

## **AVANT-PROJET DE LOI-CADRE**

### **EXPOSE DES MOTIFS**

#### **Chapitre 1<sup>er</sup> - Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**

#### ***Section X – Processus budgétaire***

Le processus relatif à l'élaboration du budget des soins de santé dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après Loi SSI) est modifié.

Les documents de base dans le cadre de l'élaboration du budget tels que par exemple, les estimations techniques du Service des soins de santé de l'INAMI (qui désormais ont été communiquées au Conseil des ministres), les propositions sectorielles des Commissions d'accords concernant les mesures d'économies, l'efficacité des soins et les besoins, et le rapport annuel de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé doivent tous être disponibles au plus tard à la fin du mois de juin de l'année précédant l'exercice budgétaire.

Sur cette base, le Conseil des ministres peut établir, au plus tard le 20 juillet, une lettre de mission qui énonce clairement les priorités politiques pour l'exercice budgétaire prochain, en tenant compte du cadre budgétaire. Il peut être proposé, par exemple, qu'un certain pourcentage de l'objectif budgétaire soit réservé pour les objectifs en matière de soins de santé et qu'un ou plusieurs secteurs (en concertation mutuelle si plusieurs secteurs sont concernés) soient chargés d'allouer des ressources budgétaires à cette fin (afin d'éviter que la norme de croissance prévue par la loi ne serve qu'à absorber les augmentations de volumes et/ou ne soit entièrement répartie entre les secteurs sans tenir compte des objectifs prioritaires en matière de soins de santé).

## **VOORONTWERP VAN KADERWET**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **Hoofdstuk 1 - Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994**

#### ***Afdeling X - Begrotingsproces***

Het proces betreffende de opmaak van de gezondheidszorgbegroting in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna GVV-wet) wordt gewijzigd.

Basisdocumenten in het kader van de begrotingsopmaak zoals bijvoorbeeld de initiële technische ramingen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV (die voortaan gecommuniceerd zijn geweest aan de Ministerraad), de sectorale voorstellen vanuit de akkoordcommissies met betrekking tot besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en behoeften, en het jaarlijks rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen dienen allemaal beschikbaar te zijn uiterlijk eind juni van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar.

Op basis daarvan kan de Ministerraad uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief opmaken waarin duidelijk de beleidsprioriteiten worden vermeld voor het aankomende begrotingsjaar rekening houdende met het budgettaire kader. Zo kan bijvoorbeeld worden voorgesteld dat een bepaald percentage van de begrotingsdoelstelling gereserveerd wordt voor gezondheidszorgdoelstellingen en waarbij aan één of meerdere sectoren (in onderling overleg indien het om meerdere sectoren gaat) een opdracht wordt gegeven om budgettaire middelen daartoe aan te wenden (om zo te vermijden dat de wettelijk voorziene groeicijfer louter dient om volumestijgingen op te vangen en/of volledig verdeeld wordt over de sectoren zonder rekening te houden met prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen).

Cette lettre de mission est transmise par le ministre des Affaires sociales au Comité de l'assurance (et au Conseil général) de l'INAMI. Si la lettre de mission n'est pas remise ou n'est pas remise à temps, elle ne doit pas être prise en considération dans le cadre du processus budgétaire.

En outre, le Comité de l'assurance reste compétent pour préparer une proposition d'objectif budgétaire global – subdivisé en objectifs budgétaires partiels – dans le délai imparti (au plus tard le premier lundi d'octobre).

Le ministre des Affaires sociales peut alors, sur base de cette proposition du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé – avis qui doivent être rendus et transmis au plus tard le deuxième lundi d'octobre – et compte tenu des estimations techniques révisées, soumettre à l'approbation du Conseil des ministres un projet de budget des soins de santé- c'est-à-dire concernant l'ensemble du budget des missions : d'une part, la partie relative à l'objectif budgétaire (objectif global subdivisé en objectifs partiels), et d'autre part, la partie hors l'objectif budgétaire.

Le projet approuvé par le Conseil des ministres peut ensuite devenir le point de départ de la discussion du dossier budgétaire au Conseil général. S'il n'y a pas de projet du Conseil des ministres, le point de départ de l'examen par le Conseil général reste la proposition du Comité de l'assurance (qui se limite à l'objectif budgétaire). Quel que soit le projet de budget des soins de santé approuvé par le Conseil des ministres ou la proposition d'objectif budgétaire approuvée par le Comité de l'assurance, le Conseil général reste toutefois toujours compétent pour adopter le budget des soins de santé. En effet, un budget porté par les partenaires sociaux reste important. En ce qui concerne la compétence du Conseil général, le consentement unanime des représentants du gouvernement au sein de cet organe reste donc également nécessaire.

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

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

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

Het door de Ministerraad goedgekeurde ontwerp kan vervolgens het uitgangspunt worden voor de bespreking van het begrotingsdossier in de Algemene Raad. Indien er geen ontwerp vanuit de Ministerraad is blijft het vertrekpunt voor de behandeling door de Algemene Raad het voorstel van het Verzekeringscomité (dat beperkt is tot de begrotingsdoelstelling). Ongeacht enig eerder door de Ministerraad goedgekeurd ontwerp van gezondheidszorgbegroting of voorstel van begrotingsdoelstelling door het Verzekeringscomité blijft de Algemene Raad wel steeds finaal bevoegd om de gezondheidszorgbegroting vast te leggen. Een door de sociale partners gedragen begroting blijft immers belangrijk. Voor wat betreft de bevoegdheid van de Algemene Raad blijft het dus tevens zo dat een unanieme instemming van de regeringsvertegenwoordigers in dat orgaan noodzakelijk is.

En l'absence d'approbation au sein du Conseil général, au plus tard le troisième lundi d'octobre, l'ensemble du dossier budgétaire reste également toujours transmis pour décision au Conseil des ministres.

Outre la modification des dispositions relatives à la procédure budgétaire, il est également précisé que les mécanismes de responsabilisation déjà prévus par la loi SSI seront activés à tout moment au cours de l'exercice budgétaire quand il apparaît (par exemple, sur base des estimations techniques initiales, des estimations techniques révisées, de l'audit permanent ou de l'évolution mensuelle des dépenses) que l'objectif budgétaire global pour cette année serait dépassé. Une stricte application de cette règle permettra, plus rapidement qu'aujourd'hui, que toute menace de dépassement global injustifié soit gérée avec des mesures concrètes qui doivent permettre que le risque de ce dépassement injustifié soit maîtrisé.

Toute observation d'un dépassement injustifié de l'objectif budgétaire partiel qui risque de faire dérailler l'objectif budgétaire global (quand, en d'autres termes, des compensations nécessaires entre les objectifs budgétaires partiels ne sont pas possibles), dit déclencher les mesures et les mécanismes afin d'assurer le respect du cadre budgétaire. Dans ce cadre, il convient d'examiner quels secteurs devraient faire des efforts et pour quels objectifs partiels. Cela s'inscrit également dans la stratégie plus globale visant à promouvoir l'utilisation efficace des ressources.

#### **Art. X**

Dans les compétences du Conseil général, telles que prévues au paragraphe 1<sup>er</sup> du présent article, les dispositions suivantes sont modifiées :

- la compétence du Conseil général au point 7° pour vérifier les nouveaux accords nationaux qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre en termes

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

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

Bij elke vaststelling van een niet-verantwoorde overschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling die de globale begrotingsdoelstelling dreigt te doen ontsporen (waarbij er met andere woorden niet de nodige onderlinge compensaties mogelijk zijn tussen partiële begrotingsdoelstellingen) dienen aldus de maatregelen en mechanismen in gang te worden gezet om de naleving van het begrotingskader te waarborgen. In dat kader dient te worden bekeken welke sectoren en welke partiële doelstellingen op dat vlak dus welke inspanning zouden moeten doen. Dit past tevens binnen de meer globale strategie om het doelmatige gebruik van de middelen te bevorderen.

#### **Art. X**

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

- de bevoegdheid van de Algemene Raad in 7° om de nieuwe nationale akkoorden die ter goedkeuring voorliggen aan het Verzekeringscomité of de documenten die worden vastgesteld door het

de conformité avec le prochain budget (et plus spécifiquement les objectifs budgétaires partiels pertinents) est complétée par la compétence de vérifier les accords nationaux encore en cours (y compris les avenants existants) en termes de conformité avec le budget adopté dans l'intervalle (et, plus spécifiquement, les objectifs budgétaires partiels pertinents) ;

- la disposition au point 12° est modifiée pour préciser que le Conseil général peut toujours décider de recourir aux mesures et mécanismes juridiques existants relatifs aux objectifs budgétaires partiels lorsqu'il est constaté qu'il existe un risque de dépassement de l'objectif budgétaire global de l'année en cours.

#### **Art. X+1**

Les modifications dans cet article prévoient que :

- la Commission de contrôle budgétaire prend également en considération dans son avis la proposition du Comité de l'assurance sur l'objectif budgétaire :
  - o la conformité des accords nationaux existants (y compris les avenants existants) qui restent encore en vigueur pendant l'exercice budgétaire –y compris les accords nationaux qui seraient renouvelés– avec cette proposition. Ceci afin d'assurer la cohérence avec la mission du Conseil général prévue à l'article 16, 7° ;
  - o et la lettre de mission du Conseil des ministres si elle a été émise à temps ;
- le délai pour l'émission de cet avis est fixé au deuxième lundi d'octobre ;
- l'avis est transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance, l'avis doit ensuite être transmis au

Verzekeringscomité of de Minister te verifiëren qua conformiteit met de eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen), wordt aangevuld met de bevoegdheid om de nog doorlopende nationale akkoorden (inclusief bestaande wijzigingsclausules) te verifiëren op conformiteit met de ondertussen vastgestelde eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen);

- de bepaling bij 12° wordt gewijzigd met als doel te verduidelijken dat de Algemene Raad steeds kan beslissen om de bestaande wettelijke maatregelen en mechanismen met betrekking tot partiële begrotingsdoelstellingen te gebruiken wanneer wordt vastgesteld dat de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar dreigt overschreden te worden.

#### **Art. X+1**

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

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

Ministre des Affaires sociales, compte tenu de la nouvelle étape intermédiaire possible dans la procédure budgétaire par laquelle le Ministre peut soumettre un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit traité au Conseil général.

#### **Art. X+2**

Les modifications dans cet article prévoient que :

- étant donné qu'après la proposition du Comité de l'assurance relative à l'objectif budgétaire il devient possible pour le Conseil des ministres d'élaborer un projet de budget sur proposition du Ministre des Affaires sociales, il ne sera plus demandé au Comité de l'assurance de revoir leur proposition à la suite de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé ;
- il est également clairement précisé que l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé sur la proposition du Comité de l'assurance sera transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Comme pour l'article 18, l'avis sera ensuite soumis au Ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un commissaire du gouvernement siégeant au sein du Comité de l'assurance, compte tenu la nouvelle étape intermédiaire possible dans la procédure budgétaire par laquelle le Ministre peut soumettre un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit examiné par le Conseil général.

#### **Art. X+3**

Afin de s'assurer que le Conseil des ministres dispose à temps des informations pertinentes et des documents de base nécessaires pour le prochain budget pour la rédaction de sa lettre de mission au plus tard le 20 juillet, la date est avancée – 30 juin au lieu du 1er septembre- en ce qui concerne la présentation éventuelle des propositions sur les mesures d'économies,

aan de minister van Sociale Zaken te worden bezorgd, gelet op de mogelijke nieuwe tussenstap in de begrotingsprocedure waarbij de Minister een ontwerpbegroting ter goedkeuring kan voorleggen aan de Ministerraad vooraleer het begrotingsdossier behandeld wordt in de Algemene Raad.

#### **Art. X+2**

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

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

#### **Art. X+3**

Opdat de Ministerraad voor het opstellen van hun opdrachtbrief op uiterlijk 20 juli tijdig zou beschikken over de nodige pertinente gegevens en basisdocumenten met het oog op de volgende begroting, wordt de datum vervroegd -30 juni i.p.v. 1 september- voor wat betreft het eventueel overmaken van de voorstellen inzake besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en

l'efficacité des soins et les besoins des Commissions d'accords. Par analogie, la même date est également prévue en ce qui concerne la formulation éventuelle des propositions visant à augmenter l'efficacité des soins au sein de leur secteur par les Commissions d'accords.

Les Commissions d'accords sont tenues de soumettre au Conseil général et au Comité de l'assurance les propositions relatives aux mesures d'économies au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire si on estime qu'il y aura un dépassement injustifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente.

Les propositions visées dans le présent article sont transmises au Ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance.

Pour les secteurs qui ne remettent pas les propositions à temps, il s'ensuit que la lettre de mission du Conseil des ministres pour ces secteurs, nouvellement prévue à l'article 39, peut elle-même faire des propositions sans pouvoir prendre en compte les propositions faites par les secteurs concernés.

#### **Art. X+4**

Les dispositions suivantes sont prévues dans cet article compte tenu de la nouvelle procédure budgétaire à suivre :

- la lettre de mission du Conseil des ministres doit être remise au plus tard le 20 juillet par le Ministre des Affaires sociales au Comité de l'assurance (et au Conseil général). Si cette lettre n'est pas remise pour le 20 juillet – il s'agit après tout d'une possibilité et non d'une obligation – le Comité de l'assurance prépare sa proposition d'objectif budgétaire au mieux de ses capacités, comme auparavant, sur base de toutes les autres informations disponibles (mais sans la lettre de mission);

besoins vanuit de akkoordencommissies. Naar analogie wordt diezelfde datum ook voorzien voor wat betreft het eventueel formuleren van voorstellen tot het verhogen van de doelmatige zorg binnen hun sector door de akkoordencommissies.

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

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

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

#### **Art. X+4**

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

- de opdrachtbrief van de Ministerraad dient uiterlijk op 20 juli door de minister van Sociale Zaken aan het Verzekeringscomité (en de Algemene Raad) bezorgd te worden. Indien deze brief niet wordt opgeleverd tegen 20 juli - het betreft immers een mogelijkheid en geen verplichting- maakt het Verzekeringscomité diens voorstel van begrotingsdoelstelling op naar best vermogen zoals voorheen op basis van alle andere beschikbare gegevens (maar dan zonder de opdrachtbrief);

- la proposition d'objectif budgétaire du Comité de l'assurance – à soumettre à la Commission de contrôle budgétaire (pour avis), à la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (pour avis) et au Conseil général- doit également prendre en compte les objectifs prioritaires en matière soins de santé fixés par le Conseil général pour la législature dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire tel que visé à l'article 16, 18° et la lettre de mission (pour autant qu'elle ait été effectivement délivrée (dans les délais)). A nouveau ici, la proposition sera transmise au Ministres des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou par l'intermédiaire d'un commissaire du gouvernement siégeant au sein du Comité de l'assurance;

- ensuite, après avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (et également compte tenu des estimations techniques révisées), le Ministre peut soumettre un projet de budget complet relatif au soins de santé (à savoir une partie dans et hors objectif budgétaire) à l'approbation du Conseil des ministres. Cette nouvelle étape dans le processus budgétaire constitue également une possibilité, mais n'est pas obligatoire.

En ce qui concerne le calendrier de cette étape dans le processus budgétaire, il est prévu que le Ministre peut soumettre un projet au Conseil des ministres au plus tôt après la date limite pour les avis de la Commission de contrôle budgétaire et la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (c'est-à-dire le deuxième lundi d'octobre), projet qui est ensuite discuté par le Conseil des ministres avant la date limite d'approbation du budget par le Conseil général (c'est-à-dire le troisième lundi d'octobre);

- un alinéa qui concerne une duplication inutile de ce qui est prévu à l'article 40 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est également supprimé.

**Art. X+5**

- het voorstel tot begrotingsdoelstelling van het Verzekeringscomité –over te maken aan de Commissie voor begrotingscontrole (voor advies), aan de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (voor advies) en aan de Algemene Raad– dient tevens rekening te houden met de door de Algemene Raad bepaalde prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering zoals bedoeld in artikel 16, 18° en met de opdrachtbrief (voor zover die effectief (tijdig) werd opgeleverd). Ook hier zal via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité het voorstel aan de minister van Sociale Zaken worden bezorgd;

- vervolgens kan de Minister na de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (en eveneens gelet op de herziene technische ramingen) een ontwerp van volledige gezondheidszorgbegroting (dus deel binnen en buiten begrotingsdoelstelling) ter goedkeuring voorleggen aan de Ministerraad. Ook deze nieuwe stap in het begrotingsproces betreft een mogelijkheid, maar is geen verplichting.

Op het vlak van timing van deze stap in het begrotingsproces wordt voorzien dat de Minister ten vroegste een ontwerp kan voorleggen aan de Ministerraad na de uiterste datum voor de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (zijnde de tweede maandag van oktober), hetwelk dan door de Ministerraad te behandelen is voorafgaand aan de uiterste datum ter goedkeuring van de begroting door de Algemene Raad (zijnde de derde maandag van oktober);

- er wordt tevens een lid geschrapt dat een overbodige doublure betreft van wat bepaald wordt in artikel 40 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

**Art. X+5**

Le Conseil général reste compétent en dernier ressort pour déterminer le budget des soins de santé, dans et hors objectif. Il peut le faire sur base du projet de budget approuvé par le Conseil des ministres –qui doit être mis à la disposition des membres du Conseil général au plus tard au début de la session de cet organe et peut, le cas échéant, être présenté par un représentant Affaires sociales de l'autorité – ou, à défaut, sur base de la proposition du Comité de l'assurance en ce qui concerne l'objectif budgétaire (à laquelle se rajoute par le Conseil général ensuite la partie hors objectif). Cependant, le Conseil général n'est jamais lié par un projet/une proposition d'une phase antérieure du processus budgétaire, et peut donc toujours lui-même prendre la décision finale sur le budget des soins de santé (et donc s'il le juge nécessaire, également modifier un projet/une proposition antérieure).

Enfin, par souci de transparence, il est précisé aux paragraphes 1 et 2 que les compétences respectives du Conseil général et du Conseil des ministres (en fonction d'où se trouve le dossier budgétaire) en ce qui concerne le budget des soins de santé comprennent l'ensemble du budget des missions relatives aux soins de santé. Cela comprend les parties suivantes : l'objectif budgétaire annuel global, les objectifs budgétaires annuels partiels et la partie hors objectif budgétaire annuel global.

### ***Section X+1 – Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs***

En exécution de l'accord de gouvernement fédéral, un nouveau modèle de conventionnement est proposé. Les règles concernant les accords pour les médecins et les dentistes d'une part et les conventions pour les autres dispensateurs de soins d'autre part sont harmonisées et simplifiées. La terminologie est uniformisée. Pour tous les secteurs, les termes « accords » et « commissions d'accords » seront désormais utilisés. Il est prévu un schéma temporel strict pour la conclusion et l'approbation des accords. Si aucun accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général au 31 décembre, le Comité de l'assurance

De Algemene Raad blijft uiteindelijk bevoegd om de gezondheidszorgbegroting -deel binnen en buiten doelstelling- vast te stellen. Het kan dit doen vertrekkende vanuit het begrotingsontwerp goedgekeurd door de ministerraad –dat uiterlijk bij aanvang van de zitting van de ARGV voor de leden van dat orgaan beschikbaar moet zijn en desgevallend kan worden toegelicht door een vertegenwoordiger sociale zaken van de overheid– of bij gebrek daaraan vertrekkende vanuit het voorstel van het Verzekeringscomité betreffende de begrotingsdoelstelling (waaraan dan het deel buiten doelstelling door de Algemene Raad wordt toegevoegd). De Algemene Raad is echter nooit gebonden door enig ontwerp/voorstel uit een eerdere fase van het begrotingsproces, en kan dus steeds finaal zelf beslissen over de gezondheidszorgbegroting (en indien het dit nodig acht dus ook een eerder ontwerp/voorstel amenderen).

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

### ***Afdeling X+1 - Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen***

In uitvoering van het regeerakkoord wordt een nieuw conventiemodel voorgesteld. De regels inzake de akkoorden voor artsen en tandartsen enerzijds en de overeenkomsten voor andere zorgverleners anderzijds worden geharmoniseerd en vereenvoudigd. De terminologie wordt geüniformiseerd. Voor alle sectoren zullen voortaan de termen “akkoorden” en “akkoordencommissies” worden gebruikt. Er wordt voorzien in een strikt tijdsschema voor het sluiten en goedkeuren van de akkoorden. Als er op 31 december geen akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het

peut établir un document à soumettre aux dispensateurs de soins concernés en vue de leur adhésion. Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le Comité de l'assurance perd sa compétence en la matière et le Ministre des Affaires sociales peut établir un tel document dans le courant du mois de février. Ce document doit, au plus tard le dernier jour de février, être approuvé par le Conseil général. L'exigence selon laquelle les accords après approbation doivent être soumis pour accord au Conseil des Ministres est supprimée.

Le projet prévoit également que les accords et les documents qui sont établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, si aucun accord n'est approuvé, pour tous les secteurs, n'entrent en vigueur que lorsqu'un certain pourcentage d'adhésion est atteint, comme c'est déjà le cas pour les accords avec les médecins et les dentistes et les documents que le Ministre fixe si aucun accord avec les médecins et les dentistes n'est approuvé. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe les tarifs maximums que tous les dispensateurs de soins doivent respecter. Le Roi peut fixer dans ce cas également les montants qui servent de base de calcul à l'intervention de l'assurance.

Les taux d'adhésion seront désormais calculés pour tous les secteurs au niveau national uniquement et non plus au niveau régional. Si aucun nouvel accord ne peut être conclu ou approuvé, les dispensateurs de soins qui avaient adhéré à l'accord expiré ou au document expiré, restent tenus de respecter les tarifs au cours du processus d'adhésion à un document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre. Si le Ministre n'établit aucun document, ou si ce document n'est pas approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins qui avaient adhéré à l'accord expiré ou au document expiré restent tenus de respecter les tarifs jusqu'au dernier jour du mois de février.

La possibilité pour les médecins et les dentistes de n'adhérer aux accords que pour certaines périodes

Verzekeringscomité een document vaststellen dat ter toetreding wordt voorgelegd aan de betrokken zorgverleners. Als er op 31 januari geen document is vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, verliest het Verzekeringscomité zijn bevoegdheid ter zake en kan de Minister van Sociale zaken in de loop van februari een dergelijk document vaststellen. Dat document moet ten laatste op de laatste dag van februari worden goedgekeurd door de Algemene raad. De vereiste dat akkoorden na goedkeuring voor akkoord worden voorgelegd aan de Ministerraad wordt geschrapt.

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

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

De mogelijkheid voor artsen en tandartsen om slechts voor bepaalde tijdstippen en bepaalde

et certains lieux (conventionnement partiel) est supprimée.

Les accords doivent en principe être conclus pour 2 années calendrier. Une prolongation est possible, mais les commissions d'accords doivent alors le notifier explicitement au plus tard le 30 septembre de l'année au cours de laquelle l'accord prend fin.

Les dépassements d'honoraires maximums autorisés (tarifs indicatifs) qui peuvent maintenant seulement être prévus dans les accords dento-mutualiste deviendra possible dans tous les secteurs et seront repris dans le maximum à facturer.

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.

Enfin, dans le même mouvement, un certain nombre de réarrangements sont effectués pour améliorer la lisibilité et la structure de l'ensemble : dans cette optique, des éléments sont réorganisés pour être repris, comme suit :

- Une partie qui reprend les règles concernant le fonctionnement et la composition des commissions ;
- Une partie qui reprend les règles concernant le contenu des accords ;
- Une partie qui reprend les règles de procédure relatives à l'établissement, à l'entrée en vigueur, au renouvellement, à la modification et à la dénonciation des accords tarifaires ou des règles tarifaires ;
- Et enfin, une partie qui reprend les règles concernant les conséquences et avantages du statut de conventionnement.

#### **Art. X+7**

Les dispositions concernant la composition et le fonctionnement des commissions de conventions ou d'accords sont à ce jour dispersées dans différents articles de la loi relative à l'assurance

plaatsen toe te treden tot de akkoorden (partiële conventionering) wordt geschrapt.

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

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

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

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

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

#### **Art. X+7**

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

obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées le 14 juillet 1994.

verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

L'article 26 de la loi coordonnée comprend les règles générales concernant la composition et le fonctionnement des commissions de conventions ou d'accords et habilite le Roi à développer ces règles. L'article 50, § 2, prévoit en détail la composition et les règles de fonctionnement des commissions d'accords avec les médecins et les dentistes, et l'article 51, § 10, dispose que chaque commission établit un règlement d'ordre intérieur.

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

Le projet ajoute les dispositions de l'article 50, § 2, et l'article 51, § 10, à l'article 26. Les termes « commission d'accords » seront désormais également utilisés, pour d'autres secteurs que ceux des médecins et des praticiens de l'art dentaire.

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

#### **Art. X+9**

#### **Art. X+9**

L'article 42 de la loi coordonnée contient les dispositions générales concernant les conventions. Cet article réglera désormais les dispositions générales relatives aux accords et sera également d'application pour les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire. La terminologie est modernisée et alignée sur la désignation actuelle des professions. La terminologie « fournisseurs de prothèses et d'appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les audiciens et les opticiens ».

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

#### **Art. X+11**

#### **Art. X+11**

L'article 43 de la loi coordonnée prévoit la possibilité de conclure des conventions régionales lorsqu'il n'existe pas de convention au niveau national. Cet article est abrogé. Les accords ne pourront être plus être conclus qu'au niveau national et, à défaut, le Comité de l'assurance ou le Ministre peut établir un document.

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

#### **Art. X+12**

#### **Art. X+12**

L'article 44 de la loi coordonnée contient les dispositions concernant le contenu des

Artikel 44 van de gecoördineerde wet bevat bepalingen betreffende de inhoud van de

conventions avec les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses et d'appareils.

Cet article sera désormais également d'application aux accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire. La terminologie est modernisée et alignée sur la désignation actuelle des professions. La terminologie « fournisseurs de prothèses et d'appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les opticiens audiciens et les audiciens opticiens ».

La possibilité dans les accords de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est supprimée. Ceci ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée. Les montants servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance sont les mêmes pour tous les bénéficiaires. Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont le droit à une intervention plus élevée et paient donc moins de ticket modérateur.

Par analogie avec les accords avec les médecins et les dentistes, la possibilité est prévue dans les accords avec les autres secteurs de déterminer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé. Il peut par exemple s'agir des prestations qui, à la demande du bénéficiaire, sont réalisées après une heure déterminée, pendant le week-end, ou lors d'un jour férié légal.

Par analogie à ce qui est prévu pour les accords dento-mutualistes, la possibilité est également prévue de fixer dans les accords avec les autres secteurs des dépassements d'honoraires et de prix maximums autorisés, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords (tarifs indicatifs). Les tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et leur inclusion doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils peuvent

overeenkomsten met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen en toestellen.

Dit artikel zal voortaan ook van toepassing zijn op de akkoorden met de artsen en de tandheeldkundigen. De terminologie wordt gemoderniseerd en in overeenstemming gebracht met de huidige benaming van de beroepen. De terminologie "verstrekkers van prothesen en toestellen" wordt vervangen door "de orthopedisch technologen, de audiciens en de opticiens".

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

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

Naar analogie van wat is voorzien voor het akkoord tandheeldkundigen-ziekenfondsen wordt ook voorzien in de mogelijkheid om in de akkoorden met andere sectoren de toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen vast te stellen voor de zorgverleners die tot de akkoorden zijn toegetreden (richttarieven). De richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van de richttarieven moet worden geëvalueerd. Die richttarieven mogen ook in geen

seulement être prévus dans des situations spécifiques, par exemple 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 obsolète. Afin de protéger les patients contre des coûts élevés de soins de santé, les tarifs indicatifs peuvent être repris dans le maximum à facturer.

La possibilité de fixer dans les accords des conditions pour les prestations dispensées à des bénéficiaires dont les revenus annuels dépassent un montant à fixer dans les accords est supprimée.

L'actuel paragraphe 6, qui habilite le Roi à instaurer un régime spécial en matière d'assurance-survie et invalidité pour les personnes qui adhèrent au contrat, est supprimé, compte tenu des avantages sociaux et autres avantages qui peuvent être accordés aux dispensateurs de soins sur base de l'article 54 de la loi coordonnée.

#### **Art. X+14**

L'article 46 de la loi coordonnée est modifié pour que le terme « accords » soit également utilisé ici.

#### **Art. X+16**

L'article 47 de la loi coordonnée est modifié pour que les termes « accords » et « commissions d'accords » soient également utilisés ici.

#### **Art. X+18**

L'article 48 de la loi coordonnée contient des dispositions concernant le contenu des conventions avec les pharmaciens.

La terminologie est adaptée et la possibilité dans les accords de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est supprimée. Ceci ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée. Les montants servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance sont

geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, bv. voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat de vergoeding achterhaald is. Om de patiënten te beschermen tegen hoge kosten voor gezondheidszorg worden de richttarieven opgenomen in de maximumfactuur.

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

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

#### **Art. X+14**

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

#### **Art. X+16**

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

#### **Art. X+18**

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

De terminologie wordt aangepast en de mogelijkheid om in de akkoorden te voorzien in voorkeurshonorariumbedragen voor rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt geschrapt. Dit verandert niets aan de bestaande bescherming van rechthebbenden van de verhoogde

les mêmes pour tous les bénéficiaires. Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont le droit à une intervention plus élevée et paient donc moins de ticket modérateur.

La possibilité de fixer dans les accords des conditions pour les prestations dispensées à des bénéficiaires dont les revenus annuels dépassent un montant à fixer dans les conventions est supprimée.

#### **Art. X+19**

L'article 49 de la loi coordonnée contient les dispositions communes aux conventions.

En vertu de l'actuel paragraphe 2, les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des conventions et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. Ce paragraphe est réécrit dans le sens où les commissions sont compétentes. Cette compétence ne devra donc plus être déterminée dans les accords.

Les règles relatives à la notification des conventions aux dispensateurs de soins par le Service des soins de santé de l'INAMI et les règles relatives à la notification par les dispensateurs de soins au Service des soins de santé de leur refus d'adhésion sont supprimées. Ces règles sont reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les médecins et les dentistes.

Les règles relatives à l'entrée en vigueur des conventions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également pour les accords avec les médecins et les dentistes.

tegemoetkoming. De bedragen die als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming zijn voor alle rechthebbenden dezelfde. De rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hebben recht op een hogere tegemoetkoming en betalen dus minder remgeld.

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

#### **Art. X+19**

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

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

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

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

L'actuel paragraphe 3bis habilite les commissions de conventions, en cas d'abus, à résilier unilatéralement la convention pour une durée déterminée ou indéterminée à l'égard de dispensateurs de soins individuels. Cette disposition n'a jamais été appliquée et est supprimée.

Les dispositions du paragraphe 4 concernent la durée des conventions. Ces dispositions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également pour les accords avec les médecins et les dentistes.

Les dispositions du paragraphe 7 qui habilitent le Roi à réduire d'un maximum de 25 p.c. les taux de remboursement pour les prestations dispensées par les sage-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux conventions ne sont plus reprises. Les articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoient déjà l'abrogation de ces dispositions à partir d'une date à fixer par le Roi.

#### **Art. X+21**

L'article 50 de la loi coordonnée traite des relations avec les médecins et les dentistes.

Les dispositions du paragraphe 1er sont superflues étant donné que le champ d'application de l'article 42 de la loi coordonnée est élargi aux accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire.

Le paragraphe 2 concernant la composition et les règles de fonctionnement des commissions d'accords avec les médecins et les dentistes est supprimé et repris dans l'article 26 de la loi coordonnée.

Les règles relatives à la notification des accords aux dispensateurs de soins par le Service des soins de santé de l'INAMI et les règles relatives à la notification par les dispensateurs de soins au Service des soins de santé de leur refus d'adhésion

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

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

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

#### **Art. X+21**

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

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

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

De regels betreffende de kennisgeving van de akkoorden aan de zorgverleners door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv en de regels betreffende de kennisgeving door de zorgverleners aan de Dienst voor geneeskundige

sont supprimées. Ces règles sont reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les autres secteurs.

Les dispositions relatives au contenu des accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont intégrées dans l'article 44 de la loi coordonnée, qui sera d'application à tous les secteurs. La possibilité pour les médecins et les dentistes d'adhérer partiellement aux accords est supprimée.

Conformément à la modification faite pour les autres secteurs, la possibilité de fixer des conditions dans les accords avec les médecins et les dentistes concernant la situation économique des bénéficiaires dans laquelle les honoraires peuvent être dépassés est également supprimée.

En vertu de l'actuel article 7, les accords peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. A l'avenir, les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire seront également régis par le nouvel article 49, en vertu duquel les commissions sont compétentes. Cette compétence ne devra donc plus être déterminée dans les accords.

Les dispositions du paragraphe 8 concernent la durée des accords. Ces dispositions sont supprimées et reprises dans un nouvel article qui s'appliquera également aux accords avec les autres secteurs.

Les dispositions actuelles de l'article 51, §§ 2 à 7 de la loi coordonnée sont reprises dans l'article 50. Celles-ci concernent les mécanismes de correction et d'autres mesures à prévoir dans les accords, qui peuvent être déclenchés lorsqu'il est établi que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque de l'être.

verzorging van hun weigering tot toetreding worden geschrapt. Deze regels worden opgenomen in een nieuw artikel dat ook zal gelden voor de akkoorden met de andere sectoren.

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

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

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

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

De huidige bepalingen van artikel 51, §§ 2 tot 7 van de gecoördineerde wet worden opgenomen in artikel 50. Het betreft de correctiemechanismen en andere maatregelen die in de akkoorden moeten worden voorzien en die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

### **Art. X+23**

L'article 51 de la loi coordonnée fixe le processus de conclusion des accords. Un cadre temporel strict est prévu. La conclusion des accords par les commissions compétentes, l'approbation par le Comité de l'assurance et le Conseil général, qui décide de leur conformité au budget, doit avoir lieu au plus tard le 31 décembre. Si cela n'a pas été fait dans ce délai, il appartient au Comité de l'assurance d'établir un document. Le Comité de l'assurance dispose d'un mois à cet effet. Ce document doit être établi avant le 1er février par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général. A défaut d'établissement d'un document par le Comité de l'assurance et d'une approbation du Conseil général dans ce délai, le Ministre peut établir un document. Le document adopté par le ministre est également soumis au Conseil général pour déterminer sa conformité avec le budget. L'établissement d'un document par le Ministre et l'approbation d'un document par le Conseil général doivent se faire avant le 1er mars. Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui servent de base aux remboursements par l'assurance et qui doivent être respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. Ce document peut également contenir toutes les mesures qui peuvent être prévues dans un accord (tarifs indicatifs, exigences particulières, utilisation alternative de l'indice, etc.). L'exigence que les accords et conventions, après approbation, soient soumis pour accord au Conseil des ministres est supprimée. Les accords doivent être approuvés par le Conseil général. Cela nécessite l'accord de tous les membres représentant le gouvernement.

### **Art. X+24**

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/1 qui fixe les règles relatives à la notification des accords et des documents aux dispensateurs de soins, ainsi que les règles selon lesquelles les dispensateurs de soins doivent communiquer leurs refus d'adhérer à ces accords ou documents.

### **Art. X+23**

Artikel 51 van de gecoördineerde wet stelt het proces vast voor het sluiten van de akkoorden. Er wordt een strikt tijds kader voorzien. Het sluiten van de akkoorden door de bevoegde commissies, de goedkeuring door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, die beslist of de akkoorden in overeenstemming zijn met de begroting, moet ten laatste gebeuren op 31 december. Als dat niet is gebeurd binnen die termijn, komt het aan het Verzekeringscomité toe om een document vast te stellen. Dit document moet vóór 1 februari worden vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad. Bij gebreke van vaststelling van een document door het Verzekeringscomité en goedkeuring door de Algemene raad binnen die termijn, kan de Minister een document vaststellen. Het door de Minister vastgestelde document wordt eveneens voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen. De vaststelling van het document door de Minister en de goedkeuring van het document door de Algemene raad moeten gebeuren vóór 1 maart. In dat document worden o.m. de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd moeten worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten te zijn toegetreden. Dit document kan verder alle maatregelen omvatten die in een akkoord kunnen worden voorzien (richttarieven, bijzondere eisen, alternatieve aanwending van de index, enz.). De vereiste dat akkoorden en overeenkomsten na goedkeuring voor akkoord worden voorgelegd aan de Ministerraad wordt geschrapt. De akkoorden moeten worden goedgekeurd door de Algemene raad. Daarvoor is de instemming vereist van alle leden die de regering vertegenwoordigen.

### **Art. X+24**

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

toetreding tot die akkoorden of documenten moeten meedelen.

Le principe de l'opt-out est maintenu. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhérer aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Le refus doit être notifié au Service des soins de santé de l'INAMI dans les trente jours à compter de la date de transmission de l'accord ou du document par ce Service.

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

Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les médecins et les dentistes, cette obligation est déjà inscrite dans la disposition légale actuelle. Pour les kinésithérapeutes et les logopèdes, cette obligation résulte de l'arrêté royal du 10 février 2018 concernant la notification électronique de refus d'adhésion aux conventions mentionnée à l'article 49, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'INAMI. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'INAMI par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Un tel règlement sera pris lorsque l'application en ligne sécurisée sera disponible pour un nouveau secteur.

Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de artsen en de tandartsen is deze verplichting al ingeschreven in de huidige wetsbepaling. Voor kinesitherapeuten en logopedisten volgt deze verplichting uit het koninklijk besluit van 10 februari 2018 inzake de elektronische kennisgeving van weigering tot toetreding tot overeenkomsten bedoeld in artikel 49, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het Riziv ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Een dergelijke verordening zal worden genomen wanneer de beveiligde onlinetoepassing voor een nieuwe sector beschikbaar is.

Les accords et documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins qui y ont adhéré, quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par le Comité de l'assurance et le Conseil général ou quarante-cinq jours après

De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na

l'envoi des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre qui les concernent, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhésion aux termes desdits accords ou documents. Par conséquent, les accords avec les secteurs autres que les médecins et les dentistes doivent désormais également atteindre un certain pourcentage d'adhésion pour pouvoir entrer en vigueur. L'exigence d'un certain quorum pour les médecins généralistes d'une part et les médecins spécialistes d'autre part est maintenue pour les accords avec les médecins. Le recensement se fera uniquement au niveau national. Le recensement par région, et par conséquent la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions, sont supprimés.

#### **Art. X+25**

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/2 dans lequel la durée des accords et des documents est réglée.

Les accords doivent en principe être conclus pour une période d'au moins deux ans calendrier. Une prolongation tacite n'est plus possible. Si la commission compétente veut prolonger l'accord, elle doit le décider expressément au plus tard le 30 septembre de l'année au cours de laquelle l'accord expire. En effet, dans le nouveau processus, il doit être clair en temps utile si l'on peut supposer qu'une prolongation est envisagée ou si l'on doit supposer que le processus dans lequel d'abord, la commission d'accord concernée et ensuite, si nécessaire, respectivement le Comité de l'assurance et le Ministre, à l'initiative, doit être achevé pour aboutir à un nouvel accord ou un nouveau document. Une telle prolongation sera toujours prévue pour une année civile, mais peut se produire plus d'une fois.

Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre courent jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils sont établis.

#### **Art. X+26**

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

#### **Art. X+25**

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

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

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

#### **Art. X+26**

Cet article complète la loi coordonnée avec un article 51/3, dans lequel un statut est donné à la pratique existante qui consiste à modifier les conventions et les accords via des avenants. Les avenants qui peuvent être conclus pendant la durée accords suivent le même trajet que les accords. Elles doivent donc également être approuvées par le Comité de l'assurance et le Conseil général, qui décide si l'avenant est conforme avec le budget.

Après approbation par le Comité de l'assurance et le Conseil général, les avenants sont de la même manière que les accords communiqués aux dispensateurs de soins concernés. Les dispensateurs de soins concernés peuvent également, de la même manière que pour les accords, communiquer leur refus d'adhésion à l'avenant.

Pour qu'un avenant puisse entrer en vigueur, il faut atteindre le même taux d'adhésion que pour les accords. Si le taux d'adhésion est atteint, l'accord entrera en vigueur sous une forme adaptée. Si le taux d'adhésion n'est pas atteint, l'accord reste d'application sans modification, c'est-à-dire sans les adaptations proposées par l'avenant, et les dispensateurs de soins conservent le statut de conventionnement qu'ils avaient avant l'avenant.

Les possibilités pour les dispensateurs de soins se traduisent alors comme suit :

- Les dispensateurs de soins conventionnés qui ont notifié leur souhait de ne pas adhérer à l'accord avec l'avenant, ne seront plus conventionnés si l'accord modifié avec l'avenant entre en vigueur ;
- 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 ;

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/3, waarin een statuut wordt gegeven aan de bestaande praktijk om overeenkomsten en akkoorden te wijzigen via wijzigingsclausules. De wijzigingsclausules die kunnen worden gesloten tijdens de looptijd van akkoorden volgen hetzelfde traject als de akkoorden. Ze moeten dus eveneens worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, die beslist of de wijzigingsclausule in overeenstemming is met de begroting.

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

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

De mogelijkheden voor de zorgverleners vertalen zich dan als volgt:

- De geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen niet langer geconventioneerd zijn indien het aangepaste akkoord mét wijzigingsclausule in werking zou treden;
- De geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen geconventioneerd blijven indien de wijzigingsclausule uiteindelijk niet in werking zou treden en het akkoord aldus met oorspronkelijke inhoud verder zou doorlopen;

- Les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, en adhérant à l'accord modifié si l'avenant entre en vigueur ;
- Les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, dans le cadre de l'accord dans sa forme originale si, le cas échéant, l'avenant proposé n'obtenait pas les pourcentages d'adhésion requis et n'entraîne pas en vigueur ;
- Les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord doivent cependant avoir la possibilité de se conventionner si l'avenant lève l'obstacle lié à leur déconventionnement. Conformément à l'économie générale du système, s'ils n'ont rien notifié pendant la période de notification, ils seront désormais conventionnés dès que l'avenant entrera en vigueur après le processus d'adhésion, et donc à partir de ce moment-là et par rapport au nouveau texte de l'accord ;
- Les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord et qui ont indiqué pendant la période de notification qu'ils ne souhaitent pas être conventionnés de manière permanente et n'acceptent donc pas l'avenant tout court, continueront à être libres, indépendamment du fait que l'avenant entre en vigueur en fonction du pourcentage d'adhésion obtenu.
- De geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks onder toetreding tot het aangepaste akkoord indien de wijzigingsclausule in werking zou treden;
- De geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks verder onder het akkoord in zijn oorspronkelijke vorm wanneer in voorkomend geval de voorgestelde wijzigingsclausule niet de vereiste percentages naar instemming zou krijgen en aldus niet in werking zou treden;
- De zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het akkoord moeten echter de mogelijkheid hebben om zich te conventionneren als de wijzigingsclausule het obstakel voor hun conventionering wegneemt. Overeenkomstig het algemeen opzet van het systeem zullen ze, als ze tijdens de notificatieperiode niets hebben gemeld, nu alsnog geconventioneerd worden zodra de wijzigingsclausule na het toetredingsproces in werking zal treden, en dus vanaf dan en ten overstaan van de nieuwe tekst van het akkoord;
- De zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het akkoord en die tijdens de notificatieperiode wél hebben aangegeven dat ze doorlopend verder niet geconventioneerd willen zijn en aldus ook de wijzigingsclausule tout court niet accepteren, zullen verder vrij zijn, ongeacht overigens of de wijzigingsclausule uiteindelijk in werk zal treden in functie van het bekomen toetredingspercentage.

#### **Art. X+27**

Cet article complète la loi coordonnée avec un article 51/4 qui détermine sous quelles conditions un accord peut être dénoncé. Le premier alinéa reprend la disposition de l'actuel article 51, § 9, qui prévoit une dénonciation par une partie ou par un dispensateur de soins individuel, si certaines

#### **Art. X+27**

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/4 dat bepaalt onder welke voorwaarden een akkoord kan worden opgezegd. Het eerste lid herneemt de bepalingen van het huidige artikel 51, § 9, dat voorziet in de opzegging door een partij of door een individuele zorgverlener, indien door de

mesures sont prises par le Roi ou le Conseil général entraînant une limitation des honoraires.

Koning of de Algemene raad bepaalde maatregelen worden genomen die leiden tot een beperking van de honoraria.

Il prévoit ensuite que les accords peuvent être dénoncés par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Cette dénonciation doit être effectuée de la même manière qu'un dispensateur de soins doit communiquer son refus d'adhésion.

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

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.

En ce qui concerne la dénonciation par une organisation représentative, la procédure de conciliation désormais prévue par l'Accord national médico-mutualiste est généralisée. L'organisation représentative qui estime qu'une mesure qui a été prise constitue un motif de dénonciation doit adresser une lettre recommandée au président de la commission. Le président convoque alors une réunion de la commission à laquelle le Ministre est invité. Pour que la dénonciation de l'accord soit effective, la majorité des représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins présents doit confirmer la dénonciation. L'accord prend alors fin de plein droit 30 jours après cette réunion. Si aucun accord n'est en vigueur, le Roi fixe les tarifs maximums conformément à l'article 51/5. Après la dénonciation d'un accord, un nouvel accord peut toujours être conclu au cours de l'année.

Wat de opzegging door een representatieve organisatie betreft, wordt de verzoeningsprocedure die nu is voorzien in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen veralgemeend. De representatieve organisatie die meent dat er een maatregel is genomen die grond is voor opzegging dient een aangetekend schrijven te versturen naar de voorzitter van de commissie. De voorzitter roept vervolgens een vergadering van de commissie bijeen waarop de Minister wordt uitgenodigd. Opdat het akkoord effectief wordt opgezegd, moet een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigen. Het akkoord neemt dan van rechtswege een einde 30 dagen na die vergadering. Als er geen akkoord in werking is, stelt de Koning overeenkomstig artikel 51/5 maximumtarieven vast. Na opzegging van een akkoord kan ook altijd een nieuw akkoord worden gesloten in de loop van het jaar.

#### **Art. X+28**

#### **Art. X+28**

Cet article complète la loi coordonnée par un article 51/5 dans lequel la situation des dispensateurs de soins est réglée pendant la période entre la fin d'un accord ou d'un document et l'applicabilité individuelle des textes suivants.

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

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.

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, aucun nouvel accord n'est conclu ou aucun nouvel accord n'est approuvé, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhérer au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le Ministre. Toutefois, si, au plus tard le dernier jour de février, aucun document n'est établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général, les dispensateurs de soins conservent leur statut de conventionnement jusqu'au dernier jour de février.

Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi doit fixer, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix.

Le Roi détermine également la base de calcul pour les interventions de l'assurance. En l'absence d'arrêté royal, les montants et honoraires prévus dans l'accord ou le document expiré continueront provisoirement à servir de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou d'un autre texte légalement valable.

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.

L'affectation de la masse d'index doit être comprise comme la possibilité de procéder, à partir du 1er

gesloten en goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, behouden de zorgverleners hun conventiestatuut ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord.

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

Wanneer geen akkoord of geen document in werking is, dient de Koning, voor alle- of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle- of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast te stellen.

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

Het ontworpen artikel preciseert tenslotte dat de indexmassa voor het volgende kalenderjaar pas kan worden aangewend wanneer er minstens voor het einde van een kalenderjaar een nieuw en door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurd akkoord zou zijn gesloten.

Aanwending van de indexmassa dient te worden begrepen als de mogelijkheid om vanaf 1 januari

janvier, à l'indexation habituelle et normale de tarifs par ailleurs inchangés, tels qu'ils étaient connus au cours de l'année calendrier précédente. Même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en œuvre à partir du 1er janvier. Il en va de même lorsque le nouvel accord prévoit des spécificités telles qu'une affectation différente ou alternative de la masse d'indexation par rapport à une indexation habituelle. Toutefois, s'il s'avère, à l'issue du processus d'opt-out, que l'accord ne peut pas entrer en vigueur, l'indexation et l'adaptation des tarifs seront retirés et repositionnés selon les tarifs en vigueur au cours de l'année civile précédente.

#### **Art. X+29**

Enfin, cet article prévoit que les accords, les avenants et les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre sont publiés sur le site internet de l'INAMI et au Moniteur belge. L'INAMI doit également publier sur son site internet un texte coordonné des accords.

#### **Art. X+31**

Les références, dans l'article 52, aux « conventions » sont supprimées, étant donné qu'il n'y aura désormais que des « accords ».

#### **Art. X+32**

Le premier paragraphe du nouvel article 52/1 confirme le principe selon lequel les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhérer aux accords ou documents selon la procédure prévue à cet effet, sont réputés y avoir adhéré de plein droit pour l'ensemble de leur activité professionnelle.

Le deuxième paragraphe reprend les dispositions de l'actuel article 50, § 3bis, qui prévoit que les tarifs résultant de la nomenclature sont les honoraires maximaux qui peuvent être demandés pour les prestations fournies dans le cadre de

reeds over te gaan tot de gebruikelijke en normale indexering van verder ongewijzigde tarieven zoals deze gekend waren onder het vorige kalenderjaar. Ook wanneer een nieuw akkoord zou voorzien om bepaalde prestaties slechts gedeeltelijk te indexeren, kan die gedeeltelijke indexering voor die welbepaalde prestaties reeds worden doorgevoerd vanaf 1 januari. Hetzelfde geldt wanneer het nieuwe akkoord zou voorzien in bijzonderheden zoals een andere of alternatieve aanwending van de indexmassa dan een gebruikelijke indexering. Indien na het opt-out proces echter zou blijken dat het akkoord niet in werking kan treden, wordt de indexering en de aanpassing van de tarieven teruggetrokken en geherpositioneerd naar de tarieven zoals ze van toepassing waren tijdens het voorgaande kalenderjaar.

#### **Art. X+29**

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

#### **Art. X+31**

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

#### **Art. X+32**

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

De tweede paragraaf herneemt de bepalingen van het huidige artikel 50, § 3bis, waarin wordt bepaald dat de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria zijn die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam

consultations hospitalières, si le bénéficiaire n'a pas été expressément informé au préalable par l'établissement de soins de l'adhésion ou non du dispensateurs de soins aux accords ou aux documents au moment où les soins sont fournis.

#### **Art. X+33**

Le nouvel article 52/2 prévoit que l'intervention financière que l'INAMI paye aux dispensateurs de soins ne seront octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou aux documents les concernant en s'engageant à assurer la sécurité tarifaire. Les interventions financières visent à encourager les dispensateurs de soins à adhérer aux accords ou documents, mais sont également destinées à récompenser la responsabilité collective du secteur en matière de respect des tarifs. Si un accord ou un document ne peut pas entrer en vigueur, aucune intervention ne peut être accordée.

Ceci comprend les interventions suivantes :

Art 36bis en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes

Art 36sexies prime télématique

Art 36octies coûts liés à l'organisation d'une pratique

Art 36undecies prime informatique pour les pharmaciens

Art 36quinquiesdecies intervention pour les charges administratives aux infirmiers et aux aides-soignants

Art 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001 prime de formation des infirmiers

#### **Art. X+34**

Cet article modifie l'article 37sexies de la loi coordonnée de sorte que les dépassements maximums d'honoraires et de prix autorisés (tarifs indicatifs) dans le cadre des accords ou documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou aux documents, sont repris dans le maximum à facturer.

#### **Art. X+35**

van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn van de zorgverlener tot de akkoorden of de documenten op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.

#### **Art. X+33**

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

Het gaat om de volgende tegemoetkomingen:

Art 36bis wat betreft de accreditering van tandartsen en de kwaliteitspremie voor kinesitherapeuten

Art 36sexies telematicapremie

Art 36octies kosten organisatie praktijk

Art 36undecies informaticapremie apothekers

Art 36quinquiesdecies tussenkomst bij administratieve lasten voor zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen

Art 59quater van de programmawet van 2 januari 2001 opleidingspremie verpleegkundigen

#### **Art. X+34**

Dit artikel wijzigt artikel 37sexies van de gecoördineerde wet zodat de in het kader van de akkoorden of documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of documenten zijn toegetreden (richttarieven) worden opgenomen in de maximumfactuur.

#### **Art. X+35**

Cet article fixe la date d'entrée en vigueur de la section « Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs ». Vu les modifications substantielles apportées aux processus existants, il est important de rendre les nouveaux processus prévisibles pour tous les partenaires en temps utile.

## **Section X+2 – Définitions**

### **Art. X+36**

Cet article modernise la définition d'« auxiliaire paramédical » et l'aligne sur la dénomination actuelle des professions. La terminologie « les fournisseurs de prothèses et appareils » est remplacée par « les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens ».

En outre, une définition des « tarifs indicatifs » est insérée. Il s'agit des dépassements maximaux autorisés d'honoraires et de prix dans le cadre des accords ou des documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents.

### ***Section X+3 - Pérenniser l'utilisation de copie, notamment pour permettre leur envoi digital, des documents d'assurabilité et d'accessibilité financière***

### **Art. X+37**

Il est prévu une dérogation à la règle générale d'exigence de production de documents originaux pour les assurés sociaux avec un scope strictement limité aux documents nécessaires à la gestion de leur dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict, et notamment pour le droit à l'intervention majorée. Cette dérogation ne vaut donc pas pour les documents visant à obtenir des remboursements de prestations de l'assurance soins de santé.

Durant la période de la COVID 19, la transmission de documents relatifs à l'assurabilité et l'accessibilité administrative et financière par les

Dit artikel bepaalt de datum van inwerkingtreding van de afdeling "Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen". Gelet op de substantiële wijzigingen van de bestaande processen is het belangrijk om de nieuwe processen voor alle partners tijdig voorzienbaar te maken.

## **Afdeling X+2 - Definities**

### **Art. X+36**

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

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

### ***Afdeling X+3 - Het gebruik van kopieën bestendigen, met name om de digitale verzending mogelijk te maken van documenten inzake verzekeraarbaarheid en financiële toegankelijkheid***

### **Art. X+37**

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

Tijdens de COVID-19 periode konden verzekerden hun documenten inzake administratieve en financiële verzekeraarbaarheid en toegankelijkheid

assurés pouvait exceptionnellement se faire de manière digitale, ceci en vertu de l'arrêté royal n°21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19. Cet arrêté numéroté cessera de produire ses effets au 31 décembre 2025.

Cette souplesse dans les règles s'expliquait par le contexte particulier de la pandémie. Il semble pertinent, dans le but de faciliter le suivi administratif pour les assurés et les citoyens, de créer une continuité de cette mesure COVID. Il est notamment jugé opportun de maintenir la possibilité de travailler sur base de copies et ce à nouveau pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict des assurés sociaux.

Il s'agit donc aussi bien des copies papier et digitales des attestations et documents établis par des tiers, que des formulaires ou déclarations qui doivent être remplis par les assurés sociaux.

En effet, la digitalisation en cours doit également créer des possibilités pour les assurés eux-mêmes mais ceux-ci n'ont pas nécessairement les moyens de produire des documents électroniques originaux.

Les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict (notamment le suivi du droit à l'intervention majorée) contiennent des informations qui peuvent être recoupées et sont directement liées au statut des bénéficiaires, ce qui les rend moins sensibles à la fraude que, par exemple, des demandes de remboursements. Dans de nombreux cas, il s'agit aussi d'attestations ou de documents délivrés par des instances où une copie et un original ne sont pas toujours faciles à distinguer dans la pratique, de sorte que cette distinction devient également relative lors de leur délivrance.

La transmission digitale des documents doit s'effectuer conformément aux règles générales en vigueur visant à assurer une transmission sécurisée et conforme au principe du Règlement

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

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

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

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

De documenten van verzekeraarbaarheid en financiële toegankelijkheid in strikte zin (met name de opvolging van het recht op verhoogde tegemoetkoming) bevatten gegevens die verifieerbaar zijn en rechtstreeks verband houden met het statuut van de rechthebbenden, waardoor ze minder gevoelig zijn voor fraude dan bijvoorbeeld terugbetalingsaanvragen. In vele gevallen gaat het ook om attesten of documenten uitgereikt door instanties waarbij een kopie en een origineel in de praktijk niet altijd makkelijk te onderscheiden zijn, zodat dit onderscheid bij voorleggen ook relatief wordt.

De digitale overdracht zelf van documenten dient te gebeuren overeenkomstig de geldende algemene regels, met het oog op een veilige verzending en in overeenstemming met de Algemene Verordening

général sur la protection des données. Par conséquent, il n'y a pas lieu de reprendre ces règles explicitement dans ce projet de disposition pour la loi relative à l'assurance maladie obligatoire.

#### ***Section X+4 – Participation des entités fédérées dans les organes de gestion***

Conformément à l'accord de gouvernement fédéral qui fixe comme objectif important la poursuite d'une politique de soins de santé cohérente au profit du patient entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, il est prévu la possibilité pour les entités fédérées d'être représentées, avec voix consultative, au sein du Comité de l'assurance institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI et d'assister ainsi aux réunions de cet organe.

Une base légale a déjà été prévue au cours de la législature précédente pour la représentation éventuelle des entités fédérées au sein du Conseil général. Une disposition similaire est donc désormais prévue en ce qui concerne le Comité de l'assurance.

La représentation des entités fédérées au sein du Comité de l'assurance est, comme c'est le cas pour le Conseil général, soumise à l'adoption d'un arrêté royal conformément au contenu de la disposition de l'article 92ter, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

#### ***Section X+5 – Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature***

Les dispositions de cette section visent à simplifier la procédure de modification de la nomenclature des prestations de santé, visée à l'article 35, §1, de la loi SSI. Ces modifications devraient permettre une approche plus adaptée en fonction de l'urgence et de l'importance de la modification proposée, afin de mieux répondre aux constatations sur le terrain.

**Art. X+40**

Gegevensbescherming. Er is bijgevolg geen reden om deze regels nogmaals expliciet te hernemen in dit ontwerp van bepaling voor de wet op de verplichte ziekteverzekering.

#### ***Afdeling X+4 - Participatie deelstaten in beheersorganen***

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

Er werd reeds tijdens de vorige legislatuur voorzien in een wettelijke basis voor de mogelijke vertegenwoordiging van deelstaten in de Algemene Raad. Een gelijkaardige bepaling wordt nu dus voorzien voor wat betreft het Verzekeringscomité.

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

#### ***Afdeling X+5 - Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur***

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

**Art. X+40**

La modification au 1° clarifie le délai dans lequel le conseil technique compétent doit formuler une proposition. Il s'agit d'un délai d'un mois, à moins que la demande du ministre des Affaires sociales ou de la Commission d'accords compétente ne fixe un délai différent.

En cas de proposition tardive ou non conforme du conseil technique compétent en vertu de l'article 35, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi SSI, le ministre des Affaires sociales ou la Commission d'accords compétente conserve la possibilité de formuler une proposition conformément à l'article 35, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi SSI. Dans ce cas, le dossier administratif doit toutefois contenir la justification du rejet de la proposition du conseil technique compétent conformément aux principes généraux de bonne administration.

La modification visée au point 2° vise à donner la possibilité à la Commission d'accords compétente, au ministre des Affaires sociales ou au Comité de l'assurance de formuler directement une proposition, sans devoir - comme c'est le cas aujourd'hui - suivre la procédure conformément à l'article 35, § 2, alinéa 1, 2°, de la loi SSI. En d'autres termes, il n'est plus nécessaire de formuler une demande de proposition au conseil technique compétent avant une proposition du ministre des Affaires sociales ou de la Commission d'accords compétente.

Cela permet de pouvoir avancer plus rapidement sur certains projets, comme la possibilité de limiter quantitativement dans la nomenclature les prestations qui peuvent être facturées dans une période de référence déterminée. Ces limites pourraient permettre une utilisation plus efficace du budget de l'assurance maladie obligatoire.

La proposition du Ministre des Affaires sociales, de la Commission d'accords compétente ou du Comité de l'assurance est soumise à l'avis du Conseil technique compétent. Le Conseil technique dispose d'un délai d'un mois pour formuler son avis. Si la proposition émane du ministre des Affaires

De wijziging onder 1° verduidelijkt de termijn waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren. Dit is een termijn van één maand, tenzij het verzoek van de minister van Sociale zaken of de bevoegde akkoordencommissie een andere termijn vermeldt.

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

De wijziging bedoeld onder 2° beoogt de mogelijkheid te geven aan de bevoegde akkoordencommissie, de minister van Sociale zaken of het Verzekeringscomité om rechtstreeks een voorstel te formuleren, zonder dat – zoals dit vandaag het geval is – de procedure overeenkomstig artikel 35, §2, lid 1, 2°, van de GVVU-wet gevolgd dient te worden. Er moet met andere woorden niet meer voorafgaand aan een voorstel van de minister van Sociale zaken of de bevoegde akkoordencommissie een verzoek tot opmaak van een voorstel aan de bevoegde technische raad geformuleerd worden.

Dat laat toe om voor bepaalde onderwerpen sneller vooruit te kunnen gaan, zoals de mogelijkheid om in de nomenclatuur op kwantitatieve wijze de verstrekkingen die in een bepaalde referentieperiode aangerekend mogen worden te kunnen beperken. Die beperkingen kunnen toelaten om doelmatiger om te gaan met het budget van de verplichte ziekteverzekering.

Het voorstel van de minister van Sociale zaken, de bevoegde akkoordencommissie of het Verzekeringscomité wordt voor advies voorgelegd aan de bevoegde technische raad. De technische raad beschikt over een termijn van één maand om zijn advies te formuleren. Indien het voorstel

sociales, celui-ci peut lui-même fixer un délai pour que le Conseil technique compétent émette son avis. La proposition suit ensuite la procédure existante via la Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance.

La modification visée au point 3° consiste en une correction technique. En effet, l'article 51, § 3, de la loi SSI auquel il est fait référence a déjà été supprimé.

#### **Art. X+41**

L'objectif de cette disposition est de garantir que les modifications apportées par le Comité de l'assurance à une proposition ou à un avis de la Commission d'accords ne doivent plus être à nouveau soumises pour examen à la Commission d'accords concernée.

### ***Section X+6 – Suppléments d'honoraires***

#### **Art. X+42**

##### Supplément maximal

Il est instauré un supplément maximal. Il s'agit d'une limitation du montant qui peut être facturé comme supplément.

Le dispensateur de soins facture un supplément s'il facture un tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le supplément peut concerner soit des honoraires, soit un prix (coût).

##### La notion de supplément maximal

Les arrondis visés aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique et les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix) dans le cadre des accords ne sont pas considérés comme des suppléments. La marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, ainsi que le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que visée à l'article 35septies/1, § 2,

afkomstig is van de minister van Sociale zaken kan hij zelf een termijn bepalen waarbinnen de bevoegde technische raad zijn advies dient uit te brengen. Vervolgens doorloopt het voorstel de bestaande procedure via de Commissie voor begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

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

#### **Art. X+41**

Met de bepaling wordt beoogd dat wijzigingen die het Verzekeringscomité aanbrengt aan een voorstel of een advies van de akkoordcommissie, niet meer opnieuw voor een onderzoek aan de desbetreffende akkoordcommissie voorgelegd dienen te worden.

### ***Afdeling X+6 – Ereloonsupplementen***

#### **Art. X+42**

##### Maximumsupplement

Er wordt voorzien in een maximumsupplement. Dit is een beperking van het bedrag dat als supplement mag aangerekend worden.

De zorgverlener rekent een supplement aan, indien hij een tarief aanrekent dat afwijkt van het bedrag of het honorarium die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming. Het supplement kan zowel betrekking hebben op een honorarium of ereloon als een (kost)prijs.

##### Het begrip maximumsupplement

De afronding zoals bedoeld in de artikelen VI.7/1 en VI.7/2 van het Wetboek Economisch Recht en de richttarieven (de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen van honoraria en prijzen) worden niet beschouwd als supplementen. De afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in

alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, de la loi SSI, ne sont pas non plus considérés comme un supplément.

La majoration dans les cas d'exigences particulières du bénéficiaire, telles qu'établies dans les accords sont considérés comme supplément pour l'application de la présente disposition. Dans la circonstance où un dispensateur de soins conventionné facture de tels suppléments, le supplément maximal s'applique également au dispensateurs de soins conventionnés.

#### Compétence attribuée

Cet article vise à donner au Roi la compétence de limiter les suppléments. Le Roi peut imposer cette limitation à toutes les prestations de santé, à un ou plusieurs groupes de prestations de santé ou à une prestation de santé spécifique.

Si une interdiction des suppléments est prévue par ou en vertu d'une autre disposition de loi, le Roi ne peut pas prévoir une limitation des suppléments. En d'autres termes, une interdiction des suppléments prime sur une limitation des suppléments et l'interdiction vaut comme *lex specialis*.

Voici quelques exemples de telles interdictions :

- L'interdiction des suppléments pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les patients non hospitalisés pour des prestations dispensées en application d'une imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux) ;
- L'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires d'une intervention majorée (cf. article 53, §5, de la loi SSI) ;

artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid, van de GVV-wet, worden ook niet als supplement beschouwd.

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

#### Toegewezen bevoegdheid

Dit artikel beoogt de Koning de bevoegdheid te geven om supplementen te beperken. De Koning kan deze beperking opleggen voor alle geneeskundige verstrekkingen, een groep of groepen van geneeskundige verstrekkingen of één welbepaalde geneeskundige verstrekking.

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

Voorbeelden van dergelijke verbodsbepalingen zijn onder meer:

- Het verbod op supplementen voor gehospitaliseerde patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer (cfr. artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);
- Het verbod op supplementen voor niet-gehospitaliseerde patiënten voor verstrekkingen verleend met toepassing van zware medische beeldvorming buiten bijzondere omstandigheden om (cfr. artikel 152/1 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);
- Het verbod op supplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (cfr. artikel 53, §5, van de GVV-wet);

- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (cf. article 35, §1, alinéa 5, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations dans un hôpital sans que le bénéficiaire ait été préalablement informé de manière explicite par l'établissement hospitalier de l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins (cf. article 50, §3bis, de la loi SSI) ;
- L'interdiction des suppléments pour les dispensateur de soins qui n'ont pas informé préalablement les bénéficiaires de la non-adhésion aux accords (cf. article 73, §1, de la loi GVU)
- Het verbod op supplementen voor de verstrekkingen die worden verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst (cfr. artikel 35, §1, lid 5, van de GVU-wet).
- Het verbod op supplementen voor de verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis zonder dat de rechthebbende voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener (cfr. artikel 50, § 3bis, van de GVU-wet);
- Het verbod op supplementen voor zorgverleners die de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de niet-toetreding tot de akkoorden (cfr. artikel 73, § 1, van de GVU-wet)

En outre, d'autres conditions pour la facturation de suppléments, telles que celles mentionnées à l'article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et dans l'arrêté royal du 24 octobre 2017 portant exécution de l'article 73, § 1/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomie pathologique et de génétique, sans préjudice des dispositions en vigueur.

Daarnaast blijven andere voorwaarden voor het aanrekenen van supplementen zoals o.a. vermeld in het artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet en het koninklijk besluit van 24 oktober 2017 tot uitvoering van het artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica, onverminderd gelden.

Si la facturation de suppléments est autorisée entre autres par les dispositions susmentionnées, alors la facturation de suppléments est soumise aux limitations fixées par le présent projet.

Indien het aanrekenen van supplementen toegelaten is door onder andere bovenvermelde bepalingen, dan is het aanrekenen van supplementen onderworpen aan de beperkingen vastgesteld door dit ontwerp.

#### Modalités d'exercice de la compétence attribuée

#### Uitoefeningsmodaliteit van de toegewezen bevoegdheid

Le Roi peut fixer la limitation des suppléments sur la base d'un plafond qui peut être un pourcentage maximal ou un montant maximal. Cela signifie que le dispensateur de soins ne peut pas facturer un montant plus élevé. Un montant inférieur est autorisé.

De Koning kan de beperking op supplementen bepalen aan de hand van een plafond dat onder meer een maximumpercentage of een maximumbedrag kan zijn. Dit betekent dat de zorgverlener geen hoger bedrag mag aanrekenen. Een lager bedrag is wel toegestaan.

Le supplément maximal ou plafond déterminé par le Roi peut différer en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations

Het maximumsupplement of plafond bepaald door de Koning kan verschillen naar gelang de geneeskundige verstrekking of de groep(en) van

de santé fournies. En outre, le supplément maximal peut également varier selon que le bénéficiaire est admis à l'hôpital ou non. Par « admis à l'hôpital », on entend les patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour.

geneeskundige verstrekkingen. Bovendien kan het maximumsupplement ook verschillen naargelang de rechthebbende al dan niet is opgenomen in een ziekenhuis. Onder opgenomen in een ziekenhuis verstaan wij gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie.

#### Détermination générique par la loi elle-même à partir de 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 %.

#### Algemene vaststelling door de wet zelf van 2028

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 %.

#### Compétence de dérogation au Roi par rapport à la détermination légale du maximum

Le Roi peut fixer un supplément maximal supérieur ou inférieur aux pourcentages prévus par la loi pour une ou plusieurs prestations de santé. Il peut également exclure une ou plusieurs prestations de santé de l'application du supplément maximal tel que fixé par la loi.

#### Bevoegdheid van de Koning om af te wijken van het wettelijk vastgesteld maximum

De Koning kan een maximumsupplement vaststellen dat hoger of lager is dan het percentage voorzien in de wet voor een of meerdere geneeskundige verstrekkingen. Hij kan eveneens een of meerdere geneeskundige verstrekkingen uitsluiten uit de toepassing van het maximumsupplement zoals vastgesteld in de wet.

Le Roi peut en outre limiter la facturation des suppléments à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Cela permet au Roi de prévoir une granulation en fonction des différentes sous-parties qui seront créées dans le cadre de la réforme générale de la nomenclature telle que mentionnée dans la convention nationale médecins-organismes assureurs 2024-2025. Ainsi, pour les différentes prestations, une distinction sera faite entre une partie professionnelle et une partie des coûts des honoraires, le Roi pouvant limiter les suppléments à la partie professionnelle.

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

#### Base de calcul du supplément maximal

Le supplément maximal est calculé sur la base du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Cela comprend

#### Berekeningsbasis voor het maximumsupplement

Het maximumsupplement wordt berekend aan de hand van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de

l'intervention de l'assurance et la quote-part personnelle. Cela signifie que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés ) dans le cadre des accords ne sont pas inclus dans le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour le supplément maximal aux fins de l'application de cette disposition

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

Si seulement un supplément ne peut être facturé que sur une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le supplément maximal est calculé sur la partie non soumise à interdiction. Ainsi, si aucun supplément ne peut être facturé sur une partie, le montant de cette partie est exclu de la base de calcul du supplément maximal. Le supplément maximal est calculé sur la partie qui n'est soumise à aucune interdiction de supplément.

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

Les dispositions relatives aux tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés dans le cadre des accords) constituent une lex specialis. Cela signifie, comme indiqué précédemment, que les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés) ne peuvent être considérés comme un supplément aux fins de l'application de la présente disposition.

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

#### Montant maximal

Un montant maximal 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.

#### Maximumbedrag

Er wordt eveneens voorzien in een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is te onderscheiden van de maximumtarieven van honoraria en prijzen die door de Koning worden vastgesteld bij afwezigheid van een akkoord overeenkomstig artikel 50, § 11, van de GVVU-wet.

Onder "maximumbedrag" wordt het bedrag verstaan dat maximaal mag aangerekend worden voor een geneeskundige verstrekking verleend in België aan een patiënt zelfs indien deze verstrekking verleend wordt buiten de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, voor zover een door de overheid georganiseerd stelsel minstens gedeeltelijk voorziet in een tussenkomst in de kosten.

Aucun coût supplémentaire ne peut être facturé au patient en plus du tarif maximal pour les mêmes prestations, à l'exception de l'arrondi visé aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique, la marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que visée à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5° et § 4, alinéa 2 de la loi SSI.

Cela signifie, en d'autres termes, que le montant maximal s'applique également :

- À l'égard des patients qui ne bénéficient temporairement pas des interventions de l'assurance maladie obligatoire (par exemple une personne affiliée mais qui n'est pas en ordre de cotisations) ;
- A l'égard des patients qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale (par exemple un assuré social d'un Etat membre de l'UE) ;
- À l'égard des bénéficiaires et des patients qui, dans le cas concret, bénéficient d'une intervention dans les frais de la part d'un autre régime organisé par une autorité (par exemple l'assureur accidents du travail) ;
- Comme c'est déjà prévu pour les prestations de biologie clinique, à l'égard des situations dans lesquelles toutes les conditions de remboursement ne sont pas remplies et où le bénéficiaire n'obtient pas, dans le cas concret, une intervention dans les frais dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (par exemple lorsque l'intervention est limitée à un nombre maximal de prestations par an;
- À l'égard des situations qui combinent deux ou plusieurs des cas précédents.

Boven op het maximumbedrag mogen voor dezelfde verstrekkingen geen bijkomende kosten aan de patiënt aangerekend worden, behoudens de afronding bedoeld in de artikelen VI.7/1 en VI.7/2 van het Wetboek Economisch Recht, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid, van de GVV-wet.

Dit betekent met andere woorden dat het maximumbedrag ook geldt:

- Ten aanzien van patiënten die tijdelijk geen recht hebben op tegemoetkomingen van de verplichte ziekteverzekering (bijv. een aangeslotene die niet in orde is met zijn bijdragen);
- Ten aanzien van patiënten die geneeskundige zorg genieten in België krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid (bijv. een sociaal verzekerde van een lidstaat van de EU);
- Ten aanzien van rechthebbenden en patiënten die in het concrete geval een tussenkomst in de kosten verkrijgen van een ander door de overheid georganiseerd stelsel (bijv. de arbeidsongevallenverzekeraar);
- Ten aanzien van situaties waarin niet aan alle vergoedingsvoorwaarden voldaan is en de rechthebbende in het concrete geval geen tussenkomst in de kosten verkrijgt in het kader van de verplichte ziekteverzekering zoals dit reeds geldt voor de verstrekkingen klinische biologie (bijv. ingeval de tussenkomst is beperkt tot een maximaal aantal verstrekkingen per jaar);
- Ten aanzien van situaties die een combinatie van twee of meer van de voorgaanden vormen.

Le montant maximal met donc en œuvre le principe d'égalité pour les soins dispensés en Belgique en ce qui concerne les tarifs (à savoir le montant ou les honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance et le supplément maximal), pour autant que ces tarifs soient fixés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les dispensateurs de soins conventionnés, le montant maximal comprend :

- Le tarif de l'engagement (càd l'intervention de l'assurance et de la quote-part personnelle);
- Les tarifs indicatifs (le dépassement maximal autorisé), s'il est fixé dans le cadre des accords ;
- La majoration due à des exigences particulières telles que prévues dans les accords, pour autant qu'il n'y ait pas d'interdiction de facturer ce supplément.

Pour les dispensateurs de soins non conventionnés, le montant maximal comprend :

- le tarif de l'engagement ou, le cas échéant, le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ;
- le supplément maximal, pour autant qu'il n'existe aucune interdiction de facturer des suppléments.

#### **Art. X+43**

Cet article précise que l'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée ne porte pas atteinte aux dispositions prévues dans les accords, notamment la possibilité d'appliquer, le cas échéant, les tarifs indicatifs (les dépassements maximaux des honoraires et des prix) ou de demander un supplément en cas d'exigences particulières du bénéficiaire.

#### **Art. X+44**

Het maximumbedrag implementeert bijgevolg het gelijkheidsbeginsel voor de zorg verleend in België met betrekking tot de tarieven (m.n. het bedrag of het honorarium die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming en het maximumsupplement), voor zover dergelijke tarieven zijn bepaald binnen de verplichte ziekteverzekering.

Voor geconventioneerde zorgverleners omvat het maximumbedrag:

- Het verbintenistarief (m.n. de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel);
- De richttarieven (de toegestane maximale overschrijding), indien dit is vastgesteld in het kader van de akkoorden;
- De toeslag omwille van bijzondere eisen zoals bepaald in de akkoorden, voor zover er geen verbod is op het aanrekenen van dit supplement.

Voor niet-geconventioneerde zorgverleners omvat het maximumbedrag:

- het verbintenistarief of, in voorkomend geval, het tarief dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming;
- het maximumsupplement, voor zover er geen verbod is op het aanrekenen van supplementen.

#### **Art. X+43**

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

#### **Art. X+44**

Cet article vise à apporter une correction technique. La référence à l'alinéa 1er est complétée par la nouvelle disposition insérée à l'article X+42 de la présente loi.

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

#### **Art. X+45**

#### **Art. X+45**

Cet article vise à fixer la date d'entrée en vigueur des différents articles de la présente section.

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

La date d'entrée en vigueur est prévue au 1er janvier 2028. Le Roi peut avancer la date d'entrée en vigueur et, s'il le souhaite, de manière différente pour chaque article.

De datum van inwerkingtreding wordt voorzien op 1 januari 2028. De Koning kan de datum van inwerkingtreding vervroegen en dit, desgewenst, voor elk artikel verschillend.

Vu que l'article X+43 clarifie une mesure existante, son entrée en vigueur est alignée sur la date d'entrée en vigueur de la mesure existante.

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

Cela signifie en d'autres termes que le Roi peut à la fois, fixer les limitations applicables à la facturation de suppléments, et également déterminer la date d'entrée en vigueur de cette mesure.

Dit betekent met andere woorden dat de Koning samen met het bepalen van beperkingen voor het aanrekenen van supplementen ook de datum van inwerkingtreding van die maatregel kan bepalen.

Il permet également au Roi de prévoir un délai entre la connaissance de la mesure et son entrée en vigueur.

Het laat de Koning ook toe om een periode te voorzien tussen de kenbaarheid van de maatregel en de inwerkingtreding ervan.

L'application dans le temps est également réglementée.

Eveneens wordt de toepassing in de tijd geregeld.

Les mesures prévues dans cette section, plus précisément le supplément maximal et le montant maximal, doivent être appliquées aux prestations de santé dispensées à compter de la date d'entrée en vigueur. La date de dispense de la prestation (et non, par exemple, la date de facturation) est donc le critère déterminant pour établir si les mesures susmentionnées doivent être appliquées.

De maatregelen voorzien in deze afdeling, meer bepaald het maximumsupplement en het maximumbedrag, dienen toegepast te worden op de geneeskundige verstrekkingen verleend vanaf de datum van inwerkingtreding. De datum van het verlenen van de verstrekking (en bijv. niet de datum facturatie) is bijgevolg het determinerend criterium om te bepalen of de voormelde maatregelen dienen te worden toegepast.

#### **Section X+7 – Financement des organisations professionnelles représentatives**

#### **Afdeling X+7 – Financiering representatieve beroepsorganisaties**

L'article 36nonies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit une habilitation au Roi afin de déterminer les conditions et les modalités du financement des organisations professionnelles

Artikel 36nonies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet in een machtiging aan de Koning om de voorwaarden en de modaliteiten te bepalen voor de financiering van de representatieve

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.

***Section X+8 – Obligation d'utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins***

**Art. X+48**

Cet article vise à compléter la procédure prévue à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée afin de rendre obligatoire le transfert de données numérique dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

Le transfert numérique des données entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs en dehors du cadre du régime du tiers payant s'effectue via le service MyCarenet eAttest. Dans ce cadre, l'assuré social paie l'intégralité des honoraires au dispensateur de soins, qui envoie ensuite un eAttest à l'organisme assureur de l'assuré social, ce qui a pour conséquence que l'organisme assureur verse l'intervention prévue par l'assurance obligatoire à l'assuré social.

Le transfert numérique des données entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'effectue via le service de facturation électronique de MyCarenet. Le dispensateur de soins facture dans ce cas directement à l'organisme assureur de l'assuré social le montant pris en charge par l'assurance obligatoire. L'assuré social paie au dispensateur de soins la part du coût des prestations médicales qui est à sa charge.

La transmission numérique des données dans le cadre du régime du tiers payant est déjà obligatoire pour les hôpitaux, les laboratoires, les infirmiers à domicile et les maisons médicales en ce qui concerne les forfaits.

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.

***Afdeling X+8 – Verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners***

**Art. X+48**

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

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

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

De digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling is actueel reeds verplicht voor ziekenhuizen, laboratoria, thuisverpleegkundigen en medische huizen wat de forfaits betreft.

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2025, la transmission numérique des données dans et en dehors du cadre du régime du tiers payant est rendue obligatoire pour les médecins généralistes, les spécialistes et les dentistes.

Ces obligations découlent de la procédure prévue à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2, 3 et 4, de la loi coordonnée. Cette procédure a également été suivie pour les laboratoires.

Ce processus prévoit que le Roi fixe la date à partir de laquelle le transfert numérique de données dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant est disponible pour une catégorie professionnelle. Deux ans après cette date, le transfert numérique de données dans et/ou en dehors du régime du tiers payant devient obligatoire pour la catégorie professionnelle concernée.

Pour les infirmiers à domicile, la loi stipule clairement que la transmission numérique des données dans le cadre du régime du tiers payant est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

De la même manière, il est proposé de stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes seront tenus, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2026, d'utiliser les services suivants de transmission de données électroniques aux organismes assureurs :

- Transmission numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant (service de facturation électronique de MyCarenet) ;
- Transmission numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant (service eAttest de MyCarenet) ;
- Notifications et demandes d'accord numériques (service eAgreement de MyCarenet).

Les services susmentionnés sont déjà développés pour les kinésithérapeutes depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023. Cette disposition législative vise à stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes sont tenus d'utiliser ces services à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2026.

Vanaf 1 september 2025 wordt de digitale gegevensoverdracht binnen en buiten het kader van de derdebetalersregeling verplicht voor huisartsen, specialisten en tandartsen.

Deze verplichtingen komen voort uit het proces zoals voorzien door artikel 53, § 1, 2de, 3de en 4de lid, van de gecoördineerde wet. Ook voor de laboratoria werd dit proces gevolgd.

Dit proces voorziet dat de Koning vaststelt vanaf welke datum de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling beschikbaar is voor een beroepsgroep. Twee jaar te rekenen van deze datum, wordt de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling verplicht voor de betrokken beroepsgroep.

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

Op eenzelfde wijze wordt er voorgesteld om voor kinesitherapeuten rechtstreeks in de wet vast te stellen dat de volgende digitale gegevensoverdrachten met de verzekeringsinstellingen verplicht worden op 1 juli 2026:

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

De voormelde diensten zijn reeds sedert 1 september 2023 ontwikkeld voor kinesitherapeuten. Deze wetsbepaling heeft als doel om rechtstreeks in de wet te bepalen dat kinesitherapeuten deze diensten verplicht moeten gebruiken vanaf 1 juli 2026.

De manière plus générale, il est proposé d'indiquer dans la loi coordonnée que tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2029, de la possibilité d'attester numériquement les prestations médicales (= transfert numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant), et/ou de les facturer numériquement (= transfert numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant) dans le cadre de l'assurance obligatoire ou des deux possibilités, selon les spécificités liées à la facturation dans le secteur concerné.

Pour le 1<sup>er</sup> janvier 2029 au plus tard, tous les dispensateurs de soins, également selon les spécificités du secteur concerné, disposeront aussi de tous les services électroniques nécessaires, dans le cadre des interventions de l'assurance obligatoire, pour consulter ou communiquer des données aux organismes assureurs.

Certains de ces services électroniques existent déjà mais doivent, pour certains parmi ceux-ci, être étendus à d'autres secteurs de dispensateurs de soins : member data pour consulter des données concernant l'assuré social, eTarif pour obtenir le tarif d'une prestation médicale, chapitre IV pour demander ou consulter des accords médecin-conseil pour des médicaments, eAgreement pour demander ou consulter d'autres accords médecin-conseil et envoyer des notifications aux organismes assureurs, les services médico-administratifs pour échanger de l'information « médico-administrative » avec les organismes assureurs, et eDMG pour la gestion du dossier médical global ou pour consulter l'identité du médecin-généraliste détenteur du DMG pour un assuré social.

D'autres services électroniques sont prévus mais doivent encore être mis à disposition des dispensateurs de soins : e.a. eAgreement light pour demander ou consulter des accords médecin-conseil simples pour lesquels le service eAgreement ne peut pas être utilisé, et eDoc2Mut pour échanger entre autres des formulaires ou demandes pour le compte de leurs patients de manière électronique avec les organismes assureurs.

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

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

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

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

Les dispensateurs de soins peuvent transmettre aux organismes assureurs, par la plateforme sécurisée MyCareNet, uniquement des documents originaux sous forme digitale couverts par l'article 9bis de la loi SSI. Cet article est une disposition transversale permettant de digitaliser tout document papier prévu par ou en vertu de cette même loi SSI en respectant les conditions prévues la législation eHealth concernant la force probante.

Une délibération du comité de sécurité de l'information est nécessaire ainsi que, conformément à l'article 9bis, alinéa 2, de la loi SSI, un règlement du comité de l'assurance fixant les modalités pratiques de ces échanges d'informations.

Ce même article 9bis de la loi SSI s'applique peu importe l'acteur qui transmet des documents digitaux aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Par dérogation au principe d'utilisation de documents originaux dans le cadre de l'article 9bis précité, il est proposé à l'article X+48 de ce projet de loi une exception pour la transmission par l'assuré social à son organisme assureur de documents nécessaires à la gestion de son dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict. Cette dérogation ne s'applique pas à d'autres documents transmis par l'assuré social à son organisme assureur et ne s'applique pas non plus à l'ensemble des documents transmis par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.

Au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2030, l'utilisation du transfert numérique de données dans et/ou en dehors du cadre du régime du tiers payant deviendra obligatoire pour toutes les professions qui fournissent des prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2030, il deviendra également obligatoire pour toutes les professions d'utiliser les

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

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

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

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

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

Op 1 januari 2030 zal het daarenboven voor alle beroepsgroepen verplicht worden om ook de

autres services électroniques pour consulter et échanger des données aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

andere elektronische diensten om gegevens te consulteren en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering, te gebruiken.

Une compétence est accordée au Roi pour prévoir des exceptions entre autres :

Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om uitzonderingen te voorzien:

- pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des attestations de soins donnés papier après le 1<sup>er</sup> janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire du transfert de données numériques dans et/ou en dehors du régime du tiers payant n'entrera pas en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2030)
- pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des formulaires papiers dans le cadre de l'assurance obligatoire après le 1<sup>er</sup> janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire d'eAgreement light n'entrera pas en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2030) ;
- pour une catégorie professionnelle pour laquelle la transmission numérique des données dans et/ou en dehors du régime du tiers payant deviendra obligatoire le 1<sup>er</sup> janvier 2030, pour des situations bien déterminées dans lesquelles l'utilisation d'attestations de soins donnés papier pourra se poursuivre après le 1<sup>er</sup> janvier 2030.

- voor een beroepsgroep om ook na 1 januari 2030 verder gebruik te maken van papieren getuigschriften voor verstrekte hulp (= verplicht gebruik van digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling vindt geen ingang op 1 januari 2030);

- voor een beroepsgroep om ook na 1 januari 2030 verder gebruik te maken van bepaalde papieren formulieren in het kader van de verplichte verzekering (= verplicht gebruik van eAgreement light vindt voor bepaalde formulieren geen ingang op 1 januari 2030);

- voor een beroepsgroep, waarvoor de digitale gegevensoverdracht binnen en/of buiten de derdebetalersregeling verplicht wordt op 1 januari 2030, voor welbepaalde situaties waarin er ook na 1 januari 2030 verder gebruik kan worden gemaakt van papieren getuigschriften voor verstrekte hulp.

## **Section X+9 – Numéros INAMI**

## **Afdeling X+9 – RIZIV-nummers**

### **Art. X+49**

### **Art. X+49**

Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir facturer des prestations à l'assurance maladie obligatoire (tiers payant) ou d'attester des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Dit artikel heeft als doel om in de gecoördineerde wet het basisbeginsel te verankeren dat zorgverleners moeten beschikken over een actief RIZIV-nummer, uitgereikt door het RIZIV, om prestaties te kunnen aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering (derdebetalen) of om prestaties te kunnen attesteren met als gevolg dat ze het voorwerp kunnen uitmaken van een tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering.

Par « actif », on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il n'a pas été suspendu par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dans le cadre de l'application de la législation.

Met actief wordt bedoeld dat het nummer slechts kan worden gebruikt door de betrokken zorgverlener wanneer het niet zou zijn geschorst door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV in het kader van handhaving.

Le numéro ne sera pas non plus actif durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession. Lorsque le visa du dispensateur de soins est révoqué par exemple, le dispensateur de soins n'est pas autorisé à exercer la médecine et il est donc logique que le numéro de l'INAMI soit également suspendu. A ce moment-là, le dispensateur de soins ne disposera plus d'un numéro actif.

Ce dispensateur de soins se trouvera donc dans la même situation qu'un dispensateur de soins auquel les juridictions administratives ont imposé la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative. Cela signifie que le dispensateur de soins doit informer l'assuré de la suspension du numéro INAMI et que ce qui est prévu à l'article 142, § 1<sup>er</sup>/1, dernier alinéa, s'applique également.

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.

Le Roi est habilité à fixer des modalités pour l'octroi, l'utilisation et le retrait d'un numéro INAMI pour des raisons autres que le contrôle.

Logiquement, la procédure de demande peut prévoir que le dispensateur de soins concerné doit déjà être reconnu et/ou habilité par les instances compétentes à exercer des soins comme condition préalable à l'obtention d'un numéro INAMI.

### ***Section X+10 – Evaluation et contrôle médicaux***

#### **Art. X+50**

Ce nouvel article prévoit qu'un membre ne peut être nommé pour siéger au sein des différents organes de l'Institut s'il a fait l'objet dans les cinq ans qui précèdent d'une condamnation prononcée par le fonctionnaire-dirigeant du SECM, les Chambres de première instance ou les Chambres de recours (juridictions administratives installées auprès du SECM) ou d'une condamnation

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

Die zorgverlener komt dus in dezelfde situatie terecht als een zorgverlener aan wie de administratieve rechtscolleges de opschorting van het RIZIV-nummer opgelegd hebben als alternatieve sanctie. Dat wil zeggen dat de zorgverlener de verzekerde moet informeren over de opschorting van het RIZIV-nummer en dat hetgeen voorzien wordt in artikel 142, § 1/1 laatste lid ook van toepassing zal zijn.

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.

Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om nadere regels te bepalen voor de toekenning, het gebruik en de intrekking van een RIZIV-nummer om andere redenen dan handhaving.

Logischerwijze kan bij het aanvraagproces worden voorzien dat de betrokken zorgverlener reeds door de bevoegde instanties erkend en/of gemachtigd moet zijn om zorg te mogen uitoefenen als voorafgaande voorwaarde om een RIZIV-nummer te bekomen.

### ***Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle***

#### **Art. X+50**

Dit nieuwe artikel bepaalt dat een lid niet kan worden benoemd om te zetelen in de verschillende organen van het Instituut indien hij in de voorbije vijf jaar werd veroordeeld door de Leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamers van eerste aanleg of de Kamers van beroep (administratieve rechtscolleges ingesteld bij de DGEC), of een rechterlijke veroordeling voor een overtreding

judiciaire pour infraction visée au Code pénal social (faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie) : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de comportements sanctionnés qui portent préjudice à l'assurance soins de santé.

Le fait d'avoir une « dette ouverte » à l'égard de l'Institut constitue également un obstacle à une nomination pour siéger dans un des organes de l'Institut.

Il est également prévu que le Roi peut mettre fin à la nomination anticipativement pour les mêmes raisons.

Le terme « organes » est utilisé de manière générique : il vise notamment les Comités de gestion, les Conseils techniques, les Commissions d'accords, etc... Ce qui évite de devoir adapter ultérieurement la loi si la dénomination des organes devait changer ou si de nouveaux organes étaient créés.

Il est important pour le bon fonctionnement et la réputation de l'Institut que la probité des membres de ses organes soit garantie.

Il faut également éviter que la sérénité des discussions au sein des organes précitées soit « polluée » par le ressentiment nourri à l'égard de l'assurance soins santé par des membres qui auraient été sanctionnés par les juridictions précitées.

#### **Art. X+51**

Le § 1<sup>er</sup> de l'article 73 impose déjà une obligation d'information aux dispensateurs de soins à l'égard des bénéficiaires concernant leur adhésion ou non aux accords.

Il paraît donc logique de prévoir également dans cet article une obligation similaire lorsque une mesure de suspension du numéro Inami ou une interdiction du tiers payant est prise par les organes visés à l'article 144, § 1<sup>er</sup>, de la loi.

Le dispensateur de soins doit respecter cette obligation avant d'exécuter toute prestation. Ainsi,

volgens het Sociaal Strafwetboek (valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting): in beide gevallen gaat het om bestraft gedrag dat schade toebracht aan de ziekteverzekering.

Een "openstaande schuld" ten aanzien van het Instituut is ook een belemmering voor benoeming in een van de organen van het Instituut.

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

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

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

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

#### **Art. X+51**

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

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

De zorgverlener moet die verplichting respecteren vooraleer hij een prestatie zou uitvoeren. Op die

les bénéficiaires sont libres de décider en toute connaissance de cause de consulter ce dispensateur de soins ou un autre.

Comme pour l'obligation d'information relative au « statut conventionnel », il est également prévu ici que le Roi puisse préciser les modalités d'application. Il peut s'agir, par exemple, d'une mention obligatoire sur le site web du prestataire de soins, un affichage,...

#### **Art. X+52**

Par analogie avec ce qui est actuellement prévu pour un dispensateur de soins qui effectue ou prescrit des prestations pendant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession, la même infraction est prévue pour la période de suspension du numéro de l'INAMI.

Pendant cette période, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé. Dans l'hypothèse où le dispensateur de soins tenterait tout de même de le faire, ces prestations pourraient être qualifiées d'infractions au sens de l'article 73bis, 1° de la loi SSI. Dans ce cas, le remboursement sera poursuivi par le SECM et non par un organisme assureur.

#### **Art. X+53**

De la jurisprudence des juridictions administratives, il apparaît que l'amende administrative a un double objectif (par exemple, KvB 12 mars 2024, NB-005-23). D'une part, l'amende sert à punir le dispensateur de soins et, d'autre part, elle sert à dissuader le dispensateur de soins de commettre encore une infraction à l'avenir.

Cependant, nous constatons que certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification. Il s'agit là de deux exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée.

C'est pourquoi est créée la possibilité pour les juridictions administratives de remplacer l'amende

manier kunnen de rechthebbenden vrij met kennis van zaken beslissen of zij deze of een andere zorgverlener wensen te raadplegen.

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

#### **Art. X+52**

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

In die periode mag de zorgverlener niet aanrekenen noch attesteren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. Stel dat die zorgverlener dat toch zou proberen, dan kunnen die prestaties gekwalificeerd worden als inbreuken zoals voorzien in artikel 73bis, 1° GVU-wet. In dat geval zal de terugbetaling gevorderd worden door de DGEC en niet door de verzekeringsinstellingen.

#### **Art. X+53**

Uit de rechtspraak van de administratieve rechtscolleges blijkt dat de administratieve geldboete een dubbel doel dient (bijvoorbeeld KvB 12 maart 2024, NB 005-23). Enerzijds dient de geldboete om de zorgverlener te bestraffen, anderzijds dient de geldboete er voor om de zorgverlener af te schrikken in de toekomst nog een inbreuk te begaan.

We stellen echter vast dat sommige zorgverleners de definitieve beslissingen niet uitvoeren en dus hun administratieve geldboetes niet betalen, of dat de geldboete hen er niet toe aanzet hun aanrekeninggedrag aan te passen. Dat zijn twee voorbeelden van situaties waar een alternatieve maatregel meer passend is.

Daarom wordt de mogelijkheid gecreëerd voor de administratieve rechtscolleges om de

administrative par une suspension du numéro INAMI. Cette mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré. Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale possible d'un médecin par les instances déontologiques compétentes.

Les organismes assureurs doivent être informés de cette mesure afin d'en assurer le suivi.

Selon le nouvel article 73, §1, dernier alinéa de la loi SSI, le dispensateur de soins est tenu d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de son numéro INAMI et de ses conséquences pour le bénéficiaire, en plus de son statut conventionnel.

De cette manière, l'équilibre entre les droits de l'assuré à l'information et le droit du prestataire de soins de santé concerné à protéger ses données est respecté.

Le libre choix de l'assuré n'est pas affecté.

Lorsqu'un assuré contacte un dispensateur de soins, c'est à ce dernier de communiquer que son numéro INAMI a été temporairement suspendu. Ce faisant, il n'a pas à communiquer de détails, ni à rendre publique, par exemple, une copie de la décision de la juridiction administrative qui a imposé la mesure.

Supposons que l'assuré choisisse cependant d'être traité par ce dispensateur de soins, l'assuré fait ce choix en étant conscient des conséquences financières qui en découlent. L'assuré sait à ce moment-là que le dispensateur de soins n'est pas autorisé à facturer ou à attester dans le cadre de l'assurance soins de santé.

administratieve geldboete te vervangen door een opschorting van het RIZIV-nummer. Die alternatieve maatregel laat toe om sneller een concreet effect te hebben dan dat de administratieve geldboete toelaat. Een zorgverlener heeft namelijk een RIZIV-nummer nodig om aan te kunnen rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en te attesteren aan de verzekerde binnen het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Die maatregel kan opgelegd worden voor een bepaalde duur van minimum één maand tot maximum twee jaar. Het maximum werd voorzien op twee jaar, naar analogie met de mogelijke maximale schorsing van een arts door de bevoegde deontologische organen.

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

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

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

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

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

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

binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Supposons que le dispensateur de soins n'ait pas informé l'assuré, qu'il l'ait soigné et qu'il établisse ensuite, par exemple, une attestation de soins donnés en utilisant son numéro INAMI, l'assuré remettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur sans méfiance. À ce moment, si le dispensateur de soins de santé rédige l'attestation de soins donnés comme si aucune mesure ne lui avait été imposée et qu'il utilise donc son numéro INAMI malgré le fait qu'il a été suspendu, l'organisme assureur remboursera effectivement la prestation à l'assuré et la récupérera ensuite auprès du dispensateur de soins.

Si le dispensateur de soins facture la prestation via le système du tiers payant, l'organisme assureur bloque le paiement au dispensateur. Si l'organisme assureur paye quand même le dispensateur de soins, il peut ensuite récupérer ce montant auprès du dispensateur de soins.

Un assuré ne doit pas être victime d'un dispensateur de soins qui ne respecte pas la mesure qui lui a été imposée et son obligation d'information.

#### **Art. X+54**

Pour éviter qu'un dispensateur de soins ne contourne l'interdiction de porter en compte via le régime du tiers payant, il est explicitement ajouté que les prestations, dont la date de prestation est comprise dans la période d'interdiction, ne peuvent plus être portées en compte via le régime du tiers payant après cette période.

Cela obligera le dispensateur de soins de santé à respecter l'interdiction. Les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction ne peuvent donc jamais être portées en compte via le régime du tiers payant.

#### **Art. X+55**

1° Cette modification du texte actuel de l'article 145, § 2, alinéa 2, de la loi SSI est liée à l'insertion

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

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

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

#### **Art. X+54**

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

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

#### **Art. X+55**

1° Deze wijziging van de huidige tekst van artikel 145, § 2, tweede lid van de GVVU-wet houdt verband

dans la même loi d'un nouvel article 13/3 concernant les empêchements à une nomination comme membre d'un des organes de l'Institut.

2° Il n'est pas toujours possible de remplacer ou renouveler rapidement les mandats des membres arrivés à expiration pour éviter « des chaises vides » de sorte que cela peut « freiner » le traitement des dossiers soumis aux Chambres de 1ère instance et aux Chambres de recours (juridictions administratives). Ce qui pourrait poser problème au regard de l'obligation d'administrer la justice dans un délai raisonnable.

Il est impératif de pouvoir assurer la « continuité du service » exercé par les chambres précitées.

Le principe de continuité du service public est défini comme un "principe général de droit à valeur législative, voire constitutionnelle, qui est le prolongement du principe constitutionnel de la permanence de l'Etat, en vertu duquel les gouvernants, tant qu'ils considèrent un service public comme nécessaire à la satisfaction d'un besoin collectif, ont le droit et l'obligation d'assurer le fonctionnement régulier et continu de ce service, conformément à sa nature et aux règles qui l'organisent » (P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruylant, 2006, p. 72.).

Il a été souligné qu'il existait suffisamment d'arguments permettant de conclure à la valeur constitutionnelle du principe de continuité du service public (VUYLSTEKE V. et DE SOMER S., Le principe de continuité du service public – The show must go on..., in Ben Messaoud S et Viseur F, Les principes généraux de droit administratif, Bruxelles, Larcier, 2019, p.236).

La Cour de cassation a jugé que le principe général du droit de la continuité du service public, applicable à l'Ordre des médecins, implique que des personnes qui remplissent un mandat aux conseils d'appel de l'Ordre des médecins, sont en droit, lorsque leur mandat est arrivé à échéance, de poursuivre l'exercice de leurs fonctions jusqu'au moment de leur remplacement ou de leur nouvelle

met de invoeging in dezelfde wet van een nieuw artikel 13/3 betreffende belemmeringen voor een benoeming als lid van een van de organen van het Instituut.

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

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

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

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

Het Hof van Cassatie heeft geoordeeld dat het algemeen rechtsbeginsel van de continuïteit van de openbare dienst, dat van toepassing is op de Orde der Artsen, impliceert dat de personen die een ambt bekleden in de raden van beroep van de Orde der Artsen, na afloop van hun ambtstermijn het recht hebben om hun functie te blijven uitoefenen

désignation (Cass., 9 décembre 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

totdat zij worden vervangen of herbenoemd (Cass., 9 december 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

Il a même été considéré que le principe général de la continuité du service public permet et impose au titulaire d'un mandat de continuer à siéger au-delà du terme de celui-ci, aussi longtemps que son remplaçant n'est pas désigné (voy. notamment : C.E., arrêt n°200.009 du 25 janvier 2010).

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

Dès lors, pour éviter un « risque de paralysie » dans le fonctionnement des chambres précitées, et afin d'assurer la « bonne administration de la justice », le principe de continuité doit permettre aux membres, dont le mandat est arrivé à expiration, de continuer à exercer leur mission jusqu'à leur remplacement ou jusqu'au renouvellement de leur mandat.

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

#### **Art. X+56**

#### **Art. X+56**

1° L'article 153, § 2/1, de la loi SSI stipule actuellement que les constatations factuelles et médicales faites par les médecins-conseils dans l'exercice de leur mission de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Ces constatations, avec leur valeur probante, peuvent être utilisées par les inspecteurs et les contrôleurs visés aux articles 146 et 162 pour constater des infractions.

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

Il y a actuellement une pénurie de médecins - conseil, d'une part, et des missions supplémentaires ont été confiées aux médecins - conseil, d'autre part.

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

Afin de mener à bien toutes ces missions, conformément à l'article 153, § 4, de la loi SSI, certaines missions, déterminées par le Comité du SECM, peuvent être déléguées à des auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux.

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

Il est nécessaire de prévoir que non seulement les constatations des médecins-conseil, mais aussi celles des auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux peuvent être utilisées par les inspecteurs et les contrôleurs visés aux articles 146 et 162 en vue de constater des infractions.

Het is nodig dat voorzien wordt dat niet alleen de vaststellingen van de adviserend artsen, maar ook deze van kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers zouden kunnen gebruikt door de inspecteurs en controleurs

bedoeld in de artikelen 146 en 162 met het oog op de vaststellingen van inbreuken.

Cela va dans le sens d'une coopération plus poussée et plus étroite entre les organismes assureurs, le SECM et les organes établis au sein du SECM, tels que le Collège national des médecins-conseils et le Conseil supérieur des médecins-directeurs. Cela devrait permettre de promouvoir une approche organisée dans le cadre du contrôle médical ou de projets d'évaluation.

2° Jusqu'à présent, la compétence de contrôle du Collège national des médecins conseils (CNMC) était limitée. Cette compétence est désormais étendue à l'ensemble des prestations de santé visées à l'article 34 de la loi SSI et au suivi des missions des médecins-conseils. D'une part, cette extension est une conséquence logique du transfert du CNMC du Service des soins de santé de l'INAMI (SDS) au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM). D'autre part, l'extension de la compétence du CNMC est également plus conforme à la compétence du médecin-conseil lui-même telle que définie à l'article 153, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi SSI. Le contrôle des prestations de santé est également formulé de manière large dans ce paragraphe. En rendant le CNMC compétent pour le suivi des missions des médecins-conseils telles qu'elles sont définies dans le premier paragraphe de l'article, il y a un lien clair entre la mission du médecin-conseil et celle du collège national. Cela aussi pour le contrôle de l'incapacité de travail par exemple.

Il est précisé que le Roi peut définir le type de missions. Il est aussi ajouté dans la loi SSI elle-même qui peut donner des missions au CNMC.

Étant donné que le Comité du SECM est habilité, en vertu de l'article 141, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi SSI, à établir les normes et les directives en vue de l'organisation du contrôle médical, il est logique que le Comité puisse donner une mission au CNMC. Ce pouvoir est également confié au fonctionnaire-dirigeant du SECM puisqu'il relève des compétences du SECM prévues à l'article 139,

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

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

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

Aangezien het Comité van de DGEC overeenkomstig artikel 141, § 1, eerste lid, 2°, van de GVVU-wet de bevoegdheid heeft om de normen en richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle, is het logisch dat het Comité een opdracht zou kunnen geven aan het NCAA. Die bevoegdheid komt eveneens toe aan de Leidend ambtenaar van de

alinéa 4, de la loi SSI. L'article 146, § 2, de la loi SSI prévoit que le ministre peut donner une mission au SECM. Dans la même logique, le ministre peut également confier une mission au CNMC. Le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD) est établi conformément à l'article 153, § 5, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi SSI auprès du SECM. Il est notamment chargé de rechercher et de promouvoir une approche concertée dans les missions médicales de contrôle ou d'évaluation, tant entre les organismes assureurs qu'en complémentarité du SECM. Dans le cadre de cette compétence, il est logique qu'il puisse également donner une mission au CNMC.

Il va de soi que le CNMC peut également agir d'office sans être explicitement chargé de le faire par les organes ou personnes susmentionnés.

#### **Art. X+57**

Conformément à l'article 218, § 2, de la loi SSI, certaines informations sur les dispensateurs de soins sont déjà actuellement publiées sur le site web de l'INAMI. L'INAMI est une institution publique qui informe le public par le biais de son site web, qui est librement accessible.

La loi SSI prévoit déjà actuellement deux mesures qui peuvent être imposées par les juridictions administratives prévues à l'article 144 de la loi SSI et qui, en plus d'affecter le dispensateur de soins, peuvent également affecter les assurés. Il s'agit de l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant (article 144, § 3/1 de la loi SSI) et de la suspension du numéro INAMI insérée par cette loi.

Dans le premier cas, une interdiction générale d'appliquer le tiers payant est imposée au dispensateur de soins. Le dispensateur de soins peut toujours exercer sa profession et facturer, mais il ne peut pas utiliser le système de tiers payant pour ce faire. Cela veut dire qu'il ne peut qu'attester en établissant une attestation de soins donnés à l'assuré, qui soumettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur et recevra ainsi son remboursement.

DGEC aangezien dat valt onder de bevoegdheden van de DGEC zoals voorzien in artikel 139, vierde lid, van de Gvu-wet. Artikel 146, § 2, van de Gvu-wet voorziet dat de minister een opdracht zou kunnen geven aan de DGEC. Binnen diezelfde logica kan de minister ook een opdracht geven aan het NCAA. De Hoge raad van artsen-directeurs (HRAD) wordt overeenkomstig artikel 153, § 5, eerste lid, van de Gvu-wet ingesteld bij de DGEC. Zij zijn onder andere belast met het zoeken naar en bevorderen van een georganiseerde aanpak in de medische controle- of evaluatieopdrachten, zowel tussen verzekeringsinstellingen, als ter aanvulling van de DGEC. Binnen die bevoegdheid is het logisch dat zij ook een opdracht zouden kunnen geven aan het NCAA.

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

#### **Art. X+57**

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

De Gvu-wet voorziet momenteel al twee maatregelen die opgelegd kunnen worden door de administratieve rechtscolleges voorzien in artikel 144 Gvu-wet die naast gevolgen voor de zorgverlener, ook gevolgen kunnen hebben voor de verzekerden. Het gaat over het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling (artikel 144, § 3/1 Gvu-wet) en de opschorting van het RIZIV-nummer dat ingevoegd wordt door deze wet.

In het eerste geval wordt er aan de zorgverlener een algemeen verbod opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen. De zorgverlener mag nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de

verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen.

Dans le second cas, le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu. Cela veut dire que le dispensateur de soins n'est plus autorisé à facturer ni à attester. Il ne s'agit pas d'une mesure déontologique, mais d'une mesure qui peut être imposée par les juridictions administratives. Ce n'est pas le dispensateur de soins lui-même qui est temporairement suspendu, c'est son numéro INAMI qui est temporairement suspendu.

Le dispensateur de soins est censé informer les assurés de ce type de mesures avant d'effectuer une prestation (obligation également introduite par cette loi). Toutefois, l'institution elle-même a également l'obligation d'informer le public à ce propos. Lorsque l'on met en balance le droit du dispensateur de soins à la protection de ses données personnelles et le droit des assurés de recevoir des informations correctes, le droit de l'assuré prévaut dans ce cas.

Seules les mesures susceptibles d'affecter l'assuré doivent être divulguées. Il est à noter que ces mesures sont imposées dans les décisions des juridictions administratives. Il s'agit des décisions qui sont publiées sous une forme pseudonymisée sur le site Internet de l'INAMI conformément à l'article 157, § 3 de la loi SSI. Ce principe reste maintenu car l'intégralité de la décision n'est pas nécessairement pertinente pour le public.

L'adaptation de l'article 218 de la loi SSI permet, à l'avenir, lors de la recherche d'un dispensateur de soins sur le site web de l'INAMI, de lire, en plus des données générales, si une telle mesure a été imposée qui peut avoir des conséquences pour les assurés. Cette adaptation est proportionnée car il ne s'agit pas de publier un registre distinct des « dispensateurs de soins condamnés », ni de rendre soudainement publiques d'autres informations sur ces dispensateurs de soins mais uniquement les mesures susceptibles d'avoir des conséquences pour l'assuré. Bien que certaines informations tirées des décisions du Fonctionnaire dirigeant et

In het tweede geval wordt het RIZIV-nummer van de zorgverlener tijdelijk opgeschort. Dat wil zeggen dat de zorgverlener niet meer mag aanrekenen noch attesteren. Dit is geen deontologische maatregel, maar een maatregel die door de administratieve rechtscolleges opgelegd kan worden. Het is niet de zorgverlener zelf die tijdelijk geschorst wordt, het is zijn RIZIV-nummer dat tijdelijk opgeschort wordt.

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

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

De aanpassing van artikel 218 GVV-wet laat toe om in de toekomst, wanneer je een zorgverlener opzoekt via de website van het RIZIV, naast de algemene gegevens ook te kunnen lezen of er een dergelijke maatregel werd opgelegd die gevolgen kan hebben voor de verzekerden. Die aanpassing is proportioneel aangezien het niet zo is dat er een apart register gepubliceerd wordt met 'veroordeelde zorgverleners', noch is het zo dat er voor die zorgverleners plots meer informatie publiek gemaakt wordt dan enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerde. Alhoewel bepaalde informatie uit de beslissingen

des juridictions administratives puissent être utiles aux assurés, par exemple dans le cas d'un dispensateur de soins qui facture des services inutiles, il est actuellement prévu que seules les mesures ayant une conséquence directe pour l'assuré soient visibles lorsque le dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche sur le site web de l'INAMI. Cette obligation est conforme à l'obligation d'information et au libre choix de l'assuré prévus aux articles 6 et 8 de la loi sur les droits des patients. L'assuré doit pouvoir choisir librement sur la base de toutes les informations, y compris celles relatives aux options de tarification des dispensateurs de soins.

### ***Section X+11 – Responsabilisation financière des organismes assureurs***

#### **Art. X+58**

Dans l'accord de gouvernement 2025-2029, nous lisons que le système des frais d'administration doit être renforcé et notamment être axé sur l'obtention de résultats budgétaires en matière de soins de santé. L'objectif recherché est de maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé en encourageant les organismes assureurs à agir dans cette direction.

A cet effet, l'article 195, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi coordonnée reçoit un nouvel alinéa introduisant une responsabilisation financière des organismes assureurs à hauteur de 25.000.000 EUR par an à partir de 2026, de manière à atteindre 100.000.000 EUR en 2029 et pour les années suivantes. Les organismes assureurs seront évalués sur la base des résultats obtenus en vue de maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé. Cette responsabilisation renvoie plus spécifiquement aux économies à réaliser par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et aux objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions d'accords visés à l'article 40 de la loi coordonnée.

Par ailleurs, cette responsabilisation est individuelle ou collective selon les thèmes d'évaluation choisis et/ou selon les types d'action

van zowel de Leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges nuttig kunnen zijn voor de verzekerden, denk aan een zorgverlener die overbodige prestaties aanreken, wordt er momenteel enkel voorzien dat de maatregelen met een rechtstreeks gevolg voor de verzekerden zichtbaar worden wanneer de zorgverlener opgezocht wordt via de website van het RIZIV. Die verplichting sluit aan bij de informatieplicht en de vrije keuze van de verzekerde uit artikel 6 en 8 van de patiëntenrechtenwet. De verzekerde moet vrij kunnen kiezen op basis van alle informatie, ook de informatie die betrekking heeft op de aanrekenmogelijkheden van de zorgverleners.

### ***Afdeling X+11 – Financiële Responsabilisering van de verzekeringsinstellingen***

#### **Art. X+58**

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

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

Bovendien is deze responsabilisering individueel of collectief, afhankelijk van de gekozen evaluatiethema's en/of van de soorten acties die

qui seront attendus d'eux. Enfin, les montants sur lesquels portent cette responsabilisation ne sont pas versés aux organismes assureurs mais sont réservés sur un compte de l'Institut et sont, le cas échéant, attribués aux organismes assureurs après une évaluation des résultats obtenus par eux.

Le Roi reçoit l'habilitation de déterminer, par arrêté royal, les modalités d'évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d'administration réservée est attribuée ou non aux organismes assureurs. En ce qui concerne le choix des thèmes et des actions qui seront évalués pour estimer la maîtrise des dépenses de l'assurance soins de santé, les organismes assureurs auront eux aussi l'opportunité de proposer des thèmes d'évaluation.

Il convient enfin de souligner que ce nouveau type de responsabilisation n'est pas lié au système prévu à l'article 195, §1er, 2°, alinéa 8, de la loi coordonnée exécutée par l'arrêté royal du 13 septembre 2023.

## **Chapitre 2 - Modifications à la loi-programme (I) du 24 décembre 2002**

### **Art. X+59**

Afin d'ancrer les enquêtes antifraudes dans la législation, l'actuel article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est modifié afin de donner aux organismes assureurs la possibilité d'intervenir en cas de fraude, de surconsommation, de soins inefficaces, etc., sur la base de l'analyse des données collectées par l'Agence intermutualiste.

Pour lutter contre la fraude de manière intermutualiste, il est plus efficace d'analyser l'ensemble des données des organismes assureurs ensemble. Cette tâche pourrait être assurée par l'Agence intermutualiste. Par exemple, l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 dispose déjà (au premier alinéa) que l'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les

van hen worden verwacht. Tot slot worden de bedragen waarop deze responsabilisering betrekking heeft, niet uitgekeerd aan de verzekeringsinstellingen, maar worden gereserveerd op een rekening van het Instituut en worden, in voorkomend geval, aan de verzekeringsinstellingen toegekend na een evaluatie van de door hen behaalde resultaten.

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

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

## **Hoofdstuk 2 - Wijzigingen van de programmawet (I) van 24 december 2002**

### **Art. X+59**

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

Om fraude intermutualistisch aan te pakken is het efficiënter om alle data van de verzekeringsinstellingen samen te analyseren. Dit is een opdracht die door het Intermutualistisch Agentschap zou kunnen worden uitgevoerd. Zo bepaalt artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 reeds (in het eerste lid) dat het Intermutualistisch Agentschap als doel heeft de

données collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leurs missions et de fournir les informations nécessaires. Cet article 278 est désormais complété pour cette finalité. De plus, l'ancrage légal de cette compétence empêche en outre que cette compétence soit remise en cause par des dispensateurs de soins ciblés dans le cadre de poursuites judiciaires intentées.

door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken. Dat artikel 278 wordt nu dus verder aangevuld met het oog op de finaliteit ter zake. De wettelijke verankering van deze bevoegdheid vermijdt daarenboven ook dat deze bevoegdheid in vraag zou worden gesteld in het kader van juridische procedures ingesteld door geïmplementeerde zorgverleners.