

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 april 2026

ONTWERP VAN KADERWET (I)

**Artikelen aangenomen
in eerste lezing**

door de commissie
voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Zie:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:
001: Ontwerp van Kaderwet.
002: Amendementen.
003: Verslag van de eerste lezing.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 avril 2026

PROJET DE LOI-CADRE (I)

**Articles adoptés
en première lecture**

par la commission
de la Santé et de l'Égalité des chances

Voir:

Doc 56 **1334/ (2025/2026)**:
001: Projet de Loi-cadre.
002: Amendements.
003: Rapport de la première lecture.

03480

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

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

HOOFDSTUK 1

Inleidende bepaling

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994**Afdeling 1***Begrotingsproces*

Art. 2

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

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

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

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

“12° stelt een beduidende niet-gerechtigde overschrijding of een risico op dergelijke overschrijding van een partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling of van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast. De Algemene raad beslist ook om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar op beduidende niet-gerechtigde wijze dreigt overschreden te worden;”.

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition introductive**Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**Section 1^{re}***Processus budgétaire*

Art. 2

À l'article 16, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° le 7° est remplacé par ce qui suit:

“7° décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la conformité des conventions ou des accords, qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre, avec le budget des soins de santé et, le cas échéant, leur conformité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et décide en même temps de la conformité des conventions ou des accords existants qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec le budget des soins de santé;”;

2° le 12° est remplacé par ce qui suit:

“12° constate un dépassement significatif non justifié ou un risque de dépassement significatif non justifié d'un objectif budgétaire annuel partiel ou de l'objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général décide également d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparaît que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé significativement de manière non justifiée;”.

Art. 3

In artikel 18 van dezelfde wet wordt het tweede lid, ingevoegd bij de wet van 18 december 2016, vervangen als volgt:

“De Commissie voor begrotingscontrole analyseert het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 op de conformiteit met het begrotingskader, in voorkomend geval met de opdrachtbrief bedoeld in artikel 39, eerste lid, en met het meerjarentraject zoals de Ministerraad heeft besloten, analyseert de bestaande overeenkomsten of akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar op de conformiteit met het voorstel van het Verzekeringscomité, en brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober advies uit, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene raad en het Verzekeringscomité.”

Art. 4

Artikel 18/2, § 1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt vervangen als volgt:

“De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober een advies uit over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene raad en het Verzekeringscomité.”

Art. 5

In artikel 35*octies*, § 3, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 30 oktober 2018, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

“Als onderdeel van zowel de initiële als de herziene technische ramingen van het jaar t-1, zoals bedoeld in artikel 38, zesde lid, raamt de Dienst voor geneeskundige verzorging op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de meest recente gegevens eveneens de honorariummassa (marges en honoraria) van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek voor het jaar t. De beslissing van de Algemene raad of de Ministerraad, naargelang het geval, inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en inzake de vaststelling van de partiële begrotingsdoelstellingen omvat tevens een beslissing hierover.”

Art. 3

Dans l'article 18 de la même loi, l'alinéa 2, inséré par la loi du 18 décembre 2016, est remplacé par ce qui suit:

“La Commission de contrôle budgétaire analyse la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 avec le cadre budgétaire, le cas échéant, avec la lettre de mission visée à l'article 39, alinéa 1^{er}, et avec le trajet pluriannuel tel que décidé par le Conseil des ministres, analyse la conformité des conventions ou des accords qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec la proposition du Comité de l'assurance, et émet au plus tard le deuxième lundi d'octobre un avis qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance.”

Art. 4

Dans l'article 18/2, § 1^{er}, de la même loi, l'alinéa 3, inséré par la loi du 6 novembre 2023, est remplacé par ce qui suit:

“La Commission rend, au plus tard le deuxième lundi d'octobre, un avis sur la conformité aux objectifs en matière de soins de santé, de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39, qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance.”

Art. 5

À l'article 35*octies*, § 3, de la même loi, modifié par la loi du 30 octobre 2018, l'alinéa 2 est remplacé comme suit:

“Dans le cadre des estimations techniques initiales et revues de l'année t-1, telles que visées à l'article 38, alinéa 6, le Service des soins de santé estime également, sur base des données collectées sur base de l'article 165, avec les données les plus récentes, la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public pour l'année t. La décision du Conseil général ou du Conseil des ministres, selon le cas, concernant l'objectif budgétaire annuel de l'assurance soins de santé et la fixation des objectifs budgétaires partiels, comporte également une décision à ce sujet.”

Art. 6

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

1° het vierde lid wordt vervangen als volgt:

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

2° het vijfde lid wordt vervangen als volgt:

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

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

“De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad.”

Art. 7

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

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

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

Art. 6

À l'article 38 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit:

“Les commissions de conventions ou d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance les moyens financiers destinés à financer les adaptations prioritaires et les propositions visant à accroître l'efficacité des soins dans leur secteur.”;

2° l'alinéa 5 est remplacé par ce qui suit:

“Les commissions de conventions ou d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance des propositions de mesures, d'une part, sur base des estimations techniques telles qu'établies par le Service au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire, et d'autre part, pour éventuellement financer une nouvelle politique. Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission de conventions ou d'accords est compétente, est estimé.”;

3° l'alinéa 6 est complété par la phrase suivante:

“Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres.”

Art. 7

À l'article 39 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées:

1° un alinéa rédigé comme suit est inséré avant l'alinéa 1^{er}:

“Le ministre adresse au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres avec les priorités politiques et le cadre budgétaire à prendre en compte par le Comité de l'assurance dans la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, également transmise au Conseil général.”;

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

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

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

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

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

Art. 8

In artikel 40 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 19 december 2025, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

“§ 1. Gelet op het ontwerp van de Ministerraad bedoeld in artikel 39, zesde lid, of indien dat ontbreekt op het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, derde lid, of indien dat ook ontbreekt op volledig eigen initiatief, en rekening houdende met zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur bedoeld in artikel 16, 18°, met de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, bepaalt de Algemene raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar de begroting van de verzekering

2° l’ancien alinéa 1^{er}, qui devient l’alinéa 2, est complété par les mots “et, le cas échéant, la lettre de mission visée à l’alinéa 1^{er}”;

3° dans l’ancien alinéa 3, qui devient l’alinéa 4, les mots “à la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé,” sont insérés entre les mots “transmet” et les mots “au Conseil général”;

4° l’ancien alinéa 3, qui devient l’alinéa 4, est complété par les mots “et, le cas échéant, tient compte de la lettre de mission visée à l’alinéa 1^{er}”;

5° l’ancien alinéa 5, qui devient l’alinéa 6, est remplacé par ce qui suit:

“Compte tenu de la proposition de budget 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, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l’article 38, alinéa 6, le ministre soumet, après le deuxième lundi d’octobre de l’année précédant l’exercice budgétaire, un projet de budget de l’assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres au plus tard le deuxième vendredi d’octobre.”

Art. 8

À l’article 40 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2025, les modifications suivantes sont apportées:

1° le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, est remplacé par ce qui suit:

“§ 1^{er}. Compte tenu du projet du Conseil des ministres visé à l’article 39, alinéa 6, ou à défaut de celui-ci de la proposition du Comité de l’assurance visée à l’article 39, alinéa 3, ou à défaut d’une telle proposition, de sa propre initiative, et compte tenu tant du rapport annuel que de l’avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l’article 18/2, § 1^{er}, respectivement à l’alinéa 2 et 3, des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la législature visés à l’article 16, 18°, des propositions de mesures d’économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l’article 18, et de l’avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition du Comité de l’assurance visé à l’article 18, le Conseil général détermine au plus tard le troisième lundi d’octobre de l’année précédant l’exercice budgétaire, le budget de l’assurance soins de santé, y compris l’objectif budgétaire annuel global de

voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordcommissies en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. De Algemene raad bepaalt eveneens de structurele besparingen (inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding) die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.”;

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

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

Afdeling 2

Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

Art. 9

In artikel 22, 3°, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden “de overeenkomsten en” worden opgeheven;

2° de zin “In geval van verzet door de Ministerraad of door de minister, oefent deze laatste de bevoegdheden uit van het Verzekeringscomité, bedoeld in artikel 51, § 1, vierde lid.” wordt opgeheven.

Art. 10

In titel III, hoofdstuk I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling VIII vervangen als volgt:

“Akkoordcommissies”.

Art. 11

In artikel 26 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 13 december 2006, 27 december 2006 en 11 augustus

l’assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d’accords et la partie hors objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général fixe également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d’entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l’augmentation de l’indice santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.”;

2° dans le paragraphe 2, les mots “et le montant de” sont remplacés par les mots “des soins de santé, y compris”;

3° dans le paragraphe 2, les mots “et la partie en dehors de l’objectif budgétaire annuel global” sont insérés entre les mots “et les objectifs partiels” et les mots “et les budgets globaux”.

Section 2

Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

Art. 9

À l’article 22, 3°, de la même loi, modifié par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° les mots “conventions et” sont abrogés;

2° la phrase “En cas d’opposition du Conseil des ministres ou du ministre, ce dernier exerce les compétences du Comité de l’assurance, visées à l’article 51, § 1^{er}, alinéa 4.” est abrogée.

Art. 10

Dans le titre III, chapitre I^{er}, de la même loi, l’intitulé de la section VIII est remplacé par ce qui suit:

“Des commissions d’accords”.

Art. 11

À l’article 26 de la même loi, modifié par les lois des 13 décembre 2006, 27 décembre 2006 et 11 août

2017, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

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

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

“§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het artsenkorps en van de tandheekkundigen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.

Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

De Nationale commissie artsen-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.

De beslissingen worden genomen bij drie vierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het artsenkorps of de tandheekkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die meerderheden niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het artsenkorps of de tandheekkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het artsenkorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als arts-specialist moeten bevatten.

2017, dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit:

“Les accords prévus à l'article 42 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé et les projets de conventions visés à l'article 22, 6° et 6°bis, sont rédigés au sein du Service des soins de santé, par des commissions d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.”;

2° l'article est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit:

“§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles. La représentation des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la commission concernée.

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.

De voorzitter is niet stemgerechtigd.”;

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

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

Art. 12

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling I vervangen als volgt:

“Akkoorden”.

Art. 13

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

“Art. 42. Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen eensdeels, en de artsen, de tandheelkundigen, de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens, de verstrekkers van implantaten en de in artikel 34, 11°, 12° en 18°, bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij akkoorden geregeld.

De in het vorige lid vermelde akkoorden, zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.

De Koning regelt de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners die instaan voor de in artikel 34, 13°, 14° en 15°, bedoelde verstrekkingen anderzijds.”

Art. 14

In titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt B vervangen als volgt:

Le président n’a pas voix délibérative.”;

3° l’article est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit:

“§ 3. Chaque Commission établit un règlement d’ordre intérieur qui est soumis à l’approbation du Roi et qui est publié au *Moniteur belge*.”

Art. 12

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, l’intitulé de la section I^{re} est remplacé par ce qui suit:

“Des accords”.

Art. 13

L’article 42 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998 et 19 mars 2013, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 42. Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d’une part, et les médecins, les praticiens de l’art dentaire, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les sages-femmes, les praticiens de l’art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, les fournisseurs d’implants et les services et institutions visés à l’article 34, 11°, 12° et 18°, d’autre part, sont normalement régis par des accords.

Les accords mentionnés dans l’alinéa précédent s’appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes 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.

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

Art. 14

Dans le titre III, Chapitre V, Section I^{re}, de la même loi, l’intitulé du point B est remplacé par ce qui suit:

“Akkoorden met de artsen, de tandheekkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens en de verstrekkers van implantaten”.

Art. 15

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

Art. 16

Artikel 44 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 15 december 2013, wordt vervangen als volgt:

“Art. 44. § 1. De akkoorden met betrekking tot de artsen, de tandheekkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens en de audiciens bepalen in het bijzonder het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.

Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.

Voor de in artikel 34, eerste lid, 4^o bis, bedoelde verstrekkingen is de Akkoordcommissie tussen verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen bevoegd om de afleveringsmarge vast te stellen. De afleveringsmarge dekt de informatie van de ziekenhuisapotheker met betrekking tot de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aan de in artikel 2, n), bedoelde verplegingsinrichtingen en aan potentiële implanters. De afleveringsmarge dekt ook de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit en de aflevering van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, evenals, overeenkomstig de wettelijke vereisten, de aflevering van en het toezicht op het traject van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

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

“Des accords avec les médecins, les praticiens de l’art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l’art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, et les fournisseurs d’implants”.

Art. 15

L’article 43 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 22 février 1998, est abrogé.

Art. 16

L’article 44 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 15 décembre 2013, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 44. § 1^{er}. Les accords concernant les médecins, les praticiens de l’art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l’art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens et les audiciens fixent notamment le montant des honoraires et des prix réclamés pour les prestations.

Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l’article 35, § 1^{er}.

En ce qui concerne les prestations visées à l’article 34, alinéa 1^{er}, 4^o bis, la Commission d’accords entre les fournisseurs d’implants et les organismes assureurs est compétente pour fixer la marge de délivrance. La marge de délivrance couvre l’information par le pharmacien hospitalier aux établissements visés à l’article 2, n), et aux planteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La marge de délivrance couvre également l’achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.

§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire que les personnes visées au § 1^{er} sont autorisées à réclamer au bénéficiaire lorsqu’elles donnent ces soins à son domicile, soit à son appel, soit à leur initiative lorsque l’état du bénéficiaire nécessite la poursuite de soins sans qu’il puisse se déplacer. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.

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

§ 4. De akkoorden kunnen de voorwaarden vaststellen inzake bijzondere eisen van de rechthebbenden waarin het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen mag worden overschreden.

De akkoorden kunnen richttarieven vaststellen voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Deze richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van deze richttarieven in de akkoorden moet worden geëvalueerd. Deze richttarieven mogen in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer voor bepaalde verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

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

Art. 17

In titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt C vervangen als volgt:

“Akkoorden met de verplegingsinrichtingen”.

Art. 18

In artikel 46 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt het woord “overeenkomsten” telkens vervangen door het woord “akkoorden”.

Art. 19

In titel III, hoofdstuk V, afdeling I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt D vervangen als volgt:

“Akkoorden met de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen”.

§ 3. Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification.

§ 4. Les accords peuvent fixer 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.

Les accords peuvent fixer les tarifs indicatifs, pour les prestations de la nomenclature qu'ils déterminent. Ces tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et l'inclusion de ces tarifs indicatifs dans les accords doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou pour certaines prestations dont le montant du remboursement est devenu obsolète.

§ 5. Les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent prévoir une adhésion partielle aux accords. Le cas échéant, le médecin et le praticien de l'art dentaire qui a adhéré partiellement peut dépasser les montants des honoraires fixés dans l'accord conformément aux conditions et modalités fixées dans l'accord.”

Art. 17

Dans le titre III, Chapitre V, Section I^{re}, de la même loi, l'intitulé du point C est remplacé par ce qui suit:

“Des accords avec les établissements hospitaliers”.

Art. 18

Dans l'article 46 de la même loi, modifié par la loi du 11 août 2017, le mot “conventions” est chaque fois remplacé par le mot “accords”.

Art. 19

Dans le titre III, chapitre V, section I^{re}, de la même loi, l'intitulé du point D est remplacé par ce qui suit:

“Des accords avec les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°”.

Art. 20

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

1° de woorden “bedoelde overeenkomsten” worden vervangen door de woorden “bedoelde akkoorden”;

2° de woorden “De overeenkomsten worden” worden vervangen door de woorden “De akkoorden worden”;

3° de woorden “die overeenkomsten” worden vervangen door de woorden “die akkoorden”;

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

5° het woord “overeenkomstencommissie” wordt vervangen door het woord “akkoordencommissie”.

Art. 21

In titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt E vervangen als volgt:

“Akkoord met de apothekers”.

Art. 22

Artikel 48 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt vervangen als volgt:

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

Art. 23

Artikel 49 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 april 2019, wordt vervangen als volgt:

“Art. 49. De commissie waarin het akkoord is gesloten is bevoegd om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en kan het advies van de bevoegde technische raad inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.”

Art. 20

Dans l'article 47 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° les mots “les conventions visées à” sont remplacés par les mots “les accords visés à”;

2° les mots “Les conventions sont soumises à” sont remplacés par les mots “Les accords sont soumis à”;

3° les mots “ces conventions” sont remplacés par les mots “ces accords”;

4° les mots “la convention” sont chaque fois remplacés par les mots “l'accord”;

5° les mots “commission de conventions” sont remplacés par les mots “commission d'accords”;

Art. 21

Dans le titre III, Chapitre V, Section I^{re}, de la même loi, l'intitulé du point E est remplacé par ce qui suit:

“De l'accord avec les pharmaciens”.

Art. 22

L'article 48 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 48. L'accord visé à l'article 42 fixe, en ce qui concerne les pharmaciens, le montant des honoraires pour les préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques, ainsi qu'à la délivrance et à la facturation des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° et 5°bis, dispensées par les pharmaciens.”

Art. 23

L'article 49 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 avril 2019, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 49. 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 peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.”

Art. 24

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, worden de woorden “Afdeling II – Betrekkingen met de artsen en de tandheeskundigen” opgeheven.

Art. 25

Artikel 50 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, wordt vervangen als volgt:

“Art. 50. § 1. Elk akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Het kan ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn.

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

De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, uit wijzigingen van de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en uit nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren.

Bovenop die correctiemechanismen moet elk akkoord bevatten:

1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, § 1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7;

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

De Algemene raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief

Art. 24

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, les mots “Section II. – Des rapports avec les médecins et les praticiens de l’art dentaire” sont abrogés.

Art. 25

L’article 50 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 50. § 1^{er}. Tout accord doit comprendre des engagements en matière d’honoraires et de prix. Ces mêmes accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d’utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l’article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.

Chaque accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d’entrer en action aussitôt qu’il est constaté que l’objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d’être dépassé significativement de manière non justifiée.

Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en des adaptations des tarifs d’honoraires, des prix ou autres montants, en des modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l’article 35, § 1^{er}, et en de nouvelles techniques de financement des prestations de santé.

En sus de ces mécanismes de correction, chaque accord doit contenir:

1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées dans l’article 40, § 1^{er}, ou de celles visées dans l’article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7;

2° des mécanismes de correction susceptibles d’entrer en action dès qu’il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser significativement les normes en matière de volume incorporées dans l’accord de manière non justifiée.

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d’entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l’alinéa 4, 1°, est alors appliquée d’office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le

aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.

Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen akkoord loopt.

Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.

Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene raad, kan een akkoordcommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207bis door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene raad.

§ 2. Een beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding of een risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld door de Algemene raad. Het komt aan de Algemene raad toe om te bepalen welk gevolg er gegeven wordt aan enige beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding of risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling.

Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in paragraaf 5.

§ 3. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke akkoordcommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee.

De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene raad, de Commissie voor begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordcommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een

premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucun accord n'est en cours.

L'application de la réduction visée au 1° ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission d'accords ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1^{er} janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207bis, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x-1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date, il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 2. Un dépassement significatif non justifié ou un risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel est constaté par le Conseil général. Il appartient au Conseil général de déterminer la suite à donner à tout dépassement significatif non justifié ou risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel.

À cet égard, une distinction peut être faite entre les deux groupes de dépenses qui sont visées au paragraphe 5.

§ 3. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un

gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren. Bij dat verslag moeten de akkoordcommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

§ 4. Elke akkoordcommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing.

Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene raad.

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

§ 6. De §§ 1 tot 5 zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten.”

Art. 26

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling III vervangen als volgt:

“Afdeling III. Proces sluiten van akkoorden en toetreding tot akkoorden”.

rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement significatif non justifié mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§ 4. Chaque commission d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.

Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.

§ 5. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1^{er}, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Conseil général en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après avis de la Commission de contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

§ 6. Les §§ 1^{er} à 5 ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.”

Art. 26

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section III est remplacé par ce qui suit:

“Section III. Processus de conclusion des accords et adhésion aux accords”.

Art. 27

Artikel 51 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 mei 2022, wordt vervangen als volgt:

“Art. 51. De in artikel 42 bedoelde akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden vóór 31 december voorgelegd aan het Verzekeringscomité en aan de Algemene raad om goed te keuren, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. De Algemene raad keurt de akkoorden goed als ze in overeenstemming zijn met de begroting. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord wordt gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als deze laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen.

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

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

Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan

Art. 27

L'article 51 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 51. Les accords visés à l'article 42 doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis avant le 31 décembre au Comité de l'assurance et au Conseil général pour approbation, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Le Conseil général approuve les accords s'ils sont conformes au budget. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Le total des montants de dépenses résultant des accords nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels.

Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord. Après l'approbation d'un accord par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général avant le 1^{er} février de l'année suivante afin de déterminer sa conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Les membres de la commission d'accords concernée sont invités à participer à la réunion du Comité de l'assurance au cours de laquelle le document est discuté. Les membres de la commission d'accords concernée ont voix consultative, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1^{er} mars afin de

de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad, samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

In dat document worden in het bijzonder de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten toegetreden te zijn. In het document voor de artsen en de tandheekkundigen worden tevens de voorwaarden vastgesteld betreffende de tijdstippen tijdens dewelke de honorariumtarieven van strikte toepassing zijn.

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

Art. 28

In dezelfde wet wordt een artikel 51/1 ingevoegd, luidende:

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

De orthopedisch technoloog die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot het akkoord of het document te kunnen toetreden en voor zover dat in dat akkoord of in dat document uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van de werkgever bijvoegen waarmee hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenissen aan te gaan die in het voormelde akkoord of in het voormelde document zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de onderneming die gerechtigd zijn om tot het akkoord of het document toe te treden.

§ 2. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten worden geacht tot deze akkoorden of deze documenten te zijn toegetreden voor de duur van het akkoord of het document. Deze weigering heeft

déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard le dernier jour de février. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. Dans le document destiné aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire sont également fixées les conditions relatives aux moments pour lesquels les tarifs d'honoraires sont de stricte application.

Le présent article ne s'applique pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.”

Art. 28

Dans la même loi, il est inséré un article 51/1 rédigé comme suit:

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

Toutefois, le technologue orthopédique exerçant sa profession dans une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à l'accord ou au document et, dans la mesure où cela est expressément prévu dans cet accord ou ce document, joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant à prendre les engagements établis par l'accord ou le document précité. Cette autorisation n'est valable que si elle couvre tous les dispensateurs de soins de l'entreprise habilités à adhérer à l'accord ou au document.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Ce refus ne produit ses effets que s'il a été notifié pendant la période de

slechts uitwerking indien ze ter kennis werd gebracht tijdens de periode van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van het akkoord of het document. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.

De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord of het document via elektronische weg of per post.

De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 1, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandhaafd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.

§ 3. De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toetredende zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door de Ministerraad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van de door de Ministerraad goedgekeurde documenten, behoudens indien meer dan 40 percent van de zorgverleners volgens de nadere regels bepaald in paragraaf 2 kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden of documenten.

trente jours à compter de la date d'envoi de l'accord ou du document. 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 autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut 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. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4°, b), de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de l'accord ou du document par voie électronique ou par voie postale.

L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 1^{er}, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

§ 3. Les accords et les documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par le Conseil des ministres ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents approuvés par le Conseil des ministres, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhérer aux termes desdits accords ou documents, selon les modalités prévues au paragraphe 2.

Opdat het akkoord artsen-ziekenfondsen of het document dat door het Verzekeringscomité of de minister werd vastgesteld voor de artsen in werking kan treden, mogen bovendien niet meer dan 50 percent van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 percent van de artsen-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord of het document toe te treden.

De telling van de zorgverleners die kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden of de documenten, wordt uitgevoerd door de akkoordencommissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden of de documenten.

Indien het Instituut evenwel boodschappen ontvangt die door de zorgverleners na afloop van de termijn van dertig dagen bedoeld in paragraaf 2 zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de akkoordencommissie vast dat het akkoord of het document in werking treedt, voor zover, ingevolge die boodschappen, het percentage van weigering tot toetreding het in het eerste lid bedoelde percentage niet meer overschrijdt. Indien het Instituut evenwel boodschappen ontvangt die door de artsen na afloop van de termijn van dertig dagen bedoeld in paragraaf 2 zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de akkoordencommissie vast dat het akkoord of het document in werking treedt, voor zover, ingevolge die boodschappen, het percentage van weigering tot toetreding de in het eerste en het tweede lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.

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

Art. 29

In dezelfde wet wordt een artikel 51/2 ingevoegd, luidende:

En outre, pour que l'accord médico-mutualiste ou le document établi par le Comité de l'assurance ou le ministre pour les médecins puisse entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des médecins généralistes et pas plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'adhérer à l'accord ou au document.

Le décompte des dispensateurs de soins qui ont notifié leur refus d'adhérer aux termes des accords ou documents est effectué par les commissions d'accords avant l'entrée en vigueur des accords ou documents.

Toutefois, si l'Institut reçoit, après l'expiration du délai de trente jours visé au paragraphe 2, des messages de dispensateurs de soins visant à retirer un refus d'adhésion antérieurement notifié, la commission d'accords constate l'entrée en vigueur de l'accord ou du document, pour autant qu'à la suite de ces messages, le pourcentage de refus d'adhésion n'excède plus le pourcentage visé à l'alinéa 1^{er}. Toutefois, si l'Institut reçoit, après l'expiration du délai de trente jours visé au paragraphe 2, des messages envoyés par les médecins visant à retirer un refus d'adhésion antérieurement notifié, la commission d'accords constate l'entrée en vigueur de l'accord ou du document, pour autant qu'à la suite de ces messages, le pourcentage de refus d'adhésion n'excède plus les pourcentages visés aux alinéas 1^{er} et 2.

Si les dispensateurs de soins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accords constate éventuellement que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse le pourcentage visé à l'alinéa 1^{er}. Si des médecins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accords constate éventuellement que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès lors que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse les pourcentages visés aux alinéas 1^{er} et 2."

Art. 29

Dans la même loi, il est inséré un article 51/2 rédigé comme suit:

“Art. 51/2. De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. De akkoordencommissie kan beslissen het akkoord te verlengen van kalenderjaar tot kalenderjaar. De beslissing tot verlenging moet ten laatste worden genomen op 30 september. De akkoorden kunnen ook voorzien dat ze stilzwijgend worden verlengd van kalenderjaar tot kalenderjaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee kalenderjaren goedkeuren.

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

De voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk op 15 september van het jaar waarin het lopende akkoord verstrijkt bijeen. De Commissie komt ook bijeen als een van de banken het vraagt.”

Art. 30

In dezelfde wet wordt een artikel 51/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 51/3. De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen tijdens hun geldigheidsduur worden gewijzigd door middel van wijzigingsclausules. Deze wijzigingsclausules worden gesloten door de bevoegde commissies en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Na de goedkeuring van een wijzigingsclausule door de Algemene raad deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad, samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

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

“Art. 51/2. Les accords visés dans l'article 42 sont conclus pour une période d'au moins deux années calendrier. La commission d'accords peut décider de prolonger l'accord d'année calendrier en année calendrier. La décision de prolongation doit être prise au plus tard le 30 septembre. Les accords peuvent également prévoir qu'ils sont prolongés tacitement d'année calendrier en année calendrier, sauf s'ils sont dénoncés au plus tard trois mois avant la date d'expiration fixée.

Néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut approuver un accord d'une durée inférieure à deux années calendriers.

Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre sont valables jusqu'à la fin de l'année calendrier au cours de laquelle ils ont été adoptés.

Le président de la commission d'accords convoque la commission au plus tard le 15 septembre de l'année d'expiration de l'accord en cours. La commission se réunit également si l'un des bancs le demande.”

Art. 30

Dans la même loi, il est inséré un article 51/3 rédigé comme suit:

“Art. 51/3. Les accords visés dans l'article 42 peuvent être modifiés pendant leur période de validité par des avenants. Ces avenants sont conclus par les commissions compétentes et sont soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour en déterminer la conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Après l'approbation d'un avenant par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

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

Art. 31

In dezelfde wet wordt een artikel 51/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 51/4. De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen geheel worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een akkoord indien door de Koning of door de Algemene raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria of de bedragen vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2, 46, §§ 1 en 2, en 48, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 50 en 68.

De akkoorden kunnen door een individuele zorgverlener geheel worden opgezegd zonder motivering. Die opzegging moet gebeuren voor 1 december en is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze opzegging via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de opzegging door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de opzegging uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.

De akkoorden kunnen aanvullend op de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet ook andere gronden voor opzegging voorzien, mits minstens drie vierde van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en minstens drie vierde van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen daarmee akkoord gaan.

Wanneer die meerderheden niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kunnen dezelfde gronden voor opzegging opnieuw ter stemming worden gebracht en worden

Art. 31

Dans la même loi, il est inséré un article 51/4 rédigé comme suit:

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

Les accords peuvent être dénoncés dans leur totalité par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1^{er} décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1^{er} janvier de l'année calendrier suivante. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette dénonciation se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la dénonciation se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut 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 dénonciation se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4°, b), de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

Les accords peuvent également prévoir, en plus des motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, d'autres motifs de dénonciation, à condition qu'au moins trois quarts des membres représentant les dispensateurs de soins et au moins trois quarts des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, les mêmes motifs de dénonciation peuvent être soumis à un nouveau vote et être inclus

opgenomen in de akkoorden, op voorwaarde dat een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen akkoord gaan.

Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit schriftelijk aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties die, op basis van de wet of van het akkoord, een grond vormen voor de opzegging van het akkoord zich heeft voorgedaan.

In dat geval roept de voorzitter van de akkoordencommissie een vergadering bijeen waarop de minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord van rechtswege een einde na 30 dagen, mits op voornoemde vergadering waarop de minister werd uitgenodigd een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigt.

Het sluiten van een nieuw akkoord na opzegging van een akkoord gebeurt overeenkomstig de bepalingen van artikel 51.

Als tijdens het kalenderjaar waarin een akkoord wordt opgezegd een nieuw akkoord wordt gesloten, loopt de geldigheidsduur van het nieuwe akkoord, behoudens andersluidende beslissing, tot het einde van het daaropvolgende kalenderjaar of een nieuwe opzegging.”

Art. 32

In dezelfde wet wordt een artikel 51/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 51/5. § 1. Wanneer een nieuw akkoord is gesloten en goedgekeurd en dit akkoord de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of een document dat is verstrekt of een akkoord dat overeenkomstig artikel 51/4 werd ontbonden, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstrekt, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord.

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51 bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is

dans les accords, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accords par écrit dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées qui, sur la base de la loi ou de l'accord, constituent un fondement pour la dénonciation de l'accord se soit produite.

Dans ce cas, le président de la commission d'accords convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucune conciliation n'est trouvée lors de cette réunion, l'accord prend fin de plein droit après 30 jours, à condition qu'à la réunion précitée à laquelle le ministre a été invité, une majorité des représentants présents des organisations représentatives des dispensateurs de soins confirme la dénonciation.

La conclusion d'un nouvel accord après dénonciation d'un accord se fait conformément aux dispositions de l'article 51.

Si pendant l'année calendrier au cours de laquelle un accord est dénoncé, un nouvel accord est conclu, la durée de validité du nouvel accord court, sauf décision contraire, jusqu'à la fin de l'année calendrier suivante ou d'une nouvelle dénonciation.”

Art. 32

Dans la même loi, il est inséré un article 51/5 rédigé comme suit:

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

Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, aucun nouvel accord n'a été conclu ou aucun nouvel accord n'a été approuvé, les

goedgekeurd, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de minister en goedgekeurd door de Algemene raad, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, tot de laatste dag van februari.

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

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

Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het tweede lid, blijven de in het verstreken akkoord of de in het verstreken document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuw akkoord of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.

§ 3. Zodra de akkoorden of de documenten met de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en de paramedische medewerkers in werking treden, kan de Koning de vergoedingsbedragen waarin artikel 37 voorziet, met maximum 25 pct. verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en de paramedische medewerkers die niet tot de akkoorden of de documenten zijn toegetreden.

§ 4. Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document geen nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad wordt de aanwending van de indexmassa opgeschort totdat een nieuw akkoord in werking treedt.

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document een nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad kan de indexmassa worden aangewend vanaf 1 januari zoals

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

§ 2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix.

Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi détermine la base de calcul des interventions de l'assurance obligatoire soins de santé dues en vertu de l'article 37.

Si aucun arrêté n'est pris en exécution de l'alinéa 2, les montants et honoraires fixés dans l'accord expiré ou dans le document expiré continuent à servir provisoirement 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.

§ 3. Dès l'entrée en vigueur des accords ou des documents avec les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux, le Roi peut réduire de 25 p.c. maximum les montants de remboursement prévus à l'article 37 pour les prestations dispensées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux accords ou documents.

§ 4. Si, à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, aucun nouvel accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, l'affectation de la masse d'index est suspendue jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord.

Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord est approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, la masse d'index peut être affectée à partir du 1^{er} janvier, tel que prévu

bepaald in het akkoord. Als het akkoord niet in werking kan treden, vervalt de indexering vanaf 1 maart.”

Art. 33

In dezelfde wet wordt een artikel 51/6 ingevoegd, luidende:

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

Art. 34

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt na artikel 51/6 een afdeling III/1 ingevoegd, luidende:

“Afdeling III/1. Gevolgen van toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden en andere bepalingen”.

Art. 35

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

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

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

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

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

“De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of een document zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten

dans l'accord. Si l'accord ne peut entrer en vigueur, l'indexation expire à partir du 1^{er} mars.”

Art. 33

Dans la même loi, il est inséré un article 51/6 rédigé comme suit:

“Art. 51/6. Les accords, les avenants et les documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre, approuvés par le Conseil des ministres, sont publiés sur le site internet de l'Institut et au *Moniteur belge*. L'Institut publie également sur son site internet un texte coordonné des accords.”

Art. 34

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, une section III/1 est insérée après l'article 51/6, rédigée comme suit:

“Section III/1. Conséquences d'une adhésion ou d'un refus d'adhésion aux accords et autres dispositions”.

Art. 35

Dans l'article 52 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1999, 14 janvier 2002, 13 décembre 2005 et 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 1^{er}, les mots “pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50” sont remplacés par les mots “pratiquant les tarifs d'honoraires de l'accord visé à l'article 42”;

2° dans le paragraphe 2, les mots “à une convention ou” et les mots “la convention ou” sont abrogés;

3° dans le paragraphe 2bis, les mots “conventions et” sont chaque fois abrogés;

4° dans le paragraphe 3, l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit:

“Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l'article 42 ou des documents visés à l'article 51, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et

hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.”

Art. 36

In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel 34, wordt een artikel 52/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 52/1. § 1. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.

De artsen en de tandheekkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of die documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het Instituut via de in dat artikel beveiligde onlinetoepassing mededeling hebben gedaan van de tijdstippen waarop ze de in de akkoorden of de documenten vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen, zoals bedoeld in artikel 44, § 5.

Buiten de tijdstippen meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheekkundigen geacht tot de akkoorden of de documenten te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de tijdstippen waarop zij niet tot de akkoorden of de documenten zijn toegetreden.

§ 2. De uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven zijn de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn van de zorgverlener tot de akkoorden of de documenten op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.”

Art. 37

In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel 34, wordt een artikel 52/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36sexies, 36octies, 36undecies en 36quinquiesdecies van deze wet en in artikel 59quater van

les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.”

Art. 36

Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article 34, il est inséré un article 52/1 rédigé comme suit:

“Art. 52/1. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour l'entièreté de leur activité professionnelle.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou aux documents selon la procédure prévue dans l'article 51/1 sont réputés de plein droit avoir adhéré à ces accords ou à ces documents pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont communiqué à l'Institut, par le biais de l'application en ligne sécurisée visée à cet article, les moments pour lesquels ils n'appliqueront pas les montants des honoraires fixés dans les accords ou les documents, tel que visé à l'article 44, § 5.

En dehors des moments communiqués conformément à l'alinéa 2, les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont réputés avoir adhéré aux accords ou aux documents. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou aux documents.

§ 2. Les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non du dispensateur de soins aux accords ou documents au moment où les soins sont dispensés.”

Art. 37

Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article 34, il est inséré un article 52/2 rédigé comme suit:

“Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinquiesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater

de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, bepaalt de Koning dat de financiële tegemoetkomingen *pro rata* worden toegekend.”

Art. 38

In artikel 37*sexies* van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 19 december 2025, wordt het zesde lid vervangen als volgt:

“Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, het bedrag van de richttarieven.”

Art. 39

Deze afdeling treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Afdeling 3

Definities

Art. 40

In artikel 2 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

2° het artikel wordt aangevuld met de bepalingen onder z) en z)/1, luidende:

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

z)/1 onder “gerechtvaardigde overschrijdingen”, overschrijdingen die ontstaan door externe factoren of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, waar de sector geen controle over heeft en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren.”

de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu’aux dispensateurs de soins qui s’engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n’est conventionné que pendant une période déterminée de l’année, le Roi détermine que les interventions financières sont accordées au prorata.”

Art. 38

Dans l’article 37*sexies* de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2025, l’alinéa 6 est remplacé par ce qui suit:

“Est également considéré comme une intervention personnelle le montant des tarifs indicatifs.”

Art. 39

La présente section entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027 et s’applique aux accords applicables à partir du 1^{er} janvier 2028.

Section 3

Définitions

Art. 40

À l’article 2 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° au m), les mots “les fournisseurs de prothèses et appareils” sont remplacés par les mots “les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens”;

2° l’article est complété par le z) et le z)/1, rédigés comme suit:

“z) par “tarifs indicatifs”, les dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix dans le cadre des accords visés dans l’article 42 ou des documents visés dans l’article 51, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents;

z)/1 par “dépassements justifiés”, des dépassements dus à des facteurs externes ou résultant d’une obligation légale ou réglementaire, échappant au contrôle du secteur et générant une dynamique de dépenses imprévue.”

Art. 41

Artikel 40, 2°, treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Afdeling 4

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

Art. 42

Artikel 9bis van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en vervangen door het koninklijk besluit van 19 juli 2013, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“In afwijking van de algemene vereiste tot voorlegging van originele documenten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de voorlegging van kopieën aanvaard voor de documenten met betrekking tot de verzekeraarbaarheid en de financiële toegankelijkheid in strikte zin, die door de sociaal verzekerde aan het ziekenfonds worden bezorgd. De sociaal verzekerde is verplicht de originele documenten gedurende 10 jaar ter beschikking te houden.”

Art. 43

Deze afdeling heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026.

Afdeling 5

Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

Art. 44

In artikel 15, eerste lid, f), van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt het woord “zeven” opgeheven.

Art. 45

In artikel 21 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

Art. 41

L'article 40, 2°, entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027 et s'applique aux accords applicables à partir du 1^{er} janvier 2028.

Section 4

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

Art. 42

L'article 9bis de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par l'arrêté royal du 19 juillet 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“Par dérogation à l'exigence générique de production de documents originaux en matière d'assurance soins de santé, la production de copies est acceptée pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict remis par les assurés sociaux à la mutualité. L'assuré social est tenu de tenir les documents originaux à disposition pendant 10 ans.”

Art. 43

La présente section produit ses effets le 1^{er} janvier 2026.

Section 5

Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Art. 44

Dans l'article 15, alinéa 1^{er}, f), de la même loi, inséré par la loi du 6 novembre 2023, le mot “sept” est abrogé.

Art. 45

À l'article 21 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, est complété par le g) rédigé comme suit:

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

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

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

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

Afdeling 6

Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

Art. 46

In artikel 35, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bevestigd door de wet van 12 december 1997, bij de wet van 10 augustus 2001 en bij de wet van 22 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

“De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de door de verzoeker vastgestelde termijn, die niet minder dan een maand mag bedragen. Indien de bevoegde technische raad een voorstel geformuleerd heeft dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen of indien niet binnen de vooropgestelde termijn gevolg gegeven wordt aan het verzoek, kan de verzoeker een voorstel doen overeenkomstig de bepalingen onder 3°.”;

2° in de bepaling onder 3° wordt het tweede lid opgeheven;

3° de bepaling onder 4° wordt opgeheven.

Art. 47

In artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,

“g) de représentants des autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.”;

2° dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 3, les mots “et g)” sont insérés entre les mots “alinéa 1^{er}, f)” et les mots “, ont voix consultative”.

3° le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, est complété par la phrase suivante:

“La qualité de membres visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, g), est conditionnée par l’adoption d’un arrêté pris par le Roi conformément à l’article 92ter, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.”

Section 6

Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature

Art. 46

À l’article 35, § 2, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l’arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, par la loi du 10 août 2001 et par la loi du 22 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées:

1° le 2° est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai fixé par le demandeur, lequel ne peut être inférieur à un mois. Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s’il n’est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°.”;

2° dans le 3°, l’alinéa 2 est abrogé;

3° le 4° est abrogé.

Art. 47

Dans l’article 10 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 november 2018, wordt paragraaf 8 opgeheven.

Afdeling 7

Ereloonsupplementen

Art. 48

Artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 6 november 2023, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

“§ 5. Onder voorbehoud van supplementen verboden door of krachtens een wet, wordt het aanrekenen van supplementen uiterlijk op 1 januari 2028 geplafonneerd. De Koning plafonneert het aanrekenen van supplementen en wijzigt de vastgestelde maximumsupplementen, op voorstel van de bevoegde akkoordcommissie of – bij ontstentenis hiervan – op voorstel van de minister, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, met het oog op het waarborgen van een financieel toegankelijke gezondheidszorg en het beperken van excessen in het aanrekenen van bedragen aan rechthebbenden.

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

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

Het maximumsupplement kan bepaald worden door onder meer het vaststellen van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Bij het bepalen van het maximumsupplement wordt rekening gehouden met de beschikbare gegevens en de concrete cijfers.

Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige

modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 novembre 2018, le paragraphe 8 est abrogé.

Section 7

Suppléments d'honoraires

Art. 48

L'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit:

“§ 5. Sous réserve des suppléments interdits par ou en vertu d'une loi, la facturation des suppléments est plafonnée au plus tard le 1^{er} janvier 2028. Le Roi plafonne la facturation des suppléments et modifie les suppléments maximaux fixés, sur proposition de la commission d'accords concernée ou – à défaut – sur proposition du ministre, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, en vue de garantir l'accessibilité financière des soins de santé et de limiter les excès dans la facturation de montants aux bénéficiaires.

La proposition de la commission d'accords concernée est émise à la majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins. Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, la proposition peut être soumise à un nouveau vote et être prise, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Le supplément maximal fixé par le Roi peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'Il désigne, la spécialisation des dispensateurs de soins concernés et selon que le bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.

Le supplément maximal peut être fixé, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou d'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Pour la détermination du supplément maximal, il est tenu compte des données disponibles et des chiffres concrets.

La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'Il désigne,

verstrekkingen die Hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.

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

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

Art. 49

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

Art. 50

In artikel 73, § 1/1, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 10 april 2014, worden de woorden “van artikel 35, § 5, en” ingevoegd tussen de woorden “Onder voorbehoud” en “van artikel 152, § 5,”.

Art. 51

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel 49, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2025.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding van deze afdeling, met uitzondering van artikel 49, uitstellen tot uiterlijk 1 januari 2029. Hij kan eveneens, in voorkomend geval, de datum bedoeld in artikel 48 wijzigen.

peut en outre être limité à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission d'accords concernée.

Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée 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, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.”

Art. 49

L'article 53, § 5, de la même loi, inséré par la loi du 29 novembre 2022, est complété par les mots “sans préjudice des dispositions prévues dans les conventions et les accords”.

Art. 50

À l'article 73, § 1^{er}/1, alinéa 1^{er}, de la même loi, inséré par la loi du 10 avril 2014, les mots “de l'article 35, § 5, et” sont insérés entre les mots “Sous réserve de l'application” et les mots “de l'article 152, § 5”.

Art. 51

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028, à l'exception de l'article 49, qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2025.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, reporter la date d'entrée en vigueur de la présente section, à l'exception de l'article 49, au plus tard au 1^{er} janvier 2029. Il peut également, le cas échéant, adapter la date visée à l'article 48.

Afdeling 8*Financiering
representatieve beroepsorganisaties*

Art. 52

Artikel 36*nonies* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de overeenkomsten of de akkoorden. Het aanvullend bedrag bedraagt vijftien procent van de totale tegemoetkoming voor de betrokken sector of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt, op voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie, de modaliteiten waarop het basisbedrag en het aanvullend bedrag worden bepaald en verdeeld. De overeenkomsten- of akkoordencommissie formuleert een voorstel binnen de door de minister vastgestelde termijn, die niet minder dan drie maanden mag bedragen. In afwezigheid van een voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit.”

Art. 53

Deze afdeling heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026. Voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, hebben deze bepalingen uitwerking vanaf 1 januari van het jaar volgend op de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze afdeling.

Afdeling 9*Verplicht gebruik van elektronische diensten
door zorgverleners*

Art. 54

Artikel 53, § 1, zesde lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt vervangen als volgt:

“In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling, en op 1 januari 2027 voor de kinesitherapeuten voor wat de elektronische kennisgevingen

Section 8*Financement
des organisations professionnelles représentatives*

Art. 52

L'article 36*nonies* de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“L'intervention financière visée dans l'alinéa 1^{er} se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux conventions ou aux accords. Le montant complémentaire s'élève à quinze pour cent de l'intervention totale pour le secteur ou l'organisation professionnelle concerné. Le Roi fixe, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire sont déterminés et répartis. La commission de conventions ou d'accords formule une proposition dans le délai fixé par le ministre, qui ne peut pas être inférieur à trois mois. En l'absence de proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres.”

Art. 53

La présente section produit ses effets le 1^{er} janvier 2026. Pour les secteurs où se déroulent des élections telles que visées à l'article 211 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ces dispositions produisent leurs effets à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant la première élection après l'entrée en vigueur de la présente section.

Section 9*Obligation d'utilisation de services électroniques
par les dispensateurs de soins*

Art. 54

L'article 53, § 1^{er}, alinéa 6, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, est remplacé par ce qui suit:

“Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 prend effet le 1^{er} juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le 1^{er} janvier 2027 pour les kinésithérapeutes en ce qui concerne les notifications électroniques et les demandes d'accord

en akkoordaanvragen betreft alsook de elektronische gegevensoverdracht binnen of buiten de derdebetalersregeling. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 eveneens beschikken over alle elektronische diensten om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichting bedoeld in het tweede lid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen zal uiterlijk op 1 januari 2030 ontstaan voor alle zorgverleners. Op 1 januari 2030 ontstaat ook de verplichting voor alle zorgverleners om de andere elektronische diensten te gebruiken om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichtingen zoals bedoeld in deze alinea vinden geen toepassing als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is, in geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt en indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027. De Koning kan, na eensluidend advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie of, bij gebrek aan bevoegde commissie, van het Verzekeringscomité, deze uitzonderingen aanpassen of er bijkomende voorzien.

Afdeling 10

RIZIV-nummers

Art. 55

In artikel 53 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022, wordt een paragraaf 6 toegevoegd, luidende:

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

Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet.

De Koning kan de nadere technische regels bepalen inzake de uitreiking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld

électroniques ainsi que le transfert de données électronique dans ou en dehors du régime du tiers payant. Tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1^{er} janvier 2029, de la possibilité d’attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l’assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, au plus tard le 1^{er} janvier 2029, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l’assurance. L’obligation visée à l’alinéa 2 d’attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales prendra effet au plus tard le 1^{er} janvier 2030 pour tous les dispensateurs de soins. Au 1^{er} janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d’utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l’assurance. Les obligations prévues au présent alinéa ne s’appliquent pas lorsque la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et que la facturation électronique n’est techniquement pas possible, en cas de force majeure qui rend la transmission électronique de données impossible et si le dispensateur de soins a atteint l’âge de 67 ans au 1^{er} janvier 2027. Le Roi peut, moyennant avis conforme de la commission de conventions ou d’accords compétente ou, à défaut de commission compétente, du Comité de l’assurance, adapter ces exceptions ou en rajouter.”

Section 10

Numéros INAMI

Art. 55

L’article 53 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit:

“§ 6. Le dispensateur de soins peut uniquement attester des prestations donnant lieu à une intervention de l’assurance s’il dispose d’un numéro actif attribué par l’Institut.

Le numéro visé à l’alinéa 1^{er} peut également être utilisé aux fins prévues par la présente loi coordonnée ou en vertu de celle-ci.

Le Roi peut fixer des modalités techniques relatives à l’attribution du numéro INAMI visé à l’alinéa 1^{er} ainsi

in het eerste lid alsook inzake de finaliteiten waarvoor het RIZIV-nummer kan worden aangewend.

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

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

Art. 56

Artikel 73, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 mei 2022, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De zorgverleners zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over de opschorting van hun RIZIV-nummer of het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling dat aan hen werd opgelegd door de organen bedoeld in artikel 144, § 1. De Koning kan de praktische toepassingsregels vastleggen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners daaromtrent moeten meedelen aan de rechthebbenden.”

Art. 57

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

Art. 58

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

“Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten. Voor de artsen en de tandheekundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de tijdstippen vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners.

Wanneer het RIZIV-nummer tijdelijk opgeschort wordt, is die informatie zichtbaar op de internetsite van het Instituut gedurende de periode van de opschorting van het

que des modalités techniques relatives aux finalités pour lesquelles il peut être fait usage du numéro INAMI.

Le numéro est automatiquement suspendu durant une période d’interdiction temporaire ou définitive d’exercice de la profession.

Le dispensateur de soins peut porter en compte pendant la période d’interdiction les prestations dont la date de prestation est antérieure à cette période d’interdiction.”

Art. 56

L’article 73, § 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

“Les dispensateurs de soins sont également tenus d’informer clairement les bénéficiaires de la suspension de leur numéro INAMI ou de l’interdiction d’appliquer le système de tiers payant qui leur est imposée par les organes visés à l’article 144, § 1^{er}. Le Roi peut fixer les modalités d’application pratique en rapport avec l’information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires à cet égard.”

Art. 57

À l’article 73*bis*, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, le 1° est complété par les mots “ou durant une période de suspension du numéro INAMI”.

Art. 58

À l’article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l’alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit:

“L’Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d’un numéro attribué par l’Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d’adhésion aux accords. Pour les médecins et praticiens de l’art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les moments pour lesquels ils n’ont pas adhéré sont également mentionnés. Cette liste contient également les numéros INAMI des dispensateurs de soins.

Quand le numéro INAMI est temporairement suspendu, cette information est visible sur le site internet de l’Institut durant la période de la suspension du numéro.

nummer. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook gedurende de periode van het verbod. Het publiek heeft recht op die informatie om vrij een zorgverlener te kunnen kiezen.”

Afdeling 11

Geneeskundige evaluatie en controle

Art. 59

In titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/5 ingevoegd, luidende:

“Art 13/5. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek in verband met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen.

De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden.”

Art. 60

In artikel 153 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 12 januari 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

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

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

“De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken op de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen en de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen uit § 1 een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook

Lorsqu’une interdiction d’application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l’article 144, § 3/1, la liste le mentionne également durant la période de l’interdiction. Le public a droit à cette information afin de pouvoir choisir librement un dispensateur de soins.”

Section 11

Évaluation et contrôle médicaux

Art. 59

Dans le titre II de la même loi, il est inséré un article 13/5 rédigé comme suit:

“Art. 13/5. Les membres des organes de gestion ou d’autres organes de l’Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l’article 73*bis* ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social en lien avec l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l’égard de l’Institut.

Le Roi met fin anticipativement au mandat d’un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination.”

Art. 60

À l’article 153 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 janvier 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° le § 2/1 est complété par la phrase suivante:

“Il en est de même des constatations faites par les kinésithérapeutes, infirmiers et auxiliaires paramédicaux, auxquels les médecins-conseils peuvent déléguer des tâches.”;

2° au § 3, le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit:

“Sur la proposition du Comité du Service d’évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations de santé visées à l’article 34 et le suivi des missions des médecins-conseils du § 1^{er}, un Collège national des médecins-conseils ainsi que des collèges locaux,

lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de samenstelling, de werking en het soort opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges. De minister, het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Hoge raad van artsen-directeurs kunnen het Nationaal College van adviserend-artsen verzoeken een opdracht uit te voeren. Daarnaast kan het Nationaal College ook ambtshalve optreden.”

HOOFDSTUK 3

Opheffingsbepalingen

Art. 61

In de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg wordt hoofdstuk 7, dat de artikelen 85 tot 87 bevat, opgeheven.

Art. 62

Het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft wordt opgeheven.

Art. 63

Het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan wordt opgeheven.

placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et le type de missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. Le ministre, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Conseil supérieur des médecins-directeurs peuvent demander au Collège national des médecins-conseils d'exécuter une mission. En outre, le Collège national peut également agir d'office.”

CHAPITRE 3

Dispositions abrogatoires

Art. 61

Dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, le chapitre 7, comportant les articles 85 à 87, est abrogé.

Art. 62

L'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées est abrogé.

Art. 63

L'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel est abrogé.

Art. 64

Artikel 51/5, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij deze wet, wordt opgeheven.

Art. 65

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van de artikelen 62 en 64 die in werking treden op een door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, te bepalen datum.

Art. 64

L'article 51/5, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par cette loi, est abrogé.

Art. 65

Le présent chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028, à l'exception des articles 62 et 64 qui entrent en vigueur à une date à déterminer par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.