

N Hervormingen gezondheid A1
SL/ND/AS
956-2025

Brussel, 15 juli 2025

ADVIES

over

**EEN VOORONTWERP VAN KADERWET OVER HERVORMINGEN
IN DE GEZONDHEIDSZORG**

De Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO heeft kennisgenomen van het door de Minister van Volksgezondheid gepresenteerde voorontwerp van kaderwet over hervormingen in de gezondheidszorg.

Na raadpleging van de sectorcommissie nr. 13 - Medische en paramedische beroepen, die is samengekomen op 8 juli 2025, heeft het bureau van de Hoge Raad op 15 juli 2025 bij hoogdringendheid onderstaand advies uitgebracht.

CONTEXT

Op 4 juni 2025 heeft dhr. Frank Vandenbroucke, Minister van Volksgezondheid, een voorontwerp van kaderwet gepresenteerd over hervormingen in de gezondheidszorg. Dit voorontwerp van wet wijzigt de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, en wil verschillende luiken hervormen: het begrotingsproces, het conventiemodel, het overlegmodel, de digitalisering en de handhaving. Dit voorontwerp van kaderwet heeft inmiddels reeds een aantal aanpassingen ondergaan, waarvan de Hoge Raad eveneens kennis heeft kunnen nemen.

Zo voorziet dit voorontwerp van kaderwet met name in:

- een begrenzing van de ereloonsupplementen, op 25% voor ambulante geneeskundige verstrekkingen, en op 125%¹ voor de geneeskundige verstrekkingen verleend aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende;
- een aanpassing van de regels in verband met de gedeeltelijke conventionering² en maatregelen om zorgverleners aan te moedigen om zich te conventioneren;
- een nieuw kader voor de financiering van de representatieve beroepsorganisaties;
- de mogelijkheid om per koninklijk besluit nadere regels te bepalen met betrekking tot de toekenning, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer.

De Hoge Raad had reeds een advies uitgebracht over de problematiek van de ereloonsupplementen, dat in het bijzonder betrekking had op twee koninklijke besluiten die de artsen en tandartsen verboden om ereloonsupplementen te vragen voor VT-patiënten in het kader van ambulante zorg.³

ALGEMENE STANDPUNTEN

De Hoge Raad onderschrijft de doelstelling die door dit voorontwerp van kaderwet wordt beoogd, nl. het behoud van kwaliteitsvolle en voor iedereen toegankelijke zorg, en is bereid om hieraan mee te werken. Hij is echter van mening dat dit voorontwerp van wet in zijn huidige staat zijn doel niet zal bereiken, wel integendeel.

¹ Het gaat om percentages van de bedragen of honoraria die als berekeningsbasis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering.

² In de eerste versie van het voorontwerp van wet was er sprake van het verbieden van de mogelijkheid om te kiezen voor een gedeeltelijke conventionering.

³ [HRZKMO-advies nr. 941-2024 over de problematiek van de ereloonsupplementen.](#)

A. Toepassingsgebied

De Hoge Raad brengt in herinnering dat hij onder zijn leden beroepsorganisaties van artsen en tandartsen, alsook representatieve organisaties van de andere medische en paramedische beroepen telt, die eveneens betrokken zijn bij het voorontwerp van kaderwet. In dit verband doet hij opmerken dat verschillende paramedische beroepen niet worden vermeld in het voorontwerp van wet, wat voor rechtsonzekerheid zorgt.

B. Vrije karakter van de gezondheidszorgberoepen

De Hoge Raad is van mening dat de bepalingen van het voorontwerp van kaderwet afbreuk doen aan het vrije karakter van de gezondheidszorgberoepen. Teneinde kwaliteitsvolle zorg te garanderen, is het echter van cruciaal belang om een evenwicht te behouden tussen de individuele vrijheid die inherent is aan het vrije beroep en de noodzaak om tegemoet te komen aan de behoeften op het vlak van volksgezondheid. De vrije keuze van zijn zorgverstrekker door de patiënt is immers een essentiële grondslag van ons gezondheidssysteem, want dit model garandeert een rechtstreekse vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Het maakt een grotere reactiviteit en het personaliseren van de zorg mogelijk. Bovendien draagt het bij tot het verzekeren van een diversiteit in het zorgaanbod, zowel wat betreft specialismen als modaliteiten. Het vrije karakter van de gezondheidszorgberoepen is ook belangrijk vanuit het oogpunt van de aantrekkelijkheid van deze beroepen. Er bestaat een reëel risico dat bepaalde specialisten naar het buitenland trekken of te weinig instromen, waardoor de schaarste in de sector nog groter zou worden.

C. Overlegmodel

Het overlegmodel in de gezondheidszorg in België is gebaseerd op een gestructureerde dialoog tussen verschillende actoren: vertegenwoordigers van de zorgverleners, van de ziekteverzekering (ziekenfondsen) en van de overheid (RIZIV). De beslissingen worden genomen in het kader van gezamenlijk overleg tussen deze actoren. Er kan geen sprake zijn van het ontmantelen van een systeem waarin overleg heeft toegelaten om tot nu toe een zekere stabiliteit te garanderen. In zijn huidige vorm zet het voorontwerp van kaderwet dit model op losse schroeven door aan de overheid meer bevoegdheden te geven met betrekking tot de wijze waarop het budget van de ziekteverzekering zal worden bepaald, of tot de manier waarop de akkoorden en overeenkomsten met de zorgverleners zullen worden gesloten.

Bovendien bestaan er in de sector van de gezondheidszorg meerdere overlegorganen, die gewoonlijk betrokken zijn bij de hervormingen van hun sector, die zij beter kennen dan wie dan ook. Het voorontwerp van kaderwet tot hervorming van de sector van de gezondheidszorg dient rekening te houden met dit overleg.

SPECIFIEKE STANDPUNTEN

A. Beperking van de ereloonsupplementen

De Hoge Raad is van mening dat de kwestie van de beperking van de ereloonsupplementen onlosmakelijk verbonden is met enerzijds de hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die worden terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en anderzijds de hervorming van de financiering van de

ziekenhuizen. Het afzonderlijk behandelen van het vraagstuk van de ereloonsupplementen en deze twee andere hervormingsprojecten heeft voor de Hoge Raad geen zin en leidt tot een enorme onzekerheid voor de zorgverleners. De transparantie die door de minister wordt beoogd in zijn voorontwerp van kaderwet zal enkel mogelijk zijn door eerst deze twee hervormingen uit te voeren en door de werkelijke kosten van de geneeskundige verstrekkingen te objectiveren. Voor bepaalde verstrekkingen dekken de basishonoraria de werkelijke kosten niet. Dit heeft tot gevolg dat de supplementen nodig zijn, bijvoorbeeld opdat de zorgverleners zouden kunnen investeren in kwaliteitsmateriaal of administratieve of logistieke taken zouden kunnen toewijzen aan specifiek personeel. Het is dus aangewezen om eerst deze twee andere hervormingen af te ronden en te bepalen waarvoor de ereloonsupplementen worden gebruikt vooraleer een plafond voor deze supplementen te overwegen. In het Regeerakkoord wordt de beperking van de ereloonsupplementen overigens expliciet gekoppeld aan een bredere hervorming van de nomenclatuur en van de financiering van de ziekenhuizen.

Vervolgens is de Hoge Raad van oordeel dat een uniforme beperking van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg tot 25%, ongeacht de handeling of het betrokken (para)medische beroep, zou neerkomen op het negeren van de diversiteit van de praktijken en van de kosten die hun eigen zijn. Het zou een onbillijke maatregel zijn die geen contact houdt met de realiteit op het terrein. Voor bepaalde medische specialismen en paramedische activiteiten is de RIZIV-nomenclatuur niet voldoende aangepast aan de evoluties in de geneeskunde, de stijgende complexiteit van de zorg en toegenomen administratieve last. Zij laat bijgevolg niet toe om de kosten te dekken en een fatsoenlijk inkomen te garanderen aan zorgverleners die diensten van zeer hoge kwaliteit willen aanbieden. Voor sommige zorgverleners, in het bijzonder voor de activiteiten waarvoor de geconventioneerde tarieven vrij laag zijn, zou een beperking van de ereloonsupplementen tot 25% dan ook een zeer zware impact hebben. Bovendien bestaat het risico dat een groot verschil tussen het niveau van de ereloonsupplementen tussen ambulante praktijken en verplegingsinrichtingen (25% tegenover 125%) leidt tot een verplaatsing naar het hogere niveau van 125%. Deze verschuiving zal de druk op de ziekenhuizen, die al met een personeelstekort kampen, onnodig vergroten. Dit zal leiden tot langere wachttijden en extra kosten.

B. Gedeeltelijke conventionering

De eerste versie van het voorontwerp van wet voorzag in een verbod voor de zorgverlener om te kiezen voor een 'statuut' van gedeeltelijke conventionering. De Hoge Raad stelt met tevredenheid vast dat dit verbod uit de laatste versie van het voorontwerp werd weggehaald. Hij meent dat deze mogelijkheid om te kiezen voor een gedeeltelijke conventionering onder de vrijheid van de beroepsbeoefenaar valt en flexibiliteit mogelijk maakt, met name wanneer de beroepsbeoefenaar zowel in een ziekenhuis als in een privépraktijk werkzaam is.

De Hoge Raad verwerpt elk voorstel dat de toegang van beroepsbeoefenaars tot de gedeeltelijke conventionering zou bemoeilijken. Hij is dan ook van mening dat de beperking voorzien in de laatste versie van het voorontwerp, nl. tot twee dagen per week en tot 40% van het totaal van de verstrekkingen voor het hanteren van gedeconventioneerde erelonen, de keuzevrijheid van de zorgverlener beperkt ten opzichte van de huidige situatie en niet meer duidelijkheid biedt voor de patiënt.

De mogelijkheid om voor gedeeltelijke conventionering te kiezen zou voor alle types zorgverleners moeten bestaan. Dit is momenteel niet het geval: de paramedische beroepen, zoals bijvoorbeeld kinesitherapeuten of logopedisten, hebben deze mogelijkheid niet.

C. Financiering van de beroepsorganisaties

De representatieve beroepsorganisaties spelen een belangrijke rol, zowel door hun leden te ondersteunen bij het bevorderen van kwaliteit, door bijscholing als door participatie en vertegenwoordiging op beleidsniveau.

Het voorontwerp van kaderwet voorziet dat de representatieve beroepsorganisaties worden gefinancierd met een basisbedrag en een aanvullend bedrag, beperkt tot maximum 20% van de totale tegemoetkoming. Dit aanvullend bedrag van de financiering is gekoppeld aan het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de akkoorden. Voor de Hoge Raad is dit niet aanvaardbaar, want dit zou een drukmiddel zijn op de beroepsorganisaties, die er aldus toe zouden worden aangezet om hun leden aan te moedigen om zich te conventioneren, terwijl dat duidelijk hun rol niet is. Bovendien moeten de zorgverleners vrij kunnen kiezen of ze zich al dan niet conventioneren.

D. RIZIV-nummers

Het voorontwerp van kaderwet voorziet in de mogelijkheid om het RIZIV-nummer van een zorgverlener voor maximaal twee jaar op te schorten, *“als alternatief op de administratieve geldboete voor de inbreuken voorzien in artikel 73bis, 1° tot en met 4° wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro”* (art. X+52 van het voorontwerp van kaderwet).

De Hoge Raad is van mening dat de opschorting van een RIZIV-nummer een zeer zware sanctie is die het voorwerp moet uitmaken van rigoureuze procedures, waarbij de rechten van de verdediging worden gewaarborgd en zowel de voorwaarden voor het opleggen van de opschorting als de nadere regels voor de opheffing van die opschorting worden vastgelegd. Een opschorting van twee jaar kan immers het einde van de loopbaan van de zorgverlener betekenen. In het voorontwerp van kaderwet staat echter geen enkele bepaling die voorziet dat de duur van de opschorting van het RIZIV-nummer evenredig is met de ernst van de gepleegde feiten of het bedrag van de geldboete.

Bovendien stelt de Hoge Raad zich vragen bij de afwezigheid van een verwijzing naar de Orde der Artsen in de bepalingen betreffende de opschorting van het RIZIV-nummer. Als deontologisch en tuchtorgaan heeft de Orde tot taak haar leden te controleren en te sanctioneren. Zij moet dan ook worden betrokken bij elke tuchtprocedure die wordt ingesteld tegen één van haar leden. De Hoge Raad herhaalt bovendien dat hij pleit voor de oprichting van controleorganen voor de andere medische en paramedische beroepen.

BESLUIT

De Hoge Raad brengt een negatief advies uit over het voorontwerp van kaderwet. Hij is van oordeel dat de vrijheid van uitoefening die inherent is aan de vrije gezondheidszorgberoepen en het overlegmodel dat eigen is aan de sector van de gezondheidszorg door dit voorontwerp in gevaar komen. Bovendien zou het toepassingsgebied moeten worden verduidelijkt, aangezien bepaalde beroepen niet worden vermeld, wat rechtsonzekerheid creëert.

Wat betreft de problematiek van de ereloonsupplementen is het absoluut noodzakelijk om eerst de hervormingen van de nomenclatuur en de financiering van de ziekenhuizen door te voeren alvorens een beperking van de ereloonsupplementen te definiëren. Een homogene begrenzing van de ereloonsupplementen tot 25% voor alle ambulante zorg houdt geen rekening met de diversiteit van de praktijken en de realiteit op het terrein.

Vervolgens verdedigt de Hoge Raad de vrijheid van de zorgverleners om te kiezen voor gedeeltelijke conventionering. Hij pleit er bovendien voor om deze mogelijkheid uit te breiden naar alle gezondheidszorgberoepen, met inbegrip van de paramedische.

Bovendien is het voor de Hoge Raad niet aanvaardbaar om een deel van de financiering van de representatieve beroepsorganisaties te koppelen aan de conventioneringsgraad van hun leden.

Tot slot is een opschorting van het RIZIV-nummer die tot twee jaar kan duren een zeer zware sanctie die absoluut in verhouding moet staan tot de gepleegde feiten en strikt moet worden omkaderd. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de rol van de deontologische en tuchtorganen.
