bvb. bij bijzondere eisen of als de nomenclatuur niet herijkt werd tot een redelijke honorering en dat daar

met richttarieven kan gewerkt worden. Pg 26 wordt er gesproken over richttarieven. Pg 30/31 is er sprake van toegestane maximale supplementen. Zal het verbod op supplementen dat nu bestaat voor vroedvrouwen dan wegvallen?

Richttarieven worden opgenomen in de maximumfactuur: uitzonderlijk van toepassing voor jonge ouders in de perinatale periode.

- Conventiemodel aanmoedigen
 - o *“We willen voldoende zorgverleners kunnen overtuigen om zich aan te sluiten bij verbintenistarieven, ook al blijft ‘zich conventioneren’ een vrije en individuele keuze”*
 - o Behalve het koppelen van beperkte premies aan conventiestatus, is er geen motiverend kader. Dit is mager als stimulans. Hoe zal men de aantrekkelijkheid tot geconventioneerde-zijn en blijven beduidend verbeteren? Zullen de bestaande tegemoetkomingen in andere sectoren uitgebreid worden naar de geconventioneerde vroedvrouwen (bv kwaliteitspremie, organisatie praktijk, tussenkomst administratieve lasten, opleidingspremie)?
- Sociaal statuut: pg 13 lezen we *“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.”* Wat wordt hiermee bedoeld? Is dit een schrapping van het sociaal statuut?
- Index: indien er geen 60% toetreedt, is er geen overeenkomst en komt het initiatief toe aan het verzekeringscomité of zelfs de minister. Wat betekent dit voor de verloren indexbedragen voor de maand januari en eventueel februari? Krijgt de sector dan de latere maanden een hogere index? Of hoe wordt dit verrekend voor de sector (cfr discussie die nu loopt bij de kinesisten)?
- Financiering beroepsorganisatie
 - o Financiering beroepsorganisatie afhankelijk van conventiestatus: gijzeling. Er kan enkel een collectieve verantwoordelijkheid zijn voor het aantal geconventioneerde zorgverleners indien er een leefbare en correcte verloning is voor de sector.
 - o De beroepsorganisatie is ook de stem van de gedeconventioneerde zorgverleners binnen het riziv!
- Digitalisering: we lezen over digitale attesten, -documenten, digitale gegevensoverdracht maar een werkbaar gedeeld patiëntendossier is een

basisbehoefte en onontbeerlijk binnen de gezondheidszorg. Hier dienen stappen in gezet te worden.

- Afschaffing partiële conventionering
 - o problematisch voor vroedvrouwen die naast hun job in het ziekenhuis ervoor willen kiezen om individueel te deconventioneren. Huidig hiaat dat ziekenhuizen soms het geconventioneerde-zijn afdwingen zal hiermee een groot struikelblok blijven.
- Structurele onderwaarderingen moeten aangekaart worden door de overeenkomstencommissies:
 - o Hoe doen we dit? Volgens welke parameters?
 - o In de presentatie van de minister staat dit te lezen: *“Bestaande erelonen/nomenclatuur die duidelijk te weinig zijn, zonder budgetten voorhanden: geconventioneerde zorgverleners zullen supplementen mogen vragen die meetellen voor de maximumfactuur. Er moet dan ook een engagement zijn vanuit de regering om die tarieven recht te trekken.”* □ Wat betekent dit concreet?
 - o Ook geconventioneerde zorgverleners mogen dan in de tussentijd supplementen vragen. Hoe wordt dit praktisch gezien?
 - o In de praktijk zien we dat ereloonsupplementen op nomenclatuur van gedeconventioneerde vroedvrouwen gedragen worden door hospitalisatieverzekeringen. Een supplement van een geconventioneerde zorgverlener (bv vervoerskost) wordt daarentegen niet vergoed door de hospitalisatieverzekeringen. Hoe zullen de supplementen voor geconventioneerde hulpverleners zich hiertoe verhouden? Gaat dit leiden tot een structurele meerkost voor de patiënt zelf indien zij een geconventioneerde hulpverlener heeft?
- Correctiemechanismen
 - o bij overschrijdingen budget, maar niets wordt gezegd over onderbenutting? Waarom is hier geen evenwichtige benadering?
 - o Elke (dreigende) niet-verantwoorde overschrijding moet aangepakt worden: hoe wordt dit bepaald? Wat is een niet-verantwoorde overschrijding?
- Invoeren van richttarieven binnen de conventie
 - o Houdt dit een verbetering van de nomenclatuur in?
- Bijzondere eisen en tijden
 - o *“Er 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 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." Belangrijk om dit blijvend mee te nemen in de nieuwe akkoorden.

Loi de Réforme du ministre Vandenbroucke

Réaction des sages-femmes

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous souhaitons partager avec vous quelques remarques fondamentales et recommandations formulées par les trois associations professionnelles des sages-femmes à propos du projet de loi de réforme. Le secteur des sages-femmes partage l'avis selon lequel une réforme des soins de santé est nécessaire. Il est indispensable d'abandonner une approche centrée uniquement sur la santé physique, pour évoluer vers une vision holistique et durable de la santé. Cette réforme doit cependant s'opérer dans un équilibre stable entre, d'une part, des soins de qualité, accessibles et abordables pour les patient·e·s, et d'autre part, la préservation du bien-être des prestataires de soins. Par ailleurs, cette réforme ne peut être considérée indépendamment de la réforme de la nomenclature et de la financement hospitalier.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

VBOV vzw – Organisation professionnelle flamande des sages-femmes

UPSfB – Union professionnelle des sages-femmes belges

AFSf – Association francophone des sages-femmes de Belgique

Éléments positifs :

- Bonne intention : chercher un équilibre entre l'accessibilité des soins et une rémunération équitable et durable
- Processus d'accords plus clair et plus uniforme
- Harmonisation du processus pour toutes les professions de santé
- Contrôle : des éléments positifs pour préserver la qualité
- Suppression de la règle des 25/75 %

Commentaires et réflexions :

Généralités :

- Nous lisons dans le mailing des FAQ : « le ministre compétent discute de ce cadre avec toutes les parties concernées (ce qui a été fait ces dernières semaines) ». Les sages-femmes n'ont cependant pas encore été consultées. Le 18 juin, le cabinet du ministre a même répondu négativement à une demande de concertation des trois organisations professionnelles. Le secteur souhaite donc rencontrer le ministre dans le cadre de ces réformes. De telles réformes profondes ne peuvent avoir lieu sans débat ni contribution des secteurs concernés.
- Les sages-femmes tirent la sonnette d'alarme depuis des années en raison du sous-financement historique du secteur. Ces réformes sont dès lors irréalisables pour notre profession si elles ne sont pas précédées d'un refinancement complet des soins prodigués par la sage-femme (nomenclature), du financement des pratiques, des indemnités de garde, etc., le tout dans le cadre d'une réforme globale des soins périnataux au sein du paysage actuel des soins de santé en Belgique.
- Le modèle de concertation sur lequel se fonde la politique des soins de santé – une co-crédation entre les prestataires, les mutualités, l'INAMI et les autorités politiques – ne doit pas être affaibli.

Tarifs corrects : cruciaux pour les sages-femmes !

À l'avenir, uniquement des accords. Quelle est la diffédrence entre un accord et une convention ? Les accords sont-ils moins juridiquement contraignants ? Quelles en sont les conséquences pour la sécurité juridique des sages-femmes ?

Lettre de mission du ministre : concept encore flou. Il n'est pas clair ce que l'on peut en attendre.

Plafonnement des suppléments d'honoraires

- Cela concerne tous les groupes de prestataires de soins.
- Un plafond de 25 % de suppléments pour les soins ambulatoires des sages-femmes déconventionnées est inacceptable si la nomenclature standard est insuffisante.

- Cela doit s'inscrire dans la réforme de la nomenclature. Seule une nomenclature correcte peut mener à plus de conventionnement (voir ci-dessous).

Suppléments : Pages 12-13 (du document Mémoire) (Art. W+12), il est prévu de permettre aux prestataires conventionnés de dépasser le montant des honoraires, par exemple en cas d'exigences particulières ou si la nomenclature n'a pas été mise à jour pour une rémunération équitable. Des tarifs indicatifs pourraient alors être utilisés. Page 26, il est question de tarifs indicatifs. Pages 30/31, on parle de suppléments maximums autorisés. L'interdiction actuelle des suppléments pour les sages-femmes sera-t-elle levée ?

Les tarifs indicatifs seront inclus dans le maximum à facturer : applicables exceptionnellement aux jeunes parents pendant la période périnatale.

Encouragement du modèle de convention

- « Nous voulons convaincre suffisamment de prestataires de soins d'adhérer aux tarifs conventionnés, bien que cela reste un choix libre et individuel. »
- À part le lien entre petites primes et statut conventionné, il n'y a pas de cadre incitatif. C'est peu motivant. Comment améliorer sensiblement l'attractivité du statut conventionné ? Les compensations existantes dans d'autres secteurs seront-elles étendues aux sages-femmes conventionnées (p.ex. prime de qualité, organisation du cabinet, indemnité pour charges administratives, prime de formation) ?
- Statut social : page 13 on lit : « Le paragraphe 6 actuel, qui autorise le Roi à instaurer un régime spécial en matière d'assurance survie et invalidité pour les personnes adhérant à la convention, est supprimé vu les avantages sociaux pouvant être accordés aux prestataires sur base de l'article 54 de la loi coordonnée. » Que signifie cela ? Est-ce la suppression du statut social ?

Indexation : s'il n'y a pas 60 % d'adhésion, il n'y a pas d'accord et l'initiative revient au comité d'assurance ou au ministre. Qu'en est-il des montants indexés perdus pour janvier et peut-être février ? Le secteur bénéficiera-t-il d'une indexation plus élevée les mois suivants ? Comment cela sera-t-il comptabilisé (voir débat en cours chez les kinés) ?

Financement des organisations professionnelles

- Le financement lié au statut conventionné est une forme de prise en otage. Une responsabilité collective ne peut être exigée qu'avec une rémunération correcte et viable du secteur.
- L'organisation professionnelle est aussi la voix des prestataires déconventionnés auprès de l'INAMI !

Numérisation : on lit sur les attestations, documents et transferts de données numériques, mais un dossier patient partagé et fonctionnel est un besoin fondamental et indispensable. Des étapes doivent être prises à cet égard.

Suppression du conventionnement partiel

- Problématique pour les sages-femmes qui travaillent à l'hôpital mais souhaitent se déconventionner dans leur activité libérale. Le vide juridique actuel, où certains hôpitaux imposent le conventionnement, restera un gros obstacle.

Sous-évaluations structurelles à signaler par les commissions paritaires :

- Comment le faire ? Quels paramètres utiliser ?
- Présentation du ministre : « Des honoraires/nomenclatures clairement insuffisants, sans budgets disponibles : les prestataires conventionnés pourront demander des suppléments inclus dans le maximum à facturer. Il doit y avoir un engagement gouvernemental pour corriger ces tarifs. » → Que cela signifie-t-il concrètement ?
- Les prestataires conventionnés pourront également demander des suppléments entre-temps. Comment cela fonctionne-t-il en pratique ?
- En pratique, les suppléments sur la nomenclature des sages-femmes déconventionnées sont couverts par les assurances hospitalisation. Un supplément d'un prestataire conventionné (p.ex. frais de déplacement) n'est en revanche pas remboursé. Comment cela se traduit-il pour les sages-femmes conventionnées ? Cela entraînera-t-il un coût structurel supplémentaire pour les patients ?

Mécanismes de correction

- En cas de dépassement budgétaire, mais rien n'est dit sur la sous-utilisation ? Pourquoi une approche équilibrée n'est-elle pas adoptée ?

- Tout dépassement injustifié (potentiel) doit être corrigé : comment est-ce défini ? Qu'est-ce qu'un dépassement injustifié ?

Introduction de tarifs indicatifs dans la convention

- Cela implique-t-il une amélioration de la nomenclature ?

ReactiveExigences particulières et horaires

- « Il sera possible, dans les accords avec les autres secteurs, de fixer des conditions concernant les exigences particulières du bénéficiaire permettant de dépasser les honoraires et prix fixés. Cela peut concerner des prestations sur demande après une certaine heure, le week-end ou un jour férié. » Il est essentiel que cela soit maintenu dans les futurs accords.