

Plenumvergadering

van

DINSDAG 12 MEI 2026

Avond

Séance plénière

du

MARDI 12 MAI 2026

Soir

De vergadering wordt geopend om 20.34 uur en voorgezeten door de heer Peter De Roover, voorzitter.
La séance est ouverte à 20 h 34 et présidée par M. Peter De Roover, président.

De **voorzitter**: De vergadering is geopend.
La séance est ouverte.

Aanwezig bij de opening van de vergadering is de minister van de federale regering:
Ministre du gouvernement fédéral présent lors de l'ouverture de la séance:
Frank Vandenbroucke.

Wetsontwerpen en voorstellen

Projets de loi et propositions

01 Ontwerp van Kaderwet (I) (1334/1-8)

- Ontwerp van Kaderwet (II) (1335/1-7)

01 Projet de Loi-cadre (I) (1334/1-8)

- Projet de Loi-cadre (II) (1335/1-7)

Ik stel u voor één enkele algemene bespreking aan deze twee wetsontwerpen te wijden. (*Instemming*)
Je vous propose de consacrer une seule discussion générale à ces deux projets de loi. (*Assentiment*)

Algemene bespreking **Discussion générale**

De algemene bespreking is geopend.
La discussion générale est ouverte.

De rapporteur, mevrouw Irina De Knop, verwijst naar het schriftelijk verslag.

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal kort het woord nemen en straks zal mijn collega Kathleen Depoorter ook nog even tussenkomen.

Het is ondertussen voor niemand een geheim meer dat we aanvankelijk absoluut geen fan waren van het eerste ontwerp van kaderwet dat circuleerde en aan de verschillende groepen zorgverstrekkers werd gepresenteerd. We hebben daarover wel erg veel van gedachten kunnen wisselen, zowel met de zorgverstrekkers als met de minister. Het eerste ontwerp werd dan ook sterk aangepast en meer conform gemaakt met de afspraken van het regeerakkoord.

Wat mij vooral stoorde – daar wil ik nu even op focussen – waren de vaste supplementenplafonds die in de eerste versie van het ontwerp vermeld stonden, te weten maximaal 25 % voor de ambulante zorg en maximaal 125 % voor de zorg in de ziekenhuizen. Dat stuitte me toen vooral tegen de borst, omdat ik zelf jarenlang een praktijk heb gehad als tandarts-parodontoloog en weet dat het niet evident is om te werken met een nomenclatuur die niet is aangepast aan een hedendaagse manier van praktijkvoeren, van medische zorg.

Dat de nomenclatuur niet is aangepast aan de behandelingen die men verricht, maakt het onvermijdelijk

dat er supplementen worden gevraagd. Het alternatief, als men geen supplementen wil vragen, is dat men helemaal geen nomenclatuur kan gebruiken en de patiënten dus ook geen terugbetaling krijgen. Dat wil men natuurlijk ook niet.

Ik vermoed dat elke zorgverstrekker eigenlijk toch altijd wil dat de patiënt voor een medisch relevante behandeling een goede terugbetaling krijgt. Met een supplementenplafond van 25 % zouden parodontologen, orthodontisten en dermatologen in de problemen komen. Of beter, niet die zorgverstrekkers zelf zouden in de problemen komen, maar wel hun patiënten, want er zou dan geen nomenclatuur gebruikt kunnen worden en de patiënten zouden nog slechter af zijn.

We vinden het een belangrijke wijziging dat dat plafond nu uit de wet is gehaald en dat het initiatief nu ligt bij de zorgverstrekkers zelf, en bij de verzekeringsinstellingen, om te zoeken naar een onderbouwd voorstel van supplementenplafond. Als ze met een voorstel komen dat onderbouwd is en waarvan ze kunnen aantonen dat het redelijk is, zal de regering zich daaraan moeten houden.

Een andere belangrijke wijziging is de koppeling met de hervorming van de nomenclatuur. Dat is inderdaad hoognodig. De nomenclatuur is sterk verouderd en echt aan herziening toe.

Er is ook een koppeling met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering van de intramurale zorg. Zo'n supplementenplafond van 125 % voor de zorg in ziekenhuizen zou immers ook serieuze repercussies kunnen hebben op die ziekenhuisfinanciering, omdat die daarvan voor een gedeelte afhankelijk is.

Verder wil ik nog meegeven dat het bij grote hervormingen, zoals degene die in deze Kaderwet staan, echt van belang is dat er omzichtig te werk wordt gegaan. Het moet rijden en omzien zijn. Onze zorg kost de belastingbetaler elk jaar tientallen miljarden. Het is goed dat we daarvoor zoveel geld uittrekken, maar dat geld moet wel op een verstandige manier worden ingezet. Dat zijn we aan de belastingbetalers verschuldigd, maar ook aan de patiënten. Het is volgens ons ook de enige manier om zowel de zorgkwaliteit als de betaalbaarheid van onze zorg overeind te houden.

Om dat te bekomen zal iedereen aan de slag moeten en zijn verantwoordelijkheid moeten nemen, de zorgverstrekkers, de verzekeringsinstellingen, de regering en het Parlement. Dat is voor iedereen duidelijk. Tegelijk is het ook duidelijk dat de financiering van onze gezondheidszorg een heel fragiel weefsel is, waarin alles met elkaar verbonden is. Elk draadje waaraan men trekt, heeft een effect op het geheel.

Ik wil daarom vooral oproepen om tijdens die hervormingen goed in overleg te blijven met de zorgsector en te blijven aftoetsen. Dat er veranderingen nodig zijn om onze zorg betaalbaar en kwaliteitsvol te houden, heeft de zorgsector zelf ook wel degelijk in de gaten. Tegelijkertijd is het belangrijk dat we onze zorg, die vandaag toch hoog aangeschreven staat, niet bruusken en niet in gevaar brengen. We hebben elkaar daarin gevonden en op die manier kunnen we de kaderwet met zijn allen verdedigen.

01.02 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, collega's, collega Sneppe zal straks ingaan op het inhoudelijk aspect, de gevolgen van de kaderwetten voor de zorgverleners, de patiënten en het overlegmodel in onze gezondheidszorg.

Ik wil mij richten op het voorafgaand aspect, met name de vraag of die kaderwetten vandaag eigenlijk wel ernstig kunnen worden behandeld. Werden de fundamentele wettelijke verplichtingen vooraf correct nageleefd?

Mijnheer de minister, het probleem dat vandaag volgens mij rijst, betreft uw evenredigheidstoets. U verwijst daarin naar een consultatie van het werkveld en naar een synthese van reacties, maar dat is niet wat de wet vereist. De wet van 23 maart 2021 betreffende de evenredigheidsbeoordeling legt zeer duidelijk op wat vooraf moet gebeuren wanneer men een beroepsreglementering in de gezondheidssector invoert of wijzigt. Artikel 7 bepaalt dat de overheid zelf een evenredigheidsbeoordeling moet uitvoeren die objectief, onafhankelijk en inhoudelijk onderbouwd is. Artikel 8 gaat nog verder. Daarin staat dat de overheid concreet moet aantonen waarom maatregelen noodzakelijk zijn, waarom minder beperkende alternatieven niet volstaan, welke impact maatregelen hebben op de beroepsuitoefening en waarom zij proportioneel moeten zijn ten aanzien van het nagestreefde doel. De wet vraagt met andere woorden een echte juridische proportionaliteitstoets.

Wat u vandaag voorlegt, voldoet daaraan niet. In uw eigen document staat op pagina 17 dat het een synthese is van reacties op het voorontwerp van de kaderwet. Er staat dat die rapportage dus geen evaluatie van de kaderwet is, maar alleen van de percepties erover. Verder lezen we dat het geen weging is van de kwaliteit van argumenten. Alle thema's werden voornamelijk kwantitatief behandeld.

Mijnheer de minister, ik denk dat u het probleem zelf wel inziet. De wet vraagt geen bundeling van meningen. De wet vraagt geen telling van reacties. De wet vraagt geen samenvatting van percepties. De wet vraagt een juridische en inhoudelijke beoordeling door de overheid zelf. In uw document vinden we geen inhoudelijke toetsing aan de criteria van artikel 8, geen analyse van minder beperkende alternatieven, geen afweging van proportionaliteit, geen juridische motivering per maatregel en geen objectieve evaluatie van noodzaak en geschiktheid.

Wat we wel hebben gekregen, is een statistische verwerking van ongeveer 6.500 reacties uit het werkveld. Een consultatie is echter niet hetzelfde als een evenredigheidsbeoordeling. Dat onderscheid staat trouwens letterlijk in de wet zelf. Artikel 10 voorziet overleg met belanghebbenden en artikel 11 laat openbare raadplegingen toe.

Die artikelen vervangen uw evenredigheidstoets echter niet. Ze komen er nog eens bovenop. De wetgever heeft dus bewust een onderscheid gemaakt tussen overleg enerzijds en de eigenlijke juridische proportionaliteitstoets anderzijds.

Bovendien blijkt uit het commissieverslag dat u zelf verklaarde dat er een bevraging in de beroepsgroep georganiseerd werd. Een bevraging van stakeholders is evenwel geen juridische proportionaliteitstoets.

Mijnheer de minister, de Europese richtlijn verplicht net dat de overheid zelf motiveert waarom een maatregel proportioneel is, niet dat zij opsomt wat stakeholders vinden. Daarom blijven er vandaag fundamentele vragen onbeantwoord. Waar bevindt zich de eigenlijke juridische en inhoudelijke evenredigheidsanalyse van de regering? Waar wordt maatregel per maatregel aangetoond dat voldaan is aan de criteria van artikel 8? Waar werd onderzocht of minder beperkende maatregelen mogelijk zijn? Waarom werd die analyse niet mee voorgelegd aan de Raad van State? Als die toets ontbreekt, kan de Raad van State immers onmogelijk volledig beoordelen of die maatregelen voldoen aan de Europese proportionaliteitsvereisten. Dat is geen detail, maar raakt aan de kern van deze hervorming.

Mijnheer de minister, u hebt die wet in 2021 zelf mee goedgekeurd. U kunt vandaag dan toch moeilijk volhouden dat een document dat zichzelf expliciet geen evaluatie noemt, voldoet aan een wettelijke verplichting die een grondige, objectieve en onafhankelijke proportionaliteitstoets oplegt.

Collega's, die kaderwetten grijpen rechtstreeks in op de beroepsuitoefening van zorgverleners. Net daarom heeft Europa die bescherming ingebouwd, niet als formaliteit, maar als rechtswaarborg. Het is een waarborg die net moet verhinderen dat ingrijpende maatregelen worden ingevoerd zonder vooraf objectief aan te tonen waarom zij noodzakelijk en proportioneel zijn.

Precies daarom vinden wij dat die kaderwetten vandaag niet ernstig ter stemming kunnen worden voorgelegd. Zolang er geen echte, juridisch onderbouwde evenredigheidsbeoordeling bestaat, ontbreekt een fundamentele voorwaarde die de wet en de Europese richtlijn uitdrukkelijk opleggen. Een consultatieverslag kan die verplichting niet vervangen.

Daar komt nog een fundamenteel procedureel probleem bij. De teksten die vandaag voorliggen, zijn niet langer de teksten waarover de Raad van State advies heeft uitgebracht. Het oorspronkelijke ontwerp werd opgesplitst in twee afzonderlijke kaderwetten. Er werd een volledig nieuw hoofdstuk toegevoegd en bovendien verschijnt bij de tweede kaderwet plots ook de medeondertekening door de minister van Justitie. Het gaat dus niet meer over technische correcties of kleine aanpassingen, maar over ingrepen die de opbouw, de inhoud en de juridische draagwijdte wezenlijk veranderen.

Net in dergelijke gevallen zijn de rechtspraak en de vaste adviespraktijk van de Raad van State duidelijk. Wanneer een ontwerp na advies wezenlijk wordt gewijzigd, moet het opnieuw aan de Raad van State worden voorgelegd, zodat die zich over de nieuwe teksten kan uitspreken. Dat is hier niet gebeurd. Daarom moet het dossier worden teruggestuurd.

Mijnheer de minister, ik nodig u uit om alsnog een echte evenredigheidsbeoordeling te maken.

Onderbouw maatregel per maatregel waarom die noodzakelijk en proportioneel is. Leg die evenredigheidsstoets vervolgens samen met de beide kaderwetten opnieuw voor aan de Raad van State, zodat die zich kan uitspreken over de teksten die vandaag daadwerkelijk voorliggen. Kom daarna terug naar het Parlement.

01.03 Julie Taton (MR): Monsieur le président, je parlerai au nom de mon collègue Bacquelaïne, qui a déposé cet amendement cosigné par Jean-François Gatelier, Jan Bertels et Nawal Farih.

Le projet de loi-cadre crée un article 51.3 afin de consacrer la possibilité de modifier les accords en cours par des avenants. Ceux-ci seraient conclus par les Commissions et soumis au Comité de l'assurance, au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire. Toutefois, on obligerait à nouveau les prestataires de soins à se déconventionner de cet avenant s'ils le souhaitent, et ce dans un délai de 30 jours après l'envoi de l'avenant. S'ils ne se déconventionnent pas, ils se trouveraient liés par l'accord complet initial tel que modifié par l'avenant alors même qu'ils auraient déjà été déconventionnés lors de la conclusion de l'accord initial. Il est certain que nombre de dispensateurs de soins penseront que, comme ils se sont déjà déconventionnés de l'accord initial, ils ne devront plus rien faire pour ce qui concerne l'avenant. Dès lors, ils se retrouveront contre leur gré intégralement conventionnés. Le risque est qu'involontairement, ils portent en compte des honoraires erronés par la suite. En effet, quand on ne signe pas un contrat, on n'est en principe pas lié par un avenant à celui-ci.

Il ne nous paraît donc pas proportionné d'obliger des déconventionnés à devoir se re-déconventionner d'un avenant à un accord qu'ils n'appliquent pas. Toutefois, ils gardent la possibilité d'adhérer volontairement à l'accord initial ou tel que modifié par l'avenant quand ils le souhaitent. Trop d'avenants tue l'avenant.

Je vous remercie de votre attention.

01.04 Caroline Désir (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, voilà arrivée sur nos bancs aujourd'hui une réforme qui touche au cœur même de notre système de soins de santé: le conventionnement, les suppléments d'honoraires et la gouvernance budgétaire de l'assurance maladie.

Après deux lectures en commission, une chose est claire: cette loi-cadre soulève finalement plus d'inquiétudes qu'elle n'apporte de garanties. Au fond, derrière les discours sur la modernisation, derrière les mots "équilibre", "flexibilité" ou "concertation", ce que cette réforme organise progressivement, c'est bien un déplacement du coût des soins vers le patient. Cela, nous ne pouvons en aucun cas l'accepter.

Monsieur le ministre, vous affirmez vouloir améliorer l'accessibilité et la transparence, mais, pour nous, votre texte fait exactement l'inverse. Vous généralisez les tarifs indicatifs à l'ensemble des secteurs; vous maintenez le conventionnement partiel; vous conservez les suppléments pour exigences particulières et vous ouvrez la porte à des plafonds de suppléments variables selon les spécialités, voire selon les prestations.

Concrètement, cela signifie pour les patients qu'il sera toujours aussi difficile, voire même plus difficile encore, de savoir à l'avance combien coûtera une consultation, un traitement ou une hospitalisation. Pourtant, monsieur le ministre, aujourd'hui déjà les patients sont souvent perdus. Ils ne savent pas toujours à l'avance si le médecin est conventionné, ils ne savent pas quels suppléments peuvent être réclamés et ils découvrent souvent le coût réel des soins seulement au moment de recevoir la facture.

J'aimerais ici rappeler deux éléments. Premièrement, aujourd'hui, environ 25 % des dépenses de santé restent à charge des patients en Belgique. C'est un niveau sensiblement plus élevé que dans des pays comparables comme l'Allemagne ou la France par exemple.

Deuxièmement, depuis plusieurs années, nous assistons à une augmentation continue des suppléments d'honoraires. Dans certains hôpitaux, ces suppléments peuvent atteindre 100 %, 200 %, voire 300 % du tarif conventionné. Autrement dit, pour un même acte, un patient peut recevoir des factures radicalement différentes selon le prestataire ou l'établissement. Monsieur le ministre, cela pose un problème majeur d'équité et de lisibilité.

Mais le problème, c'est qu'avec votre réforme, cette complexité, qui existe déjà, devient structurelle, puisque vous généralisez les tarifs indicatifs à tous les secteurs en nous disant qu'ils sont nécessaires pour soutenir le conventionnement. D'accord, mais à quel prix? Dans les faits, ces tarifs indicatifs ne sont rien d'autre que des suppléments. Ce sont, *in fine*, les patients qui vont payer et qui vont, en réalité, compenser ce que le gouvernement ne finance plus suffisamment.

Vous nous dites aussi que ce n'est pas si grave parce que ces montants sont pris en compte dans le mécanisme du maximum à facturer. Je l'ai déjà dit souvent, mais je vais le répéter tant qu'il faut: le maximum à facturer ne concerne que ceux qui ont besoin de beaucoup de soins, les gros consommateurs de soins.

Donc, 90 % de la population n'est pas protégée par ce mécanisme, ce qui dans les faits signifie que la classe moyenne, les travailleurs, les pensionnés devront, eux, déboursier plus, parfois beaucoup plus, pour se soigner. Le problème est qu'il ne s'agit pas seulement d'actes exceptionnels ou de technologies de pointe; il s'agit aussi de soins tout à fait courants, comme des plombages chez le dentiste. Ce sont des soins du quotidien, des soins auxquels chacun et chacune doit pouvoir accéder sans craindre la facture. La réalité est celle-ci: notre système de santé devient progressivement de plus en plus inégalitaire. Celui qui peut payer davantage obtient un rendez-vous plus rapidement, souvent dans un cabinet privé avec suppléments. Celui qui ne peut pas, attend parfois des mois pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital. C'est précisément ce que nous combattons, à savoir une médecine à deux vitesses.

Vous annoncez également un plafonnement des suppléments d'honoraires. Sur le principe, évidemment, oui, il est impératif d'encadrer ces suppléments. Personne ne le conteste, ou en tout cas pas le groupe PS. Mais ici encore, votre réforme reste profondément floue: quels plafonds, pour quelles spécialités et avec quel impact concret pour les patients? Nous n'avons toujours pas de réponses claires à ces quelques questions. Et ce flou n'est pas anodin, parce qu'entre votre discours initial qui évoquait des plafonds clairs et ambitieux, et le texte qui nous est soumis aujourd'hui, l'ambition s'est manifestement réduite à peau de chagrin. À présent, vous expliquez surtout vouloir viser les *outliers* – les situations les plus extrêmes. Or, les patients, eux, ne subissent pas uniquement les cas extrêmes; ils subissent une augmentation généralisée du coût des soins. Pendant ce temps, les hôpitaux restent sous-financés, la réforme de la nomenclature reste inachevée, la réforme du financement hospitalier reste floue et les investissements nécessaires ne sont toujours pas au rendez-vous. Et c'est là, à nos yeux, le problème central de cette réforme: vous essayez de faire tenir ensemble plusieurs transformations majeures du système de soins, mais sans donner les moyens structurels nécessaires pour les accompagner. Or, sans un refinancement suffisant, quelqu'un finit toujours par payer la facture, et ce quelqu'un, ce sera le patient.

Enfin, un mot sur la réforme du processus budgétaire. Notre système de soins de santé repose historiquement sur un modèle de concertation et de cogestion entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux. Ce modèle n'est pas un simple détail technique, il est au cœur même de l'équilibre de notre sécurité sociale. Il a permis, pendant des décennies, d'assurer à la fois la stabilité du système et la légitimité des décisions prises en matière de financement des soins. C'est précisément cet équilibre que la réforme proposée vient ici remettre en question. En fixant en amont des priorités budgétaires contraignantes via une lettre de mission, ce gouvernement modifie profondément la dynamique du processus décisionnel. Concrètement, cette méthode risque de réduire la capacité d'initiative du Comité de l'assurance soins de santé et d'orienter les discussions dans un cadre déjà balisé politiquement.

Autrement dit, on passe d'un modèle de co-construction des décisions à un modèle où les marges de négociation sont fortement encadrées dès le départ. Or, ce glissement n'est pas anodin et soulève une question fondamentale: quelle est encore la place réelle de la concertation si les grandes orientations sont déjà fixées avant même que les partenaires ne puissent pleinement jouer leur rôle? L'ensemble de ces partenaires – mutualités, prestataires, acteurs du secteur – ont d'ailleurs tous exprimé leurs vives inquiétudes sur ce qui apparaît clairement comme un affaiblissement de la concertation sociale. Mais ce signal, comme toujours avec le gouvernement Arizona, vous n'avez pas voulu l'entendre. Gouverner la santé uniquement par le haut, sans réelle adhésion du terrain, ce n'est pas renforcer le système, c'est plutôt le fragiliser.

Monsieur le ministre, nous partageons certainement un objectif, celui de préserver l'accessibilité de notre système de soins. Mais selon nous, cette réforme ne garantit ni davantage de transparence, ni

d'avantage de sécurité tarifaire, ni d'avantage d'égalité d'accès aux soins. Elle institutionnalise au contraire une complexité croissante et un transfert progressif du coût vers les patients.

Pour notre groupe, la santé ne peut pas devenir un système où la qualité, la rapidité ou l'accessibilité des soins dépendent toujours davantage du portefeuille. Et c'est la raison pour laquelle nous voterons à nouveau contre le premier volet de cette loi-cadre.

01.05 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Collega's, mijnheer de minister, ik ga niet het hele debat dat we in de commissie hebben gevoerd overdoen. Het belangrijkste voor ons in de kaderwet is het debat rond de ereloonsupplementen. Daarop wil ik graag terugkomen. Dat thema kadert in drie belangrijke debatten: de koopkracht van de patiënten, het belang van de sociale zekerheid en de privatisering van de zorg en tot slot de brede ziekenhuisfinanciering en de betaalbaarheid van de zorg.

Heel veel mensen maken zich vandaag zorgen over hun koopkracht, omdat de regering morrelt aan de index en diefstal op de pensioenen pleegt. Ondertussen wordt het leven alsmaar duurder. Vandaag is er ook het debat over de energie en de accijnsverhoging. De ereloonsupplementen vormen een belangrijk deel van de zorgfacturen die mensen betalen. De regering maakt de zorg ook duurder door het hogere remgeld op medicatie en binnenkort ook het hogere remgeld bij een doktersbezoek. Daarbij wordt dan vaak geschermd met de maximumfactuur.

Mijnheer de minister, u zegt dat de patiënten zijn beschermd door de maximumfactuur. U weet evenwel dat die ereloonsupplementen, die tot duizenden euro's kunnen oplopen en die de patiënt uit eigen zak betaalt, niet worden opgenomen in de maximumfactuur. Zij vertegenwoordigen enorme kosten, die alsmaar toenemen. In 2024 stegen de ereloonsupplementen in ziekenhuizen met bijna 10 % tegenover 2023. Zware ziekenhuisfacturen zijn helemaal geen uitzondering meer. Voor meer dan 100.000 ziekenhuisverblijven kreeg de patiënt een factuur van meer dan 3.000 euro voorgeschoteld. Vaak weet men bovendien op voorhand niet hoeveel men zal moeten betalen.

Daarover getuigde een patiënt in de pers. Dieter De Smet ging binnen voor een kleine hartoperatie, een ablatie, een routine-ingreep waarvoor hij een nachtje in observatie moest blijven. De receptioniste vroeg hem bij het inschrijven of hij een eenpersoonskamer wilde of niet. 314 euro was zagezegd de kostprijs voor die eenpersoonskamer. Hij twijfelde, maar heeft het toch gedaan omdat hij rust wilde voor zijn hart. De operatie verliep goed, maar een paar maanden later kreeg hij een factuur van 5.380 euro in zijn bus. Boven op de meerprijs van 300 euro voor de eenpersoonskamer was immers 170 % ereloonsupplementen aangerekend door verschillende artsen. Zo kwam hij aan een factuur van meer dan 5.000 euro, waardoor hij nu een afbetalingsplan heeft het ziekenhuis.

Dat is helemaal geen alleenstaand geval. Het gaat over hoge facturen, over duizenden euro's. Op voorhand weten mensen die een medische ingreep moeten ondergaan, dus niet hoeveel ze zullen moeten betalen.

We zien in België dat mensen daardoor heel veel uit eigen zak betalen. Zij betalen een euro op vijf uit eigen zak en dat is dubbel zoveel als in onze buurlanden. De *out-of-pocket payments*, dus de bijdragen van de patiënten uit hun eigen zak zijn dus heel hoog.

Dat kadert natuurlijk in het bredere plaatje van wat gebeurt in de financiering van de zorg. Sinds de groeiform – die dient om de uitgaven af te remmen – werd ingevoerd, zien we dat het aandeel van de publieke financiering in de zorg afneemt. Daardoor is er een structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, die vervolgens naar ereloonsupplementen moeten grijpen om de put te vullen. Op die manier wordt de factuur doorgeschoven naar de patiënt en verschuift ze ook van de sociale zekerheid naar privéverzekeringen. Alle geld dat patiënten uit eigen zak moeten betalen, zorgt ervoor dat steeds meer mensen privéverzekeringen en hospitalisatieverzekeringen aangaan. Dat is dus een hele push in die richting.

De logica van de privéverzekeringen is het omgekeerde van de sociale zekerheid. Ouderen en zieken betalen de hoogste premies. De solidariteit van de sociale zekerheid, namelijk dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen, wordt helemaal vervangen door de marktlogica van de verzekeraars, zijnde het grootste risico betekent de hoogste premie. Het verbaast natuurlijk niet dat rechtse partijen die commercialisering toejuichen. Dat is een gigantische markt waarin miljarden euro's circuleren. Het kapitaal staat te watertanden om die markt open te breken en dat geld naar de zakken

van de aandeelhouders te doen vloeien, in plaats van naar betaalbare en toegankelijke zorg. Zorg wordt in dat geval gewoon een verhandelbaar goed, zoals alle andere. Wie kan betalen, heeft geluk en mag liggen. Wie geen geld heeft, heeft pech. Er ontstaat op die manier een zorgsysteem met verschillende snelheden.

Collega, u draait met uw ogen, maar u weet toch ook dat wie tegenwoordig een NMR of een scan van de knie nodig heeft, maanden moet wachten. Wie 50 euro kan betalen, kan evenwel dezelfde avond al komen. Dat krijgt men te horen wanneer men het secretariaat opbelt. Dat is exact wat er gebeurt. Mensen die een privéverzekering hebben, schuiven voor. Mensen die geen privéverzekering hebben, moeten wachten of gaan gewoon helemaal niet. Dat is ongelijke geneeskunde. Dat is geneeskunde met twee snelheden. Dat is het gevaar van alles wat nu gebeurt.

Dat is niet onze visie. Voor ons is gezondheid een basisrecht dat de democratie moet garanderen voor iedereen. Daarvoor zijn veel middelen nodig, met name publieke middelen, maar ook een voldoende hoge groeinorm, een sterke sociale zekerheid en het tegengaan van de privatisering in de zorgsector en van de verschuiving richting privéverzekeraars.

We vinden het dus positief dat u een plafond op de ereloonsupplementen wil invoeren. De collega's van cd&v hebben al gezegd dat ze voor hun part zelfs mogen worden afgeschaft, dus daar staan we nog veel dichter bij. Wij steunen het principe om iets te doen aan die torenhoge ereloonsupplementen. Jammer genoeg is wat er vandaag voorligt onvoldoende. Als de facturen voor de patiënten zo blijven stijgen, met duizenden euro's, dan moet u verder durven gaan. Dan moeten we veel meer investeren in de zorg, zodat de ziekenhuizen niet meer in het rood gaan. Daarom zijn wij er altijd voorstander van geweest om dat debat te koppelen aan het aanpakken van de basisfinanciering van de ziekenhuizen. Dan kunnen we de supplementen helemaal afschaffen.

U hebt aangekondigd de supplementen te plafonneren op 125 % in de ziekenhuizen en 25 % voor ambulante zorg, maar zoals de collega daarnet al zei, stonden de rechtse partijen meteen op hun achterste poten. De druk werd blijkaar te groot en u hebt moeten inbinden. Wat er vandaag nog overblijft, is enkel het principe dat er ooit een plafond komt, misschien tegen 2028, maar alle concrete percentages zijn uit de wet geschrapt en het is aan de artsen om percentages voor te stellen. Daarna moet het nog goedgekeurd worden door de ministerraad, terwijl uw partij wel al in oktober 2025 visuals en films liet circuleren op sociale media, zeggende dat u de ereloonsupplementen aanpakt.

Tot nog toe is er nog niets concreet gebeurd en zijn er alleen maar vage beloftes dat er misschien in de toekomst iets zal gebeuren. Het is heel jammer dat dat op de lange baan wordt geschoven. We zien de ereloonsupplementen alleen maar toenemen en dat is vandaag een probleem voor de patiënten en het wordt ook een algemene tendens. Als het is om de toegankelijkheid van de zorg in te perken, dan kan het niet snel genoeg gaan. Dan wordt de medicatie duurder en slaat het remgeld bij de dokters op. Miljarden besparen gaat ook snel. Voor sommige partijen is het zelfs nog niet genoeg. Nu zet u ook samen met de N-VA en de MR volop de aanval in op de ziekenfondsen en op de meeste kwetsbaren die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Wanneer het gaat over oplossingen voor patiënten of zorgverleners, moet alles wachten. Als er een plafond op de ereloonsupplementen moet worden gelegd, dan mogen de artsen beslissen, maar als de vakbonden en de werkgevers een akkoord sluiten over de index, bent u de eerste om dat van tafel te vegen. Het is nu aan de artsen om te beslissen. We zullen de supplementen misschien aanpakken in 2028, als de ministerraad akkoord gaat. Een sociaal akkoord voor het zorgpersoneel zal er ook pas tegen 2028 komen en ondertussen moet er weer 7 miljard extra worden gezocht. We weten hoe dat gaat. Het zorgpersoneel staat vandaag al met de rug tegen de muur en de patiënten betalen vandaag al torenhoge facturen, maar concrete maatregelen op dat vlak blijven uit. Het is dus afwachten of er iets uit de bus zal komen.

We hebben nu dus een verwaterd voorstel inzake ereloonsupplementen en tegelijkertijd holt u het bestaande conventiemodel uit. U voert eigenlijk richttarieven in voor artsen die geconventioneerd zijn en extra's vragen. Binnen het conventiemodel geeft u dus variabiliteit inzake de conventietarieven. De mutualiteiten noemen dat terecht feitelijk vermomde ereloonsupplementen. De echte ereloonsupplementen worden maar halfbakken aangepakt en de conventie wordt uitgehold doordat er extra supplementen worden ingevoegd, waardoor het kostenoverzicht voor de patiënten nog veel minder transparant wordt. En dat is nu al een boeltje. U zegt dan dat die richttarieven een uitzondering

vormen, maar mag ik u eraan herinneren dat u dat ook zei over de geheime contracten. Die zijn evenwel echt geen uitzondering meer. We hebben dat ook gezien met de flexi-jobs.

Tot slot blijft u bij dit alles wel binnen de lijntjes van de prestatiegeneeskunde denken, is het niet in de huidige vorm, dan in de vorm van pathologiegestuurde financiering. Van dat hele systeem moeten we eigenlijk af. Dat is het hart van het probleem. Dat toonde de *Pano*-reportage van vorige week ook nog maar eens. De oplossing is dat we naar een vast artsenloon moeten gaan, zoals dat ook in de universitaire ziekenhuizen het geval is. Dat zorgt ervoor dat artsen zich kunnen focussen op het echt verzorgen van hun patiënten in plaats van te presteren. Zo garanderen we de toegankelijkheid van de zorg.

Deze kaderwet maakt de betaalbaarheid van de zorg niet zekerder, maar net onzekerder. Daarom zullen we de tekst niet steunen.

01.06 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, chers collègues, le projet de loi-cadre que nous examinons aujourd'hui constitue une réforme importante pour l'avenir de nos soins de santé. Derrière les aspects techniques de ce texte se cachent en réalité des questions très concrètes. Comment préserver l'accessibilité des soins? Comment garantir la soutenabilité financière de notre système? Comment maintenir la confiance des soignants, qui le font vivre chaque jour sur le terrain?

Il faut être lucide. Notre système de santé doit évoluer. Les dépenses augmentent fortement, les besoins explosent avec le vieillissement de la population et les maladies chroniques. Les tensions budgétaires sont réelles, et ne rien faire aurait été irresponsable. Mais réformer ne signifie pas imposer brutalement des décisions sans tenir compte du terrain. Il est important de rappeler le contexte dans lequel ce projet arrive aujourd'hui devant notre Assemblée. L'an dernier, l'avant-projet de loi-cadre avait provoqué une mobilisation historique des médecins et des dentistes, avec une grève que notre pays n'avait plus connue depuis plus de 20 ans. Lorsque des professionnels de santé atteignent un tel niveau d'inquiétude, il faut entendre le message.

Monsieur le ministre, nous revenons de loin. Votre avant-projet de loi-cadre abordait d'abord la question des suppléments, alors que vous savez très bien qu'ils sont étroitement liés au financement des hôpitaux et à la réforme de la nomenclature. Pour nous, il était évident que nous devions traiter ces trois thématiques ensemble afin de trouver un équilibre. On pense souvent, à tort, que les suppléments vont directement dans la poche des médecins. Pas du tout. Comme vous le savez très bien, ces suppléments, comme plusieurs collègues l'ont rappelé, servent à financer les hôpitaux, à faire fonctionner les petites structures des cabinets privés, et à payer du personnel soignant.

On a également beaucoup parlé du conventionnement et du déconventionnement, avec l'idée qu'il ne serait plus possible de se déconventionner. Là encore, c'est comme pour les suppléments: de nombreux praticiens, en particulier parmi les dentistes mais aussi dans certaines spécialités, n'ont parfois pas d'autre choix que de se déconventionner pour assurer le fonctionnement de leur structure. C'est important de le dire, car je pense que l'on stigmatise trop souvent les médecins et les soignants. On réclame de la concertation lorsqu'on discute de pensions ou de pouvoir d'achat, mais lorsqu'il s'agit de médecine générale, de dentisterie ou de médecine spécialisée, cette concertation disparaît. C'est précisément pour cela que Les Engagés ont insisté, dès le départ, sur la nécessité de réintroduire du dialogue, de la concertation et du réalisme dans cette réforme.

Il faut aussi rappeler une chose essentielle: aujourd'hui, nous votons un cadre général. Beaucoup d'éléments devront encore être négociés et construits avec les représentants du secteur dans les mois à venir. Autrement dit, beaucoup reste encore à écrire. Les médecins et les dentistes sont aujourd'hui prudents, parfois inquiets. Ils veulent voir concrètement comment ces réformes seront mises en œuvre sur le terrain.

Nous avons tous ici, en tant que personnages publics, une volonté concernant l'accessibilité aux soins, mais n'oubliez pas que cette accessibilité aux soins signifie également une accessibilité aux soignants. Si demain, vous découragez ces soignants à pratiquer, vous n'aurez plus de soignants. Ça ne sert donc à rien de parler d'accessibilité aux soins.

En ce qui concerne le budget, ce texte modifie de manière importante le processus budgétaire des soins de santé. Pour Les Engagés, il était essentiel de préserver la gestion paritaire et le rôle des

acteurs de terrain dans la construction du budget, notamment via le Comité de l'assurance et le Conseil général de l'INAMI. Le rôle du Conseil des ministres est renforcé, notamment avec la lettre de mission, mais cela peut se comprendre en voyant les montants engagés dans les soins de santé. Je vous rappelle quand même que le budget consacré aux soins de santé a plus que doublé en 10 ans, il faut en tenir compte et il faut qu'il y ait un cadre budgétaire. Un budget de santé ne peut pas être uniquement pensé à travers une logique comptable, il doit rester connecté à la réalité des cabinets médicaux, des hôpitaux, des maisons médicales et des patients. Dans le même temps, nous soutenons les mécanismes de responsabilisation budgétaire: lorsqu'un dépassement important est constaté, il faut pouvoir réagir rapidement pour éviter que la situation ne devienne incontrôlable. La rigueur budgétaire n'est pas l'ennemie de la solidarité: sans maîtrise du budget, il n'y a plus de solidarité durable demain.

Concernant les suppléments d'honoraires, nous avons voulu éviter une réforme précipitée et déconnectée du terrain. Les Engagés se réjouissent que la concertation sur ce domaine puisse avoir lieu, car les +125 % annoncés étaient tout simplement intenables. Il était pour nous indispensable que cette réforme avance en parallèle avec deux autres réformes essentielles, celle de la nomenclature et celle du financement des hôpitaux. Tout va en une: on ne peut pas réussir la réforme de la nomenclature sans réussir celle des suppléments d'honoraires et de financement des hôpitaux.

Nous ne pouvons pas accepter un plafonnement des suppléments sans revoir en même temps la manière dont les prestations médicales sont valorisées et dont les hôpitaux sont financés. C'est une question de cohérence.

Nous avons également insisté pour que les montants des suppléments maximums et les tarifs indicatifs soient définis en concertation avec le secteur. C'est important parce qu'une réforme des soins de santé ne peut fonctionner sans l'adhésion des soignants. Mais il faut aussi être honnête, si la concertation n'aboutit pas, le politique devra prendre ses responsabilités. Nous ne pouvons pas laisser certaines situations sans cadre ni régulation.

Concernant le conventionnement, nous soutenons le principe selon lequel certaines primes soient réservées aux prestataires conventionnés. Pourquoi? Parce qu'encourager le conventionnement, c'est aussi protéger l'accessibilité financière des soins pour les patients. Mais nous avons voulu aussi maintenir une certaine souplesse avec le maintien du déconventionnement partiel pour les médecins et les dentistes. Cette mesure est importante pour tenir compte des réalités économiques du terrain et éviter un déconventionnement massif qui aurait pénalisé directement les patients.

Il faudra cependant rester attentif à un risque réel, celui de voir apparaître des délais d'attente trop importants pour les plages conventionnées. L'accessibilité des soins, ce n'est pas uniquement une question de tarif, c'est aussi une question de disponibilité, de proximité et de rapidité d'accès. Pour l'instant, les patients, de manière générale, ne se plaignent pas des suppléments d'honoraires. Moi, je n'entends jamais personne se plaindre de ces suppléments d'honoraires. Des suppléments d'honoraires sont excessifs, raison pour laquelle nous voulions les limiter.

(Brouhaha)

Chers collègues, c'est à chaque fois la même chose quand on prend la parole. Laissez les autres s'exprimer! Vous devez accepter que d'autres personnes peuvent avoir différentes idées que les vôtres, bon Dieu! On vous a laissé parler. Monsieur le président, n'a-t-on pas le droit de s'exprimer ici?

Le **président**: Chers collègues, j'ai l'impression que c'est M. Gatelier qui a la parole.

01.07 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Encore une fois, je précise que la grande majorité des patients ne se plaignent pas du système actuel. Il n'est pas soutenable financièrement. Madame Schlitz, laissez-moi parler comme je vous laisse parler quand vous prenez la parole. Laissez-moi parler! Nous ne discutons pas de la loi-programme en ce moment.

Le **président**: Mme Schlitz a une question à poser.

01.08 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur Gatelier, je pense que vous devriez être heureux de faire réagir l'opposition et de susciter le débat, au lieu de lire des textes que personne n'écoute. Au demeurant, notre collègue Natalie Eggermont, assise derrière moi, vient de raconter plusieurs histoires

de suppléments d'honoraires qui sont absolument terribles et que, manifestement, vous n'avez pas écoutées. En parallèle, plusieurs amis m'ont déjà dit: "Je n'avais pas remarqué que ce médecin que j'ai dû consulter dans l'urgence était déconventionné. J'ai dû payer un montant auquel je ne m'attendais absolument pas. Ce n'est quand même pas normal, Sarah." Je ne sais pas dans quel milieu vous vivez. Il est évident que les suppléments d'honoraires constituent un énorme problème pour de nombreux citoyens et citoyennes. Je trouve incroyable d'affirmer qu'aucun citoyen ne se plaint des suppléments d'honoraires.

01.09 Khalil Aouasti (PS): Collègue Gatelier, vos idées, qu'on les partage ou non, sont les vôtres et elles sont légitimes. Les faits, eux, sont essentiels. Vous venez de dire que l'immense majorité des Belges ne se plaignaient pas des suppléments d'honoraires. Quelles sont l'étude officielle et les données empiriques qui démontrent cette assertion? Vous affirmez quelque chose. Quelles sont l'étude empirique et les données scientifiques qui vous permettent de soutenir ce fait?

01.10 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Ik heb nog een ander voorbeeld dan dat van daarnet. Het gaat over een 26-jarige jongeman die in augustus 2024 na een suïcidepoging op de spoedafdeling van campus Damiaan van het AZ Oostende belandde. Hij werd in een labiele toestand opgenomen in de psychiatrie en helemaal van slag ondertekende hij een aantal papieren voor opname in een eenpersoonskamer, zonder dat hij goed en wel beseftte wat hij deed. De sociale dienst heeft hem geholpen, maar heeft hem er niet op gewezen dat hij geen hospitalisatieverzekering had. De jongeman in kwestie verbleef bijna twee maanden in het ziekenhuis en kreeg daarvoor een factuur van 8.059 euro. Hij heeft daarvoor nu een afbetalingsplan bij het OCMW. Er zijn zeer veel van die verhalen.

Met betrekking tot de facturen denk ik ook aan de conventiestatus van artsen. U hoort hopelijk ook getuigenissen van patiënten die klagen dat ze geen geconventioneerde specialisten vinden, waardoor ze automatisch ereloonsupplementen moeten betalen voor een consult. Men zou kunnen stellen dat het de marktwerking is en dat de patiënt zelf de keuze kan maken om al dan niet een niet-geconventioneerde arts te consulteren, maar op veel plaatsen heeft men geen keuze. Als er in het dichtstbijzijnde ziekenhuis alleen maar niet-geconventioneerde artsen zijn, moet men erg ver rijden om een geconventioneerde arts te vinden. Dat is echter niet realistisch en voor veel mensen is dat ook niet mogelijk.

U moet dus toch erkennen dat er een probleem is, namelijk dat er te veel niet-geconventioneerde artsen zijn en dat een factuur van 8.000 euro te veel is. U zult niet al te ver buiten dit Parlement wel iemand vinden die daarover kan getuigen. Hopelijk heeft dit voorbeeld al voldoende geholpen, want het getuigt van wereldvreemdheid om te stellen dat er geen probleem is.

01.11 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Je précise avant tout que j'ai dit que, dans la grande majorité des cas, les gens ne se plaignent pas pour l'instant des suppléments d'honoraires. Savez-vous de quoi ils se plaignent? Ils se plaignent de ne pas avoir de soignant, de ne pouvoir obtenir un rendez-vous que dans six, voire huit mois. Mais si l'on entend votre raisonnement, les délais de rendez-vous ne seront plus de six ou de huit mois mais d'un ou de deux ans comme dans certains pays.

C'est cela que nous essayons de sauver: la soutenabilité du système. Bien sûr, il existe des cas personnels comme ceux que vous avez cités, madame Eggermont, mais ils sont exceptionnels. Croyez-moi, je suis praticien dans une province qui n'est certainement pas la plus riche de Belgique, et de telles situations n'arrivent jamais, sauf pour des patients qui ne sont plus sous couverture mutuelle – ce n'est donc pas une question d'assurance hospitalisation.

Ce que je dis, c'est que la préoccupation majeure des Belges actuellement, c'est d'avoir un accès aux soins. Pour l'instant, les soins sont finançables dans la grande majorité. Je répète que mon parti veut une limitation des suppléments d'honoraires, car vous ne l'avez peut-être pas entendu. Vous, vous stigmatisez les médecins et les dentistes sur ces suppléments d'honoraires en pensant qu'ils vont droit dans leur poche. Or, dans la grande majorité des cas, le déconventionnement, les suppléments d'honoraires leur permettent tout simplement de vivre correctement.

Le grand souci, c'est l'accès aux soignants et aux soins. Pour l'instant, le système actuel est soutenable. Là où il n'est pas soutenable, c'est au niveau du financement des hôpitaux. Et nous sommes tous d'accord pour dire qu'il n'est pas normal qu'il y ait une rétrocession des honoraires des médecins pour financer indirectement les hôpitaux et finalement les faire refinancer via les assurances sur les patients.

Là-dessus, je suis complètement d'accord avec vous.

Je pense toutefois que vous vous trompez de combat. Le combat, ce ne sont pas les suppléments d'honoraires. La grande majorité des Belges ne se plaignent pas des suppléments d'honoraires. Je l'affirme encore aujourd'hui. Ils se plaignent de devoir attendre six, dix ou douze mois un médecin ou un dentiste pour se faire soigner. Et ça, c'est la réalité du quotidien de la population.

01.12 Khalil Aouasti (PS): Monsieur Gatelier, vous parlez de "l'immense majorité des Belges". Dans les rapports officiels aujourd'hui, 25 % des Belges n'ont pas d'assurance complémentaire maladie. Près de 10 % des Belges reportent des soins de santé parce qu'ils n'en ont pas les moyens et 32 % des Belges considèrent qu'ils n'ont pas les moyens de payer des suppléments d'honoraires. Ce pourcentage augmente encore plus chez les patients de plus de 75 ans.

Je ne sais pas, dans ces pourcentages-là, où vous situez "l'immense majorité des Belges".

01.13 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur Gatelier, je suis vraiment abasourdie par ce que vous dites. Le parti des Engagés, qui allait se battre pour des soins de santé accessibles, vient ici nous dire cela, alors que les Belges, en 2024, ont payé pour 760 millions d'euros de suppléments d'honoraires et que plus de 100 000 patients ont reçu une facture d'hôpital de plus de 3 000 euros. Vous osez venir dire ici que les gens ne s'en plaignent pas? Mais qui fréquentez-vous?

Pensez-vous vraiment que les gens ont voté pour que vous veniez ici dire qu'il n'y a pas un problème d'accessibilité aux soins en Belgique par rapport à ce que cela coûte, par rapport aux suppléments demandés? Comme ma collègue vient encore de l'expliquer, quand vous allez chez un spécialiste, si vous voulez obtenir plus vite – c'est-à-dire pas dans six mois – le rendez-vous pour une IRM que l'on vous propose, vous payez un supplément.

Franchement, monsieur Gatelier, je peux vous dire que je fréquente des gens qui s'en plaignent tous les jours. Vous devriez peut-être réfléchir à cette question.

Le **président**: Monsieur Gatelier, vous pouvez continuer.

01.14 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Permettez-moi de répondre, monsieur le président.

Effectivement, madame Merckx, ce sont des cas concrets que je rencontre comme vous, mais ce n'est pas la préoccupation principale des patients. Leur souci principal est d'avoir une infirmière à domicile, ce qui, pour l'instant, est très difficile, car c'est un métier très difficile. La réforme des soins de santé vise justement – du moins je l'espère – à mieux valoriser les soignants, ce qui, pour moi, est la priorité.

Pour l'instant, la nomenclature et le conventionnement ne permettent pas, dans certaines situations et surtout en médecine spécialisée, de couvrir les frais. Si cette couverture n'est pas assurée, les médecins partiront à l'étranger et les patients n'auront plus accès à ces soins. Ils n'auront plus de facture de 3 000 euros, car ils n'auront plus de soins. La préoccupation principale, c'est l'accès aux soins.

Je partage bien entendu vos propos sur la limitation des suppléments d'honoraires. Vous essayez d'insinuer que Les Engagés seraient favorables aux suppléments d'honoraires. Nous n'avons jamais dit une chose pareille! Heureusement que nos échanges sont enregistrés. Essayez de ne pas stigmatiser mes propos et de dire la réalité. Nous sommes favorables à une limitation des suppléments d'honoraire, mais j'ai dit qu'à l'heure actuelle, ce n'est pas la priorité. La préoccupation principale de la population est l'accès aux soins, que ce soit à l'hôpital ou à domicile.

Je propose de continuer, monsieur le président, et de ne pas poursuivre ce débat toute la nuit.

Le **président**: Monsieur Boukili, vous souhaitez intervenir sur le même sujet? Très brièvement alors, parce que je pense que nous connaissons les deux visions.

01.15 Nabil Boukili (PVDA-PTB): Je ne ferai pas d'intervention car mes collègues ici sont beaucoup plus expérimentés que moi dans ce dossier. Simplement, par souci du concret, j'aimerais revenir sur une chose: M. Gatelier affirme que l'immense majorité des Belges n'est pas préoccupée par la question

des suppléments d'honoraires. Pour ma culture générale, j'aimerais savoir sur quelle base il affirme ce propos, afin que je puisse étudier la source par moi-même.

Le **président**: Monsieur Boukili, cette question a déjà été posée par M. Aouasti, il me semble.

01.16 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Encore une fois, vous déformez mes propos, je suis désolé. Je n'ai jamais dit qu'ils n'étaient pas préoccupés par cela; j'ai dit que leur souci principal était l'accès aux soins et aux soignants. Comme vous l'aurez compris, pour le moment, ces suppléments d'honoraires permettent encore à des soignants d'exercer correctement dans ce pays. Donc, le souci principal ne porte pas sur les suppléments d'honoraires que vous relevez, mais sur la valorisation du travail de ces soignants.

(...): (...)

Le **président**: Oui, mais je pense qu'on peut continuer. La parole est à M. Gatelier. Veuillez poursuivre, monsieur Gatelier.

01.17 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Le texte prévoit également les tarifs indicatifs qui apportent une certaine flexibilité. C'est une bonne chose. Le fait qu'ils soient intégrés dans le maximum à facturer constitue une protection solide pour les patients les plus fragiles. Cela dit, plusieurs questions restent ouvertes. La future nomenclature valorisera-t-elle enfin le temps médical, l'écoute et le suivi du patient, et non uniquement les actes techniques? Si les suppléments sont mieux encadrés, les assurances hospitalisation répercuteront-elles réellement ces économies sur les primes payées par les citoyens? En effet, si l'on veut limiter les suppléments d'honoraires, les assurances hospitalisation engrangeront normalement des gains. Ceux-ci seront-ils répercutés sur les primes versées par les patients? Cette réforme encouragera-t-elle vraiment le conventionnement ou finira-t-elle par le rendre indirectement obligatoire?

S'agissant des mesures anti-fraude, nous soutenons celles qui visent les cas graves. Quelques comportements inacceptables ne peuvent pas jeter le discrédit sur l'ensemble d'une profession qui travaille quotidiennement avec sérieux et engagement. Pour nous, il est essentiel de distinguer clairement la fraude intentionnelle des erreurs administratives ou des divergences d'interprétation qui peuvent apparaître de bonne foi dans une pratique médicale complexe.

Enfin, je dirai un mot sur la digitalisation. Oui, nous devons la simplifier. Oui, les outils numériques doivent permettre aux soignants de consacrer davantage de temps à leurs patients qu'à leur paperasse. Mais cela suppose une condition simple: il faut que les outils fonctionnent réellement sur le terrain. La digitalisation ne peut pas devenir une surcharge administrative supplémentaire. Elle devra être progressive, pragmatique et adaptée aux réalités quotidiennes des professionnels de santé.

Mes chers collègues, réformer notre système de santé est indispensable, mais une réforme de cette ampleur ne se jugera pas sur ses intentions; elle se jugera sur ses conséquences concrètes pour les patients, pour les soignants, pour les hôpitaux et pour l'accessibilité véritable des soins dans notre pays. Les Engagés soutiendront donc ce projet de loi, parce que nous avons obtenu des adaptations importantes. Quand j'entends aujourd'hui les collègues de gauche prétendre que le coût sera reporté sur les patients et ceux de droite qu'il le sera sur les prestataires de soins, je me dis que, finalement, c'est un projet de loi-cadre qui est bien équilibré.

En tout cas, bien entendu, nous resterons extrêmement vigilants pour la suite, parce que tout reste encore à écrire et qu'en matière de santé, il faut toujours garder un équilibre, réformer avec rigueur et en concertation avec le terrain, sans fragiliser ni les patients ni les soignants. J'insiste sur ces derniers mots et vous remercie de votre attention.

01.18 Jan Bertels (Vooruit): Voorzitter, ik zal namens de Vooruitfractie opnieuw de hoofdlijnen van deze kaderwet toelichten.

Collega's, we kunnen zeggen dat er over dit wetgevend initiatief al meer dan een jaar discussie is. Er is veel overleg geweest met de verschillende actoren, gaande van beroepsorganisaties tot mensen op het terrein. Er zijn heel veel actoren die kunnen hebben reageren en dan ook gereageerd hebben, ook vanuit hun terreinkennis. We kunnen stellen – ik praat nu even over de leden van de commissie

Gezondheid – dat er in alle fracties mensen zijn die kennis hebben van het terrein of die gevoed worden door het terrein, zodat we er een zinvol debat over hebben kunnen voeren. Die oefening is dus niet uit de lucht komen vallen. Ze is met veel overleg en veel meningsuitwisselingen en gedachtewisselingen tot stand gekomen.

We moeten volgens de Vooruitfractie – en dat staat ook zo in het regeerakkoord – investeren en hervormen. Daarmee sluit ik me aan bij wat sommige collega's al gezegd hebben. Ik zeg dat dikwijls, maar we moeten het wel doen, want nietsdoen betekent dat ons stelsel niet duurzaam zal zijn, minder kwalitatief en minder toegankelijk wordt. Dat is geen of-ofdiscussie. We moeten investeren en hervormen om ons gezondheidszorgstelsel en de sociale zekerheid duurzaam te maken en om ons stelsel toegankelijk te houden.

Zijn er verbeterpunten? Ongetwijfeld. Zijn er goede zaken? Ongetwijfeld. We moeten investeren om ons stelsel kwalitatief te houden. Dat kan een mantra lijken, maar daarvoor doen we het wel, zodat de patiënt en de zorgverstreker – om het bij die twee te houden – er beter van worden, zodat we een betere samenleving hebben, een samenleving waarin we trots kunnen zijn dat we, mevrouw Eggermont, een solidair gezondheidszorgsysteem kunnen behouden. Daarvoor moeten we wel iets doen. We moeten daarvoor onze laarzen aantrekken, zoals we in de Kempen zeggen.

Voor die uitdagingen is durf nodig, en we zullen nog veel durf nodig hebben. Ik kan dat nu al voorspellen. Voor de herijking van de nomenclatuur zullen we allemaal durf nodig hebben. Afbreken en alles laten stilstaan, is gemakkelijk, maar de noodzakelijke herijking van de nomenclatuur voor alle – of toch vele – disciplines zal durf vergen.

Ook voor de financiering zullen we durf nodig hebben. Ik wil dan nog wel eens zien hoeveel durf er in de verschillende fracties aanwezig zal zijn. We zullen die durf, mevrouw Eggermont, ook nodig hebben wanneer we zullen spreken over de ziekenhuisfinanciering, de zuivere erelonen, de ereloonsupplementen en de hospitalisatieverzekeringen die vandaag door veel burgers in ons land worden afgesloten. Ook daarvoor zullen we durf nodig hebben.

We moeten zorgen voor betaalbaarheid en toegankelijkheid. Ik wil even vanuit onze visie spreken. We hebben een duidelijke lijn uitgezet. Krachtens het standstillbeginsel – om het even heel breed te formuleren – van artikel 23 van de Grondwet mogen we niet achteruitgaan. Integendeel, we moeten daarrond vooruitgaan. Dan krijgt men – dat is toch de doelstelling – een respectvolle vrijheid voor de zorgverlener. Dat raakt aan de discussie over prestatiefinanciering. We beschikken vandaag echter over een systeem dat werkt. Tegelijk werken we, mevrouw Eggermont, aan zorgpaden. Dat is iets anders dan louter prestatiefinanciering. We zullen ook werken aan tariefzekerheid en aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor alle inwoners van dit land. Dat is de bedoeling. Patiënten, zorgverleners en de samenleving moeten daar beter van worden.

Daarvoor hebben we een kader gecreëerd en daarover zullen we nog veel overleg nodig hebben. De verschillende belangengroepen kunnen dat kader gebruiken om voorstellen uit te werken. Laten we hopen dat zij hun ervaring en expertise inzetten om dat kader concreet in te vullen. Als zij daar niet in slagen – laten we daar eerlijk over zijn, want ook dat maakt deel uit van de overeenkomst –, om welke reden dan ook, dan zal de regering zelf optreden. We geven de actoren op het terrein echter de kans, de ruimte en het overleg om tot oplossingen te komen.

Ik wil er ook op wijzen dat het budgettaire proces wordt hervormd. De beleidsbrief van de regering krijgt daarin een zeker gewicht, maar er is – ik heb daar niemand over gehoord – ook een Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. Dat is van fundamenteel belang, want we willen dat wat we investeren zoveel mogelijk gezondheidswinst oplevert. Die Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen zal proactief en retroactief beoordelen of het geld prioritair gaat naar waar de meeste gezondheidswinst te boeken valt. Dat is een fundamenteel belangrijke instelling die we in dat proces hebben ingestopt en die nu al goed werk levert.

Ten tweede – want ik hoor steeds het omgekeerde – er zitten in deze kaderwet een heleboel maatregelen die het conventiemodel versterken of incentives geven voor het conventiemodel. Collega's, ik wil er trouwens aan herinneren dat een conventie niet unilateraal wordt opgemaakt door bijvoorbeeld artsen of tandartsen. Ze wordt bilateraal opgemaakt door een beroepsorganisatie van artsen of tandartsen en de mutualiteiten. Men doet alsof iemand unilateraal een conventie oplegt. Neen,

het betreft een afspraak tussen twee belangrijke actoren, afhankelijk van de medische discipline. We voorzien incentives om ervoor te zorgen dat de patiënt meer geconventioneerde zorgverleners kan vinden in het land. Dat is de bedoeling.

Er zijn ongetwijfeld disciplines waar er problemen zijn, maar het is niet zo dat er overal een probleem is. Men moet kijken naar de conventiepercentages in de verschillende disciplines en als blijkt dat er in sommige disciplines problemen zijn, dan moet daar iets gebeuren.

Binnen hetzelfde kader wordt een piste bewandeld, die bijvoorbeeld bij de tandartsen al bestaat, met betrekking tot de maximumtarieven. Ook daar gaat het evenwel om maximumtarieven binnen een conventiemodel, afgesproken tussen de twee partijen. Dat is niet iets wat opgelegd wordt aan de ziekenfondsen. De ziekenfondsen gaan daarmee akkoord, al dan niet tijdelijk, want het is de bedoeling dat die maximumtarieven opgenomen worden in de nomenclatuur.

We werken dus niet unilateraal. Er worden samen afspraken gemaakt om het systeem overeind te houden, te verduurzamen en te bestendigen.

Hetzelfde geldt voor de ereloonsupplementen. Daarover is iedereen het eens, denk ik. Bij excessen wint niemand, zeker niet de patiënt. Misschien wint de zorgverlener daar financieel bij, maar het systeem wint niet en evenmin alle andere zorgverleners die normale prijzen aanrekenen, het conventiemodel volgen of lagere ereloonsupplementen hanteren.

De excessen moeten eruit, maar dat betekent niet dat de ereloonsupplementen overal volledig zullen verdwijnen. Is dat de ideale wereld die we willen bereiken? Misschien. Gaan we die morgen bereiken? Neen. We werken dus binnen een bepaald systeem, waarbij we het systeem verduurzamen. De ereloonsupplementen moeten wel beperkt en betaalbaar zijn. Dat is de wens van de regering. Dat is afgesproken in het regeerakkoord en dat zal er ook komen.

In het overlegmodel mag men inderdaad zelf een aantal voorstellen doen. Die voorstellen zijn gekoppeld aan de herijking van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Dat zijn de drie werven die gelijktijdig moeten lopen en gelijktijdig moeten landen.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging werken we ook aan een heel systeem van digitalisering van de gezondheidszorgverzekering in, zowel voor de VI's als voor de zorgverstrekkers. De heer Gatelier heeft er ook naar verwezen. Ook daar zullen we durf nodig hebben, collega's. Ik kan dat niet genoeg herhalen. We zullen sommige zorgverleners en patiënten moeten aanporren om mee te gaan in het digitale tijdperk. Ik zal daarmee tegen een aantal zere schenen stampen, maar het kan niet zijn dat een kleine softwareleverancier zegt dat hij niet kan volgen. We kunnen niet wachten op de traagste softwareleveranciers voor de tarifiering van de artsen. We zullen kordater moeten optreden en niet zomaar vrijheid-blijheid hanteren door 10 of 20 jaar geduld te oefenen. We zullen kordater optreden, in het belang van de patiënten, de zorgverleners en van de administratieve eenvoud waar iedereen om vraagt.

Er is ook een bepaling om het RIZIV-nummer bij zware fraude te kunnen schorsen. Daar kom ik later nog op terug. Mevrouw De Knop heeft zich daarnet vergist van wetgeving. Die bepaling zit in deze kaderwet, mevrouw, niet in de wet die we zonet hebben besproken en waarbij u een citaat aanhaalde van een dokter over de schorsing van een RIZIV-nummer. Die bepaling zit hierin, maar geldt alleen voor bepaalde gevallen, met het oog op het vermijden van gezondheidsschade. Dat is in die gevallen gerechtvaardigd.

Ik rond af, want anders ga ik me ergeren. De bedoeling is dat elke euro in de zorg zo goed mogelijk wordt besteed voor de patiënten en voor de zorgverstrekkers. Dat is geen tegenstelling. Patiënten en zorgverstrekkers willen allebei een goed gezondheidszorgsysteem. Het is aan ons, politici, om dat kader aan te reiken en uit te werken. Dat is wat we onder meer doen met deze kaderwet.

Tot daar, mijnheer de voorzitter.

01.19 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, collega's, ik zal het relatief kort houden.

Deze kaderwet bevat een aantal technische hervormingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de conventioneringsgraad en de beperking van de ereloonsupplementen.

De kaderwet bevat inderdaad incentives om de conventioneringsgraad te verhogen, mijnheer Bertels, maar we kunnen vandaag heel moeilijk beoordelen of de conventioneringsgraad door die wet ook daadwerkelijk zal stijgen.

De andere grote hervormingen waar de minister mee bezig is, zijn namelijk nog niet afgerond. Het zal daarvan afhangen hoe een en ander op het werkveld wordt vertaald. Het gaat in het bijzonder over de ziekenhuishervorming en de hervorming van de nomenclatuur.

Het is dus in zekere zin een geloofskwestie of al die toekomstige hervormingen zodanig zullen plaatsvinden dat de kaderwet op dat vlak ook effectief zal zijn. Als dat niet zo is, collega's, is er wel degelijk een sluipend gevaar voor verdere privatisering, deconventionering en meer ereloonsupplementen.

Ik ga er nochtans van uit dat de minister dat niet wil. Of ik de arizonaregering daarin vertrouw, is een andere zaak. Ik vrees dat we daarvoor nog veel debatten nodig zullen hebben en dat velen van uw collega's in de meerderheid veel moed zullen moeten hebben om de conventioneringsgraad effectief te verhogen.

Het tweede grote onderdeel van deze kaderwet is de budgettaire hervorming, namelijk de manier waarop het budget van het RIZIV tot stand komt. In principe komt daar, kort door de bocht, een grotere verantwoordelijkheid bij de minister te liggen. Het is de minister die via zijn opdrachtenbrief, die nu wordt geïnstitutionaliseerd, een ingang krijgt om het budget van het RIZIV op te stellen.

Bij de bespreking van het budget van het RIZIV van dit jaar – mijnheer Bertels, u herinnert zich dat misschien nog – heb ik de vraag gesteld wat het gezondheidseffect van deze begroting is. Daarop kreeg ik geen antwoord. Ik kon er toen nog van uitgaan dat de Hoge Raad van het RIZIV, samengesteld uit artsen, daarover kon oordelen en daar een beter zicht op had dan ik. Nu leggen we het oordeel eigenlijk bij de minister.

Ik zal nu iets meegeven dat u niet mag doorvertellen aan de brandmanager van de minister. Ik ben eigenlijk geneigd om minister Vandenbroucke daarin nog te vertrouwen. Dat is echter niet de vraag. Als we dit goedkeuren, geldt dat immers niet alleen voor minister Vandenbroucke, maar ook voor alle toekomstige ministers.

Minister Vandenbroucke, de vraag is of u in dat instrumentarium evenzeer minister Van Lysebettens zou vertrouwen. Of minister De Knop of minister Eggermont. Ik ben niet helemaal zeker of u de voorliggende kaderwet in dat geval nog ter stemming zou voorleggen.

Collega's, het derde grote deel van de kaderwet is volgens mij de mogelijkheid voor het RIZIV om het RIZIV-nummer te schrappen en in gevallen van heel zware fraude op te treden.

We hebben daarnet ook de kwaliteitswet besproken. Die wet geeft eveneens een aantal mogelijkheden tot controle en optreden. Naar mijn mening zijn die mogelijkheden in de kwaliteitswet beter omkaderd en beter gestructureerd. Wij zullen die wet dus ook steunen.

Bij deze kaderwet heb ik echter het gevoel dat de misdrijven waarvoor het RIZIV-nummer kan worden afgenomen, onvoldoende omschreven zijn en dat de beroepsmogelijkheden onvoldoende uitgewerkt zijn.

U hoort het. Aan de vooravond van Rerum Novarum begin ik een aantal enerzijds-anderzijdsvaststellingen te ontwikkelen. Het zal afhangen van het antwoord van de minister of dat zich ook vertaalt in ons stemgedrag.

01.20 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, we bespreken vandaag een heel belangrijke wet, een kaderwet die volgens de minister de gezondheidszorg moet moderniseren en klaarmaken voor de toekomst. Als ik hier een aantal uiteenzettingen hoor, met name van de meerderheidspartijen, dan worden daar echter zoveel als'en en indien'en en voorwaarden bij

geplaatst dat iedereen beseft dat dit niet zomaar een kaderwet is. Het is een kaderwet die zogenaamd het begrotingsproces moet verduidelijken, het conventiemodel moet hervormen, tariefzekerheid voor patiënten moet verbeteren, ereloonsupplementen moet aanpakken, digitalisering moet versnellen en fraude sneller moet bestrijden.

Dat klinkt heel aannemelijk, ten minste als men dat op een high-levelniveau bekijkt. Laat u echter niet in slaap wiegen. Achter al die woorden gaat een fundamentele beleidskeuze schuil. Het beste bewijs daarvan zijn de artsenstakingen die we gekend hebben. Artsen en stakingen, dat is bijna een contradictio in terminis. De talrijke petitie's die werden georganiseerd en het als een duivel in een wijwatervat tekeergaan van de collega's van de N-VA bewijzen dat hier veel meer aan de hand is.

Voor ons is deze kaderwet geen neutrale technische bijsturing, geen gewone modernisering van bestaande procedures, maar wel een duidelijke verschuiving in de manier waarop de overheid naar zorgverleners kijkt, als tegenstanders in plaats van als partners en vanuit wantrouwen. Mijnheer de minister, ik vraag mij af waaraan al die mensen in de zorg dat hebben verdiend.

Er wordt hier gesproken over veel overleg, mijnheer Bertels, en over samenwerking, maar daar is eigenlijk niet zoveel van aan. Liever sanctioneren dan de arts als vrije beroeper te respecteren, maar daar hebt u moeite mee, met de arts als vrije beroeper. U gaat voor staatsgeneeskunde. Dat is uw model. Uw conventiemodel is daar bij uitstek de exponent van. Aan de collega's van de N-VA wil ik zeggen: "Boer, let op uw ganzen." Als u, zoals dat in uw persberichten staat, het ondernemerschap binnen het zorglandschap echt wil blijven respecteren, dan zult u achterom moeten kijken. Daarom hebben wij grote bezwaren bij deze tekst.

Mijnheer Gatelier, uiteraard betwist niemand dat de gezondheidszorg hervormd moet worden en dat de zorg betaalbaar moet blijven. Niemand betwist dat patiënten recht hebben op transparantie en tariefzekerheid. Niemand betwist ook dat fraude moet worden aangepakt. De vraag is niet of we moeten hervormen, maar hoe we hervormen. Daarover verschillen we fundamenteel van mening met de minister.

In de commissie zei ik dat deze kaderwet niet mag worden voorgesteld als een reeks neutrale technische aanpassingen. Dat is ze inderdaad niet, het is een kantelpunt. Een aantal collega's hebben hier al herhaaldelijk verwezen naar de belangrijke driehoek van supplementen, nomenclatuurreformering en ziekenhuishervorming. Daarom wil ik in mijn inleiding toch nog zeggen hoe schrijnend het is dat die kaderwet als eerste naar het Parlement komt. Ze zou immers het sluitstuk van uw hervormingen moeten zijn, maar u begint ermee. U zou eerst een hervorming van de nomenclatuur moeten doorvoeren en eerst de ziekenhuishervorming moeten afronden. Veel mensen binnen de meerderheid zijn het daarmee eens. Daarom werden de beperkingen op de supplementen uit die tekst gehaald. Daarom is nu ook expliciet een datum opgenomen voor de vroegste invoering van die supplementen. De toegankelijkheid en de betaalbaarheid van onze zorg staan of vallen met de twee hervormingen die ik daarnet genoemd heb.

Mijnheer de minister, u zegt dat u het overlegmodel wilt respecteren. Tegelijkertijd stellen we vast dat de regering steeds meer greep wil krijgen op dat overlegmodel, want u voert een opdrachtenbrief in die het budgettaire kader en de beleidsprioriteiten bepaalt. Op zich is het logisch en kunnen we begrijpen dat de regering haar verantwoordelijkheid wil nemen en wil aangeven binnen welk budgettair kader gewerkt moet worden. Daarover bestaat geen discussie. Ons punt is natuurlijk dat die opdrachtenbrief niet in de plaats mag komen van het overleg, waarin de concrete maatregelen worden vastgelegd. De regering moet een kader bepalen, waarna het overleg aan de slag moet gaan. Vervolgens moet het Verzekeringscomité de uitvoering kunnen bepalen.

Net daarom hebben we een amendement ingediend, om duidelijk te maken dat de opdrachtenbrief inderdaad die beleidsprioriteiten en het budgettaire kader moet vastleggen, maar dat de uitvoering bepaald en vastgelegd moet worden in het Verzekeringscomité. Dat is geen detail, collega's. Dat raakt aan de kern van ons overlegmodel, een overlegmodel dat verschillende partijen uit de meerderheid toch belangrijk blijven vinden. Als de regering immers niet alleen het kader bepaalt, maar ook de invulling al oplegt, dan blijft van dat overleg natuurlijk niet veel meer over. Dat is dan ook duidelijk niet onze visie op de gezondheidszorg.

Diezelfde bekommernis ligt ook aan de basis van ons amendement bij artikel 13. Wanneer de Koning

bijkomend kan optreden in de regeling van de financiële en administratieve verhoudingen tussen patiënten, verzekeringsinstellingen en zorgverleners, dan vinden wij dat dat minstens moet gebeuren bij besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad. Mevrouw Depoorter, ik weet dat u dat ook belangrijk vindt. Dus ik nodig u uit om ons amendement met betrekking tot dat punt toch nog eens te lezen.

Onze gezondheidszorg is steeds zo sterk geweest omdat ze steunt op dat overleg, op de kennis van het terrein, op de gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners, ziekenfondsen, ziekenhuizen en overheid. Dat model werkt alleen als het een echt overleg kan zijn. Dezelfde logica zien we trouwens bij de hervorming van het conventiemodel. Mijnheer de minister, ook daar wilt u uw wil doordrijven. U noemt het een modernisering. In werkelijkheid evolueren we van vrije keuze naar financiële dwang.

Formeel blijft een zorgverlener vrij om al dan niet toe te treden tot een akkoord. Voor mensen die het niet kennen, dat betekent dat zorgverleners een sociaal statuut krijgen in ruil voor vastgelegde tarieven. De minister wil dat op alle mogelijke manieren bewerkstelligen. Tegelijkertijd worden steeds meer financiële voordelen gekoppeld aan die conventionering. Voor wie niet conventioneert, wordt de financiële strop rond de nek alleen maar groter. Niet-geconventioneerde zorgverleners moeten op verschillende manieren onder druk gezet worden. Ze verliezen premies en richttarieven worden voorbehouden aan geconventioneerde artsen. Wie is daarvan de dupe, mevrouw Merckx? De patiënt.

Bovendien wordt de financiering van de beroepsorganisaties afhankelijk gemaakt van de conventioneringsgraad van hun leden. De indexmassa wordt gekoppeld aan het wel of niet tot stand komen van een akkoord. Al die maatregelen moeten, één voor één, dienen om de conventie te promoten. Dat is evenwel niet conventioneren, dat is eigenlijk de mensen daartoe dwingen. U zegt dat u meer tariefzekerheid wilt voor de patiënt, maar de manier waarop u dat doet, is door zorgverleners die zich niet conventioneren zoveel mogelijk te straffen. In tegenstelling tot wat u de mensen wil doen geloven, betaalt de patiënt mee de prijs van dat beleid.

Voor de collega's die niet in de commissie voor Volksgezondheid zetelen, zal ik misschien een beetje te technisch worden, maar een goed voorbeeld is de 25 %-regel. Het regeerakkoord bepaalt dat die regel wordt afgeschaft voor kinesisten en andere beroepsgroepen, zodat de patiënt geen twee keer financieel gestraft wordt voor de conventiestatus van de zorgverlener. Deze kaderwet regelt de afschaffing evenwel niet onmiddellijk. De inwerkingtreding van de maatregel wordt doorgeschoven. Daardoor blijft de patiënt vandaag in hetzelfde systeem.

Als u werkelijk vindt dat de patiënt niet gestraft mag worden voor de conventiestatus van de zorgverlener, moet u dat ook consequent uitvoeren. Daarom hebben wij voorgesteld de inwerkingtreding duidelijk vast te leggen op 1 januari 2028, niet via een omweg, niet via een datum die later door de Koning moet worden bepaald, maar gewoon nu helder in de wet.

Ik voeg nog een element toe over de conventie, collega's. Geconventioneerde artsen werken gemakkelijker aan richttarieven, maar in de praktijk kiest de patiënt niet altijd vrij. In de praktijk weet de patiënt soms niet of hij bij een geconventioneerde of een gedeconventioneerde arts terecht komt. In sommige regio's is het aanbod ook beperkt. In sommige specialismen is het aantal geconventioneerde zorgverleners erg laag. Soms is de patiënt al blij dat hij überhaupt bij een zorgverlener terecht kan. Dan is het niet eerlijk te zeggen dat de patiënt maar naar een geconventioneerde arts had moeten gaan. Dat is een theoretische vrijheid die op het terrein vaak niet bestaat.

Ook inzake de premies gaat deze kaderwet te ver. Financiële tegemoetkomingen die u wilt voorbehouden aan geconventioneerde zorgverleners gaan niet over luxe. U zult telematica, de organisatie van praktijken en administratieve lasten voor zelfstandige verpleegkundigen allemaal koppelen aan de vraag of die zorgverleners al dan niet geconventioneerd zijn. Niet-geconventioneerde zorgverleners hebben evenzeer die kosten. Als u die niet terugbetaalt, legt u hun financieel een strop rond de nek.

We beschikken vandaag trouwens al over een instrument dat conventionering beloont, namelijk het sociaal statuut. Dat is ook logisch en het volstaat om u daartoe te beperken. Dat raakt de zorgverlener rechtstreeks. Hier gaat u dus verder. U raakt aan de middelen die de organisatie en de kwaliteit van de zorg ondersteunen. Dan wordt het pervers. In uw toelichting suggereert u immers dat niet-geconventioneerde zorgverleners het verlies van die premies dan maar moeten compenseren met

honorariumsupplementen. Hoe pervers kan het zijn? U wilt supplementen bestrijden en anderzijds zegt u dat ze het dan maar moeten opvangen met supplementen. Dat is echt niet coherent.

Dan kom ik bij de index. De index is bedoeld om stijgende kosten op te vangen. Voor werknemers wordt de index door de socialisten altijd verdedigd als een essentieel beschermingsmechanisme. Voor zorgverleners wordt de index plots een instrument om druk te zetten. Als er geen akkoord is, kan de indexmassa immers niet worden toegekend. Wij vinden dat niet rechtvaardig. We maken de indexering van lonen toch ook niet afhankelijk van het gedrag van werknemers of van ambtenaren? Bij zorgverleners kan dat kennelijk wel. U hebt mij in de commissie gevraagd of ik een vrij beroep ken waarvoor de overheid wel een indexmassa garandeert. Het antwoord is inderdaad neen. We kennen echter ook geen enkel vrij beroep dat stijgende kosten niet kan doorrekenen aan zijn klant. We kennen geen enkel vrij beroep dat materiaal moet aankopen, moet investeren en personeel moet betalen, maar vervolgens niet kan rekenen op tarieven die die kosten dekken. Dat is het probleem in de zorg.

Mijnheer Gatelier, u hebt daarnet evenzeer uw bezorgdheid daarover geuit. Als die mensen geen supplementen kunnen vragen, als zorgverleners verplicht geconventioneerd worden, beperken we zelf de toegang tot de zorg. Mijnheer de minister, u bereikt dus het omgekeerde van wat u beoogt.

In verschillende specialismen dekken de terugbetalingstarieven de reële kosten onvoldoende. Daarom willen die zorgverleners niet conventioneren. In de orthodontie, in de logopedie en in de dermatologie zijn supplementen niet altijd – zoals u vaak suggereert – een manier om zorgverleners rijk te maken. In veel gevallen dienen ze voor innovatie, infrastructuur en technologie, om zaken te bekostigen. Wie dat hier niet erkent, voert echt een debat op basis van karikaturen.

Dat brengt mij bij de richttarieven. Laat me daarover duidelijk zijn. Wij zijn niet tegen richttarieven op zich. Integendeel, het instrument kan nuttig zijn en minister De Block heeft het destijds ook toegepast. Richttarieven kunnen een tijdelijke oplossing bieden, wanneer een prestatie onvoldoende wordt vergoed of wanneer innovatieve zorg nog niet correct in de nomenclatuur is opgenomen. Men moet het instrument dan wel correct toepassen. Daarom zijn wij tegen het feit dat men die richttarieven alleen kan hanteren bij geconventioneerde zorgverleners. Nochtans doet u dat. Daarmee treft u opnieuw de patiënt. Een richttarief wordt opgenomen in de maximumfactuur en dat garandeert precies de betaalbaarheid van de zorg. Als een prestatie onvoldoende wordt vergoed, geldt dat probleem niet alleen bij geconventioneerde zorgverleners. Dat probleem bestaat ook bij niet-geconventioneerde zorgverleners. Als het werkelijk uw doel is om supplementen te beperken, zou het net heel logisch zijn om richttarieven ook mogelijk te maken bij niet-geconventioneerde artsen. Dan behandelt u alle patiënten gelijk. Nu straft u de patiënten eigenlijk in functie van het statuut van de arts of zorgverlener op wie ze een beroep doen. De maatregel biedt dus geen bescherming van de patiënt, maar is een dwangmaatregel die u neemt om artsen te dwingen te conventioneren.

Bovendien bestaat er nog steeds grote onduidelijkheid over de budgettaire impact van de richttarieven. In de commissie werd duidelijk dat voor de richttarieven in de overeenkomst tussen tandartsen en ziekenfondsen niet in de nodige middelen is voorzien om de meerkosten in de maximumfactuur te dekken. De minister zei dat hij dat betreurt en dat hij dat samen met het Verzekeringscomité wil oplossen. Daarmee blijft de factuur natuurlijk wel ongedekt. Het is bon ton om te zeggen dat er richttarieven zijn, maar wie zal daarvan uiteindelijk de factuur betalen? Zullen de akkoordcommissies in de toekomst zelf verplicht worden om middelen te voorzien voor de dekking van de meerkosten van die richttarieven? Dat is eigenlijk unfair. De overheid neemt een maatregel die op het eerste gezicht sympathiek is voor de patiënten, maar nadien zullen de zorgverleners zelf mogen betalen voor de flexibiliteit die hun zagezegd wordt aangeboden. Wat u met de ene hand geeft, neemt u met de andere hand terug.

De minister verwijst ook graag naar de orthodontisten. Hij zegt dat de richttarieven daar tot een hogere conventiegraad hebben geleid, wat een verdubbeling zou zijn tegenover het vorige akkoord. Als we dat verder ontleden, weten we dat we die conventioneringsgraad nationaal maar heel nipt halen en dat we dat vooral te danken hebben aan de conventioneringsgraad in Wallonië. Kortom, het is niet zo dat u er met die richttarieven voor zorgt dat meer mensen zullen conventioneren.

Waarom overtuigt dat niet? Omdat de onderliggende vergoeding, de nomenclatuur, in heel veel gevallen nog altijd niet correct is. Zolang de nomenclatuur niet structureel is hervormd, blijven we eigenlijk symptomen behandelen.

Dat is ook onze fundamentele kritiek op het supplementendebat, waarop ik nu even dieper wil ingaan. Mijnheer de minister, u wilt de ereloonsupplementen beperken. Nogmaals, voor de duidelijkheid, excessen moeten worden aangepakt. Niemand verdedigt buitensporigheden. Niemand vindt dat patiënten onredelijke facturen moeten krijgen. Ook inzake ereloonsupplementen moeten we het debat eerlijk voeren. Ik richt me ook tot mevrouw Merckx. Supplementen zijn niet de oorzaak van alle problemen. Ze zijn vaak een symptoom van een verouderde nomenclatuur en van een financiering die niet meer aansluit bij de realiteit.

Mijnheer de minister, u zegt dat u werkt aan een modernisering van de nomenclatuur, maar we blijven wachten op die hervorming. Zolang die hervorming niet rond is, pakt u het symptoom aan, zonder de oorzaak structureel op te lossen. Dat is gevaarlijk. Als u supplementen beperkt, zonder tegelijkertijd de nomenclatuur correct te herijken en zonder de ziekenhuisfinanciering te hervormen, verschuift u gewoon het probleem.

Gelet op het feit dat één op vier of één op vijf mensen in België geniet van de verhoogde tegemoetkoming, zodat voor hen al geen supplementen meer mogen worden aangerekend, zal een steeds kleiner wordende groep patiënten die supplementen wel moeten betalen. Volgens mij zijn dat net de mensen die vandaag hebben gestaakt. De middenklasse zal mogen betalen voor de meerkosten die dat met zich meebrengt.

Men kan het probleem namelijk niet zomaar wegtoveren. Ziekenhuizen hebben vandaag financiële noden. Ambulante praktijken hebben kosten voor materiaal, personeel, infrastructuur en innovatie. Als men die kosten niet correct vergoedt, verdwijnen ze niet omdat de minister de supplementen beperkt. Ze zullen elders opduiken, via andere factuurelementen, via hogere tarieven waar dat nog kan, via minder investeringen, via minder innovatie en eventueel via ziekenhuizen die de boeken moeten neerleggen. Dat is niet wat patiënten nodig hebben. Daarmee ondergraaft u zelf de toegankelijkheid van de zorg.

Er is bovendien nog een grote olifant in de kamer. Zoals ik al heb gezegd, richt u uw beleid heel sterk op niet-geconventioneerde zorgverleners. U sanctioneert hen, ze verliezen voordelen en worden onder druk gezet. Het risico is echter reëel dat zij om die reden op termijn zullen kiezen voor een ander beroep.

De olifant in de kamer die ik wil benoemen, is de volgende. In een ziekenhuiscontext wordt een heel groot deel van de ereloonsupplementen aangerekend door geconventioneerde artsen, met name door geconventioneerde artsen die werken voor patiënten in een eenpersoonkamer. In onze bespreking hebben we erop gewezen dat het gaat om supplementen ter waarde van 690 miljoen euro. Daarvan wordt 60 % aangerekend door geconventioneerde artsen bij patiënten in een eenpersoonkamer.

Wat niet mag in de ambulante praktijken, blijft u toelaten in de ziekenhuizen. Dat is niet evenredig. Daarop hebben we in de commissie geen enkel overtuigend antwoord gekregen. U straft niet-geconventioneerde zorgverleners, terwijl geconventioneerde artsen in de ziekenhuizen gerust supplementen mogen blijven aanrekenen in eenpersoonkamers. Dat is moeilijk uit te leggen.

Als u de supplementen wilt beperken, moet u naar het hele systeem kijken en niet alleen naar de conventiestatus van een individuele zorgverlener. Dan komen we opnieuw uit bij de ziekenhuishervorming en bij de hervorming van de nomenclatuur.

Ik wil nu ingaan op de verhoogde tegemoetkoming. Het verbod om supplementen aan te rekenen aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, verdient ook een eerlijk debat. Ook wij willen kwetsbare patiënten beschermen. Dat spreekt voor zich. U moet ook naar de effecten van dat beleid durven kijken.

Als artsen-specialisten vaststellen dat de nomenclatuur de kosten niet dekt, zullen zij inderdaad bij een steeds grotere groep patiënten geen supplement meer mogen aanrekenen, wat u vandaag doet door die groep met verhoogde tegemoetkoming systematisch uit te breiden. Andere patiënten zullen dat dan mogen betalen. Een mogelijk gevolg is ook dat zorgverleners in de toekomst zullen nadenken over de plaats waar zij zich zullen vestigen. Misschien zullen zij zich niet in de armste buurten van Brussel of Antwerpen vestigen, maar zullen ze uitwijken naar de periferie, waar zij wel nog voor die supplementen kunnen kiezen.

Is dat omdat die artsen geen sociaal engagement hebben? Ik denk het niet. Dat komt omdat zij vinden dat hun praktijk ook financieel leefbaar moet blijven.

Nogmaals, u wilt de toegankelijkheid verbeteren, maar door het hele beleid dat u voert, riskeert u het aanbod weg te duwen uit de regio's waar de noden het grootst zijn. U wilt kwetsbare patiënten beschermen, maar u riskeert de factuur te verschuiven naar de werkende middenklasse. Dat is geen eerlijk sociaal beleid.

Zoals ik al opmerkte, bereikt u het omgekeerde van wat u wilt. U bereikt wat het Verenigd Koninkrijk nu met alle mogelijke middelen probeert te bestrijden, namelijk de ontoegankelijkheid van de zorg en de lange wachttijden.

Mijnheer de minister, u verklaarde in de commissie dat u nog wilt nadenken over het statuut van verhoogde tegemoetkoming, onder meer voor mensen met veel roerende goederen. Dat klonk goed op het eerste gezicht, maar opnieuw moet ik waaschuwen. Boer, let op uw ganzen. De socialisten willen hier hun natte droom waarmaken, met name de invoering van een vermogenskadaster.

De kers op de taart is het antwoord op de vraag door wie dat dan mag worden gecontroleerd. Dat is door de ziekenfondsen. U beschouwt dat goed beleid. Ik heb daar ernstige vragen bij.

We kunnen ons veel beter afvragen of we het aantal categorieën van verhoogde tegemoetkomingen niet beter zouden beperken dan wel of we de automatische toekenning van dat systeem niet beter opnieuw evalueren.

Ik ben bijna aan het einde van mijn betoog. Ik verontschuldig mij tegenover alle andere leden, maar het betreft hier een belangrijke wet waarin heel veel is opgenomen.

Ik kom bij de beroepsorganisaties. Deze kaderwet koppelt 15 % van de financiering van beroepsorganisaties aan de conventioneringsgraad van hun leden. Dat is voor ons een fundamenteel probleem. Beroepsorganisaties zijn geen verlengstuk van de minister en geen uitvoeringsagentschap van het regeringsbeleid. Zij vertegenwoordigen hun leden. Hun rol is niet om hun achterban onder druk te zetten om te doen wat de regering wil, of liever wat de minister wil. Als zorgverleners zich niet conventioneren, dan moet de overheid zich in de eerste plaats afvragen waarom. Dan moet men in eigen boezem kijken.

Deze kaderwet bepaalt echter eigenlijk dat, als de leden niet doen wat de regering wil, de organisatie minder middelen krijgt. Dat is een gevaarlijke logica, want een overlegmodel kan alleen werken als alle partners vrij kunnen spreken. Als de financiering van beroepsorganisaties afhankelijk wordt gemaakt van het beleidssucces van de minister, is er dan nog sprake van gelijkwaardig overleg? Daarom hebben we ook een amendement ingediend waarin we voorstellen om die bepalingen te schrappen.

Last but not least wil ik graag even ingaan op de opschorting van het RIZIV-nummer. Ook hier willen we heel duidelijk zijn. Wie fraudeert, moet worden aangepakt. Wie prestaties aanrekent die niet geleverd werden, moet worden gestraft. Wie factureert tijdens een periode waarin hij zijn beroep niet mag uitoefenen, pleegt fraude. Daarvoor moet het RIZIV inderdaad een krachtig instrument hebben.

Dat instrument moet echter wel beperkt blijven tot fraude. Dat is niet wat vandaag in deze kaderwet wordt voorzien. Mijnheer de minister, u zegt wel dat het niet de bedoeling is om zorgverleners te treffen die te goeder trouw zijn en bereid zijn een vergissing recht te zetten, maar het probleem zit in de vraag wat er zal gebeuren met zorgverleners die te goeder trouw zijn en overtuigd zijn van hun gelijk. Als ze door het RIZIV worden veroordeeld, wilt u dat ze zomaar terugbetalen wat het RIZIV vraagt, terwijl ze geen fraudeurs zijn, maar integendeel ervan overtuigd zijn dat de vaststelling fout is. Thuisverpleegkundigen zeggen ons bijvoorbeeld dat bepaalde beoordelingen door inspecteurs vaak niet overeenstemmen met de realiteit van een zorgsituatie. Als een inspecteur bijvoorbeeld op een later moment van de dag komt, dan ziet hij een patiënt op een goed moment, maar heeft hij niet gezien hoe moeilijk het is om die patiënt 's ochtends uit bed te krijgen. Een dementerende patiënt functioneert de ene dag beter dan de andere. Voor dergelijke interpretatiekwesaties worden mensen nu financieel bestraft.

Collega's, ik zie een aantal mensen kijken, maar dat zijn geen theoretische discussies, dat is de realiteit

van de zorg, iedere dag. Daarover krijgen wij talrijke meldingen van zorgverleners, die zich daarover heel ongerust maken. Daarom moeten we ook heel voorzichtig zijn met interpretatieverschillen. We moeten er zeker voor opletten dat die niet op dezelfde manier worden behandeld als gevallen van fraude.

U antwoordde dat zorgverleners onder voorbehoud van alle rechten kunnen terugbetalen en nadien de zaak ten gronde beslissen, maar dat blijft een vreemde redenering. Men mag eerst betalen en men kan achteraf, als men kan bewijzen dat men geen fout heeft gemaakt, zijn geld terugkrijgen. Het gaat hier wel vaak over zelfstandigen, over mensen die vooraf btw en alle andere verplichtingen moeten betalen en die die bedragen niet zomaar elke keer kunnen ophoesten.

Dat is niet evenwichtig en daarom hebben wij voorgesteld om de opschorting van het RIZIV-nummer te beperken tot de duidelijke situaties van fraude, met name prestaties die worden aangerekend, maar niet geleverd. Alle andere situaties geven aanleiding tot interpretatieproblemen, want wat is een overbodige prestatie en wanneer is iets preventief of curatief? De hele saga rond de terugbetaling van besnijdenissen toont nog maar eens aan hoe lang het soms duurt vooraleer men bij het RIZIV tot een andere interpretatie komt. Ook bij zorg aan personen met een handicap zien we dat de regelgeving achterophinkt op de evolutie in de gemeenschappen. Als het beleid rond wonen en ondersteuning evolueert, maar de RIZIV-regels blijven hangen in oude definities, dan mag men de zorgverlener niet behandelen alsof hij fraude pleegt.

Mijnheer de minister, voor ons is de kern van heel deze kaderwet dat u zegt de zorg te willen hervormen, maar kiest voor druk in plaats van voor vertrouwen. U zegt dat u overleg belangrijk vindt, maar tegelijk verschuift u de macht naar de regering en de minister. U zegt dat u de patiënt wilt beschermen, maar te vaak dreigt u de patiënt mee de prijs te laten betalen voor de sancties tegen de zorgverleners. U zegt dat u de conventiegraad wilt verhogen, maar in plaats van de tarieven correct te maken voor iedereen, maakt u niet-conventioneren financieel aantrekkelijk. U zegt dat u supplementen wilt beperken, maar u pakt de verouderde nomenclatuur en de ziekenfinanciering niet aan.

Ik eindig met wat ik begonnen ben. Dit is een heel belangrijk huis dat moet worden gebouwd. De fundamenteën zouden de nomenclatuurreformering en de ziekenhuisfinanciering moeten zijn en het sluitstuk zou de kaderwet moeten zijn, maar u hebt heel die redenering omgedraaid. Daarom staat heel het werkveld op zijn kop, precies daarom is iedereen zo boos. Ik hoop dat u goed hebt geluisterd naar een aantal collega's van de meerderheid die dezelfde bezorgdheden hebben als wij.

Onze gezondheidszorg heeft inderdaad een hervorming nodig. Efficiëntiewinsten moeten zeker geboekt worden, maar hou er rekening mee dat onze zorgverleners vandaag al moe zijn. Ze worden geconfronteerd met heel veel administratieve lasten en voelen zich enorm gecontroleerd en onvoldoende gewaardeerd. We hebben hen meer dan ooit nodig. Zoals de heer Gatelier ook heeft gezegd, hebben we veel te weinig handen aan het bed en als we niet opletten, dan raken we die mensen kwijt.

01.21 François De Smet (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, il nous est donc proposé de voter ces fameux projets de loi-cadre dont l'annonce avait suscité l'opposition ferme des syndicats médicaux au début de l'été 2025, menant à une grève le 7 juillet 2025, et des nombreuses journées de grève qui ont émaillé la vie de ce gouvernement Arizona depuis son installation, tous secteurs confondus. Mais, pour les médecins, cela remontait à très longtemps.

Près d'un an plus tard, la colère des syndicats s'exprime avec moins de virulence, certes, mais nombreux sont encore ceux qui craignent toujours, par l'adoption de ces lois-cadres, une menace sur l'autonomie médicale, une ingérence étatique excessive, la suppression du conventionnement partiel et un plafonnement non concerté des suppléments d'honoraires.

Je ne suis pas mandaté par des syndicats médicaux ni par une corporation mais, comme beaucoup d'entre vous, ce qui m'importe, c'est la soutenabilité de notre modèle de soins de santé et l'accessibilité de ceux-ci. Et c'est la raison de mon intervention, car elles semblent faire défaut dans votre réforme.

Premièrement, concernant le processus budgétaire, il est prévu que le ministre compétent devra transmettre, au plus tard le 20 juillet, après délibération au gouvernement, une lettre de mission qui fournira au Comité de l'assurance le cadre dans lequel celui-ci devra établir un budget et le déposer au

plus tard le premier lundi d'octobre. L'introduction d'une lettre de mission fixant les priorités budgétaires par le Conseil des ministres constitue une évolution systémique majeure, voire un changement de paradigme.

Notre système de soins repose historiquement sur un modèle de concertation et de cogestion entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux. La réforme est susceptible de porter atteinte à ce régime de gestion paritaire dont on peut à juste titre dire qu'il a permis de garder notre modèle de soins viable et performant.

En déterminant en amont des priorités budgétaires contraignantes via une lettre de mission, le gouvernement entrave cette logique de gestion paritaire, met à mal la concertation et réduit la capacité d'initiative du Comité de l'assurance.

Si la concertation vise à mettre de l'horizontalité dans le processus décisionnel, le gouvernement, lui, recourt à la verticalité et met en question la place réelle de la concertation, dès lors que les grandes orientations seraient prises avant même que les partenaires ne puissent s'exprimer.

Deuxièmement, concernant la réforme du conventionnement, j'ai lu dans le rapport les inquiétudes – et je les partage – d'un des groupes appartenant à la majorité parlementaire selon lesquelles, si le projet vise à renforcer le conventionnement, notamment en réservant certaines primes aux prestataires conventionnés – l'objectif affiché étant de garantir l'accessibilité des tarifs pour les patients –, le système pourrait *in fine* s'avérer fragile. En effet, comment éviter un effet pervers de déconventionnement massif, comment répondre à une pénurie organisée dans les plages conventionnées dans des délais qui s'allongent alors que les plages non conventionnées restent disponibles? Le conventionnement partiel tel qu'il est organisé aujourd'hui contribue dangereusement à entretenir une médecine à deux vitesses, d'une part des patients qui ont des ressources ou qui disposent d'une assurance complémentaire – qui obtiennent des rendez-vous plus rapidement en cabinet privé –, et d'autre part des patients qui doivent limiter leurs choix, reporter des soins ou renoncer à certains prestataires en raison du coût.

Troisièmement, concernant les suppléments d'honoraires, le rapport de la commission fait état des derniers chiffres de l'Agence Intermutualiste (AIM) selon lesquels ces suppléments ont encore augmenté de 9,1 % en 2024 malgré les mesures de gel imposées aux hôpitaux et ils représentent désormais près de la moitié des 1,6 milliard d'euros payés directement par les patients. On sait que dans certains hôpitaux, ces suppléments peuvent atteindre 100 %, voire 200 % ou 300 % du tarif conventionné, et la concentration de ces suppléments est encore plus préoccupante: 10 % des médecins représentent à eux seuls 43 % des montants supplémentaires facturés. La fixation d'un plafond maximal constitue une mesure de cohésion sociale, car lorsque des prestations sont largement financées par la sécurité sociale, donc par la solidarité collective, il est normal que l'État fixe un cadre afin de garantir l'accessibilité financière des soins pour tous.

Les données de l'AIM montrent une progression continue des suppléments d'honoraires ces dernières années. Notons que la facture moyenne à charge du patient pour une hospitalisation classique en chambre individuelle s'élève à plus de 2 700 euros, soit un montant huit fois plus important que pour une hospitalisation en chambre commune, qui représente 323 euros. Certes, dans de nombreux établissements, en particulier à Bruxelles et en Wallonie, ces suppléments participent directement à l'équilibre financier, mais si on veut rester cohérent, l'accessibilité aux soins est une valeur cardinale et la question des suppléments d'honoraires ne peut servir de paravent pour refuser ce qui constitue une bonne mesure. Demeurent donc des incertitudes concernant la sécurité tarifaire, le projet élargi, les possibilités de facturer des suppléments au moyen de tarifs indicatifs, mais conjuguée au conventionnement partiel – qui est maintenu –, cette mesure crée une incertitude à l'égard des tarifs que le patient devra payer.

Monsieur le ministre, vous avez indiqué que votre réforme aboutira à un nouvel équilibre, mais il est cependant fort probable que les patients devront eux-mêmes prendre en charge une part de plus en plus importante du financement. En conséquence et en dépit de certaines avancées, ces projets de loi-cadre sont empreints de tant de zones d'ombres qu'ils ne nous garantissent pas pleinement l'accessibilité aux soins, raison pour laquelle je ne pourrai pas les soutenir.

01.22 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, er is al heel veel gezegd en voorgelezen.

Het wordt mij ook duidelijk dat deze kaderwet nog altijd niet optimaal begrepen wordt door een aantal collega's. Dat is mij ook opgevallen in heel wat publicaties die we tot nu toe hebben gelezen. Het is een feit dat – mijn collega heeft dat ook gezegd – de kaderwet niet zonder slag of stoot tot stand is gekomen. De eerste versie was een moeilijke versie. Ze strookte niet met het regeerakkoord en is opnieuw onderhandeld.

Dan komt heel duidelijk naar voren waartoe een coalitie dient, waarom een goed werkende regering nodig is en waarom parlementsleden die hun werk doen noodzakelijk zijn. Het komt erop aan tegen elkaar te zeggen dat we op deze of gene manier die wet niet zien zitten. Ik zal het formuleren in de woorden van collega Bertels. We moeten de durf hebben om met elkaar aan tafel te zitten en tot compromissen te komen.

Collega Bertels, u hebt het woord 'durf' een aantal keer gebruikt. Ik verdenk er u niet van naar een andere partij of beweging over te stappen, al kwam die gedachte even in mij op. Uiteraard moeten coalitiepartners niet elke week frietjes gaan eten in hun favoriete frietkot, mijnheer Vandenbroucke, maar ze moeten er wel naar streven tot een compromis te komen dat zowel voor de patiënten als voor de zorgsector aanvaardbaar is. Dat kan alleen door naar elkaar en naar de stakeholders te luisteren.

Toen we in de aanloop naar de onderhandelingen over het regeerakkoord met de stakeholders spraken, klonk inderdaad vaak kritiek op het feit dat er in de vorige legislatuur te weinig dialoog was. Daarom hebben we het woord 'dialoog' expliciet in het regeerakkoord opgenomen: constructieve en continue dialoog. Minister Vandenbroucke ging daarmee akkoord. We hebben dat ook toegepast bij de bespreking van de kaderwet 2.0. We hebben heel vaak samengezeten met de verschillende syndicaten, met vertegenwoordigers en met individuele zorgverstrekkers om tot een geheel te komen waarvoor we misschien niet op de banken staan te springen, maar dat we wel kunnen verdedigen.

Gezondheidszorg is een bevoegdheid die bijna even complex is als het menselijk lichaam. Zodra men eraan begint te werken, kan men op andere vlakken nieuwe mankementen tegenkomen. Het is een bijzonder complex geheel. Binnen dat complexe geheel zijn we tot een akkoord gekomen om deze kaderwet mee goed te keuren en te koppelen aan de andere grote hervormingswerven binnen de gezondheidszorg, want die zijn noodzakelijk als we ervoor willen zorgen dat onze zorgverstrekkers ook in de toekomst hun job kunnen doen in het kader dat zij wensen, namelijk in groepspraktijken, in een wijkgezondheidscentrum, in een ziekenhuis of in een ambulante praktijk, waar ze de innovatie effectief kunnen voelen en kunnen geven aan hun patiënten. Op die manier kunnen we tot een verdere, grondige hervorming van de gezondheidszorg komen.

Ik zal meteen beginnen met het moeilijkste punt, namelijk het RIZIV-nummer dat ingetrokken wordt en waarnaar daarnet ook verwezen is. Mevrouw De Knop – men zou u ook Knopje kunnen noemen als het heel sympathiek moet overkomen – u hebt een vraag gesteld, namelijk wat met de zorgverlener die ter goeder trouw is en die overtuigd is van zijn gelijk?

01.23 Irina De Knop (Anders.): Mevrouw Depoorter, Poortje...

Eerst en vooral, voorzitter, wil ik zeggen dat het toch gepaster is dat we elkaar met het nodige respect blijven behandelen. Ik weet wel dat ik klein van gestalte ben, maar voor de rest mag u gewoon Irina zeggen. Ik heb daar geen probleem mee.

Mevrouw Depoorter, ik heb eigenlijk een vraag voor u. U zei daarnet dat de gezondheidszorg zo complex is als het menselijk lichaam en dat de hervormingen dus cruciaal zijn, dat de hervormingen van de nomenclatuur en van de ziekenhuizen essentieel is en dat u die gekoppeld hebt met elkaar. Wat de supplementen betreft, werd er inderdaad een datum vooropgesteld wanneer de regeling ten vroegste kan ingaan, ook al is dat eigenlijk hoogst onduidelijk. Kunt u me zeggen hoe we die bepaling precies moeten interpreteren? De supplementenpercentages zijn eruit gehaald. Dat is heel goed. Dat is noodzakelijk. Kunt u me evenwel zeggen welke andere elementen van de kaderwet gekoppeld zijn aan die hervormingen? Welke andere elementen in de kaderwet hebben als voorwaarde dat de twee andere hervormingen er komen? Kunt u me precies zeggen in welke artikels in de kaderwet dat staat, of welke die elementen zijn?

01.24 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw De Knop, u mag mij Poortje noemen. Ik heb daar echt geen probleem mee.

Zoals ik heb gezegd, wordt de hervorming van de ereloonsupplementen aan de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering gekoppeld. Dat lijkt mij een heel logische manier om om te gaan met de financiering van de gezondheidszorg. Daar draait het om in deze artikelen van de wetgeving.

Uw vraag was wat er gebeurt met de zorgverlener die te goeder trouw is en overtuigd is van zijn gelijk. Ik heb die vraag ook gekregen van de artsensyndicaten. Als we kijken naar de bepalingen met betrekking tot de sanctionering, dan ziet u heel duidelijk – dat is het grote verschil tussen de eerste vorm van de kaderwet en de tweede vorm van de kaderwet die we hebben onderhandeld – dat het om een juridische procedure gaat, waarbij elke zorgverlener zich tijdens de procedure kan laten bijstaan, waarbij er kan worden onderhandeld en afspraken kunnen worden gemaakt. De zorgverlener kan op dat moment, met het resterende bedrag van 35.000 euro, dat staat in actiepunt 9 van het RIZIV-antifraudeplan, met de feiten van de veelplegers erbij, zeker beroep aantekenen. De normale rechtspleging voor de zorgverlener is dus gegarandeerd.

Ik zei daarnaast dat heel veel zaken nog niet goed begrepen worden of niet duidelijk worden uitgelegd. Dat is een van de punten van kritiek die ik heb op de volledige bespreking en de polemiek die rond de tweede versie van de kaderwet werd gecreëerd.

Met betrekking tot de sanctionering is heel duidelijk bepaald dat een eventuele terugtrekking van een RIZIV-nummer alleen kan als een van de mogelijke straffen wordt opgelegd door een magistraat, door een kamer, door zorgverstrekkers en wanneer het gaat om een bedrag van 35.000 euro waarover men niet tot een akkoord komt. Te allen tijde is een juridische procedure voor de zorgverlener gegarandeerd. In die procedure worden andere zorgverstrekkers en een magistraat betrokken. In de eerste versie stond dat veel vager in de tekst. Dat is nu verankerd in de tekst, waardoor er veel meer geruststelling bij de artsen kan zijn.

Ik constateer één probleem in de discussies die we voeren over de sanctionering van zorgverleners. Iedereen is het erover eens dat het grootste deel van de zorgverstrekkers te goeder trouw werkt. Iedereen is het er ook over eens dat er sancties moeten zijn voor fraudemogelijkheden of fraudegevallen, zoals die van de thuisverpleegkundige van wie 1,6 miljoen euro wordt betwist, of die van de verpleegkundige/arts in Charleroi van wie meer dan 5 miljoen euro aanklaagt. Dat zijn ook de profielen waarvoor deze tekst geschreven is. Het kan toch niet zijn dat we zoveel maatregelen nemen om te besparen in de zorg en om de zorg betaalbaar te houden, maar tegelijk toelaten dat dergelijke fraudezaken zich blijven voordoen. U zegt dat u voorstelt om de maatregel alleen toe te passen in gevallen van fraude waarbij een bepaalde prestatie niet werd uitgevoerd. Wel, in de casussen van 1,6 miljoen en 5 miljoen euro gaat het niet alleen over niet-uitgevoerde prestaties. Het gaat ook om bepaalde randprestaties of randvoorwaarden die niet zijn afgevinkt. Met de maatregel die u voorstelt, zult u er dus niet komen en zullen er nog altijd heel veel discussies zijn.

Wat ik wel een heel belangrijk punt vind om te benadrukken, wanneer we het hebben over dat sanctiemechanisme, is dat de uitvoeringsbesluiten nog moeten worden geformuleerd. Ik heb dat ook gezegd tijdens de bespreking in de commissie. Die uitvoeringsbesluiten moeten garanderen – en dat is ook zo afgesproken – dat degene die bepaalt welke nomenclatuur op welk moment wordt aangerekend, zich zal moeten verantwoorden. Er is het voorbeeld van zorgverstrekkers die in instellingen werken waar er discussie bestaat over een materiaalforfait, of over een bepaalde ingreep en de vraag hoe die al dan niet in de nomenclatuur wordt ingeschreven. Wanneer het de instelling is, wanneer het de verantwoordelijke van de organisatie is, dan moet dat een gedeelde verantwoordelijkheid zijn. Ook daarmee wordt zeker rekening gehouden.

Nog iets, collega's, dat ik ook al in de vorige legislatuur heb gezegd, betreft de evaluatie van de werking van de controlemechanismen van het RIZIV. Die evaluatie is opgenomen in het regeerakkoord en is absoluut noodzakelijk. Ik heb vandaag de cijfers binnengekregen van de controles van de Dienst voor administratieve controle (DAC) aangaande getuigschriften die niet conform zijn. Die controles zijn niet uitgevoerd omdat er geen uitvoeringsbesluiten zijn geformuleerd. Dat zijn zaken die in de vorige legislatuur realiteit zijn geworden en die nu gecontroleerd moeten worden. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) kost 25 miljoen euro per jaar, dus het is essentieel dat die audits gebeuren.

Er is ook heel veel discussie geweest over de begroting en de gezondheidszorgdoelstellingen. Minister

Van Lysebettens, ik heb heel veel ambitie gehoord. U hoeft zich geen zorgen te maken, want u zult de gezondheidszorgdoelstellingen niet zelf moeten formuleren wanneer u minister bent. U zult kunnen rekenen op experts en onafhankelijke academici die de gezondheidszorgdoelstellingen zullen voorleggen. Daarna zult u samen met de ministerraad kunnen beslissen hoe de budgetten zullen worden toegekend, ook in consensus met de mensen van het Verzekeringscomité.

Over de partiële conventie en de bezorgdheden ter zake is hier al heel veel verteld. Ik heb vernomen dat de linkse partijen tegenstander zijn van het bestaan van een partiële conventie. Het is evenwel heel belangrijk dat we ze hebben behouden, omdat dat net voor innovatie en bijvoorbeeld voor de universitaire centra een heel belangrijk gegeven is. Op die manier immers kunnen jonge artsen, maar ook universitaire centra, innoverende therapieën combineren met een privépraktijk.

Het is dan ook belangrijk dat we het amendement steunen van de heer Bacquellaine, dat mevrouw Taton daarnet heeft verdedigd. Conventiëren of niet conventiëren is immers een keuze van de arts. Het is een keuze die de arts maakt conform de afgesproken voorwaarden.

Er kan dan kritiek zijn dat bepaalde toelagen niet meer worden gegeven wanneer een zorgverstrekker niet meer geconventioneerd is. Ik kan alleen maar spreken als geconventioneerde apotheker. Wij hebben geen IT-bijdrage en het lukt ons ook. Bepaalde niet-geconventioneerde artsen zullen nu geen IT-bijdrage meer krijgen, maar dat is in de vele gesprekken die ik met de sector heb gehad, niet echt de prioriteit op het lijstje geweest.

Ook over de maximumfactuur is heel veel gezegd. Daarover is ook heel veel angst onder de patiënten verspreid. Ik heb het daar moeilijk mee. De maximumfactuur is een heel mooie bescherming voor wie kwetsbaar is. Wij hebben ze uitgebreid. De CX-geneesmiddelen komen er nu in voor.

Er is hier een voorbeeld gegeven van een psychiatrische patiënt die lang opgenomen is. Die psychiatrische patiënt zal ook nu de kosten in de maximumfactuur kunnen inbrengen. Zeker voor die kwetsbare profielen is dat een essentiële maatregel.

Die maatregel kost ook geld, maar dat is in consensus beslist. Ze stond ook al in het regeerakkoord.

Innovatie en ondernemerschap zijn voor ons absoluut belangrijk. Met de kaderwet die hier vandaag wordt voorgesteld, hebben we dat ook kunnen garanderen, zeker in combinatie met de dialoog tussen de verschillende specialismen en het RIZIV over de verschillende supplementen.

Ook de discussie over de verhoogde tegemoetkoming vind ik belangrijk. Het armoederisico bedraagt 10,5 % in ons land en 20 % van de mensen geniet een verhoogde tegemoetkoming en daarin zit een onevenwicht. Tussen 2020 en 2024, onder de valdijregering, steeg het aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming met 400.000, namelijk van 2 miljoen naar 2,4 miljoen. Die toename is het gevolg van een verlaging van de drempels voor de toetreding tot de verhoogde tegemoetkoming en van een automatisering van de toekenning ervan. Het is dus toch wel bijzonder dat de partij die destijds de eerste minister leverde, nu kritiek uit en op de barricaden staat en de verhoogde tegemoetkoming problematisch vindt. Uiteraard zijn wij daarin een partner. Kwetsbare mensen moeten geholpen worden en vooral naar een job begeleid worden, zodat ze loskomen van die sociale tarieven en die verhoogde tegemoetkoming.

Voorzitter: Sophie De Wit, oudste lid in jaren.

Président: Sophie De Wit, doyenne d'âge.

Ik kom tot de artsenstakingen. Ik herinner mij een tijd waarin artsen zich niet groepeerden en onderling zeer veel discussies hadden. Ik vind het dan ook erg dapper en correct dat zij zich naar aanleiding van de eerste versie van de kaderwet hebben gegroepeerd, zoals andere beroepsgroepen dat ook doen, en met ons in gesprek zijn gegaan, waardoor we een consensus hebben bereikt.

De geneesmiddelen zijn hier ook aan bod gekomen, waaronder de PPI's die nu niet meer terugbetaald worden. Ik wil de collega's die daarop blijven terugkomen, erop wijzen dat de Daily Defined Dose (DDD) in ons land 189 bedraagt, terwijl de wetenschappelijke richtlijn 90 is. Die maatregel van de arizonaregering is dus te verantwoorden.

Verskillende collega's zijn ook teruggekomen op de bespreking van het Verzekeringscomité. Ik deel hun mening dat dialoog en overleg daarbij essentieel zijn. Bij de discussies in het Verzekeringscomité waren en zijn er altijd afgevaardigden namens de regering, namens de minister van Volksgezondheid en de vice-eersteministers. Daar werd niet vaak echt in dialoog gegaan, maar terugkijkend naar de discussie in december, waarin een besparing werd afgesproken met een bepaald specialisme, kan ik alleen maar vaststellen dat men tot een consensus is gekomen om diezelfde besparing op hetzelfde moment af te spreken. Dat is nu net wat dialoog is. Ik zie dus niet in waarom daarover nog een amendement moet worden ingediend.

De 25 %-regel is belangrijk. We hebben die in het regeerakkoord gezet en die wordt hier inderdaad niet onmiddellijk uitgevoerd. Collega's die daar kritiek op hebben, neem ik even mee terug in de tijd. Die wet werd aangenomen in 2019 en u hebt bijgevolg een volledige legislatuur de tijd gehad om dat in orde te brengen. Het is niet zo dat u geen steun had van de oppositie. De N-VA zat in de oppositie en een hele legislatuur hebben we erom gevraagd. Wat hebt u dan in die regering gedaan? Ik weet dat het niet altijd evident is om overeen te komen en de durf te hebben om tot een consensus te komen en compromissen te bereiken. Dat is nu wel het verschil tussen de vivaldiregering en de arizonaregering. We zitten aan tafel, we slaan met de vuist op tafel en die 25 %-regel zal er komen. We hebben nog drie jaar tijd om die te realiseren. Ik vind het toch wel jammer dat u al die kansen hebt laten schieten.

In die context denk ik ook aan de discussie over de indexering. Ik herinner mij nog goed dat ik mijn personeel in 2022 vijf loonindexeringen op een rij heb moeten geven. Als zelfstandig zorgverstrekker vond ik dat echt duur. Weet u echter met hoeveel de honoraria toen geïndexeerd werden? Met 0,73 %. Vivaldi heeft dus heel sterk onderhandeld met de zorgverstrekkers! Nu werpt u zich op als de ridder op het witte paard voor de zorgverleners. U zou zich moeten schamen. U hebt vijf jaar lang niets, werkelijk niets voor die zorgverstrekkers gedaan en nu komt u ons hier de les spellen. Ik vind dat eigenlijk wel hallucinant.

Ik zie dat u vragen hebt, collega. Ik zal die met veel plezier beantwoorden.

Tot besluit, ik ben ervan overtuigd dat iedereen die in de commissie voor Gezondheid zit, hoe groot onze ideologische verschillen ook zijn, een directe link met de gezondheidszorg heeft. We doen het allemaal voor onze patiënten. We willen allemaal dat de gezondheidszorg op een duurzame manier wordt georganiseerd, maar we moeten wel eerlijk blijven. Als we echt denken dat we moeten zeggen dat iemand anders helemaal fout zit, dan kijken we beter eerst eens in eigen boezem.

De **voorzitter**: Ik geef dadelijk mevrouw Sneppe het woord, maar ik denk dat mevrouw De Knop nog even wenst te reageren.

01.25 Irina De Knop (Anders.): Ik wil even reageren op de aanvallen die mijn richting uitkomen. Ik vind dat eigenlijk opmerkelijk, mevrouw Depoorter, want in essentie zijn wij het over heel veel dingen eens. Alleen maken jullie deze keer deel uit van de meerderheid en zitten wij in de oppositie. Onze rollen zijn dus omgekeerd. Ik denk dat het normaal is dat wij zaken aankaarten en dat op een scherpere manier doen dan u.

Ik keer terug naar een aantal feiten. We hadden het daarnet over het RIZIV-nummer en de mogelijke intrekking daarvan. Met ons amendement willen we duidelijke gevallen van fraude aanpakken. U verwijst naar een aantal exceptionele casussen die inderdaad over zeer grote bedragen gaan, maar ik vergis mij toch niet als ik u naar aanleiding van die casussen hier in de plenaire vergadering tegen minister Vandenbroucke heb horen zeggen dat er binnen het RIZIV heel veel sanctiemechanismen bestaan die perfect hadden kunnen worden toegepast, maar dat dat onvoldoende is gebeurd en dat het nog altijd de rechterlijke macht toekomt om daarin verder initiatief te nemen.

Mevrouw Depoorter, wij hebben er eerder vertrouwen in om die weg verder te bewandelen dan om minister Vandenbroucke een vrijgeleide te geven om via een uitbreiding van de interpretatiemogelijkheden voor het RIZIV mensen mogelijk te bestraffen, zelfs wanneer zij geen fraude hebben gepleegd.

Ik heb goed geluisterd. U hebt een aantal waarborgen in het systeem kunnen inbouwen. U hebt trouwens heel wat tijd nodig gehad om uit te leggen wat die waarborgen precies zijn. Laten we een kat een kat noemen. U hebt het een beetje kunnen afvlijen, dat is uw verdienste, proficiat daarvoor, maar

dat neemt niet weg dat wij vanuit de oppositie iets scherper kunnen zijn. Daarom hebben wij een amendement ingediend om dat nog scherper te stellen en om duidelijk te maken dat men niet met een kanon op een mug moet schieten.

Ik kom graag ook even terug op mijn andere vraag. Ik had u gevraagd welke maatregelen, behalve de supplementen, u uit de kaderwet hebt kunnen halen. Welke andere elementen gaan niet door?

Ik vroeg dat natuurlijk omdat er andere dingen wel overeind blijven in de kaderwet. Ik denk dan aan de conventiestatus, de richttarieven, de premies, de indexering, de 25 %-regel en de beroepsorganisaties. Daar hebben wij toch een aantal fundamentele opmerkingen over. We betreuren dat die elementen er wel in staan, terwijl het hele huis nog niet gebouwd is en alle hervormingen er nog niet staan.

Als uitsmijter wil ik het nog even hebben over de indexeringen. Ik had het niet over de indexering van lonen of van prestaties, maar wel degelijk over wat in de kaderwet staat, met name dat men geen indexeringen wil toestaan aan een aantal artsorganisaties of beroepsverenigingen als ze niet in voldoende mate geconventioneerd zijn. Wij vinden het unfair dat de middelen van die mensen ingeperkt worden afhankelijk van wat de minister wil dat ze bereiken. U mag daarop reageren, maar laten we daarin toch correct blijven.

De 25 %-regel had inderdaad al uitgevoerd moeten zijn in de vorige legislatuur, maar er waren blijkbaar onvoldoende middelen voor. U schrijft dat nu wel expliciet in uw kaderwet in. Wij hebben als kritiek daarop dat het nog altijd niet duidelijk is wanneer het van kracht wordt. Dat is onze enige vorm van kritiek.

Tot slot, ik lees tussen de regels. Ik weet dat jullie even ongerust zijn over de hervormingen in deze kaderwet als wijzelf.

01.26 Kathleen Depoorter (N-VA): Collega De Knop, het is altijd moeilijk om te spreken voor iemand anders. Die ongerustheid bestond inderdaad. We zijn rond de tafel gaan zitten en hebben verandering bepleit en bekomen. Er zijn heel veel hefbomen op het vlak van sanctionering in het RIZIV. Dat heb ik altijd verdedigd en dat zal ik ook altijd blijven doen. Ik stel wel vast dat die hefbomen niet allemaal gebruikt zijn. Ik herhaal dat de maatregel om het RIZIV-nummer te schorsen voor veelplegers en voor bedragen vanaf 35.000 euro nu ingeschreven is in het actieplan van het RIZIV en dat dit enkel in uitzonderlijke gevallen zal worden toegepast.

Voorzitter: Peter De Roover, voorzitter.

Président: Peter De Roover, président.

U blijft in hetzelfde fakenieuwsverhaal zitten, want u eindigt uw betoog met te zeggen dat we een vrijeleide geven aan minister Vandenbroucke voor sanctioneringen. Dat klopt niet, dat hebben we niet toegestaan en dat zullen we ook niet toestaan. Als u dat verkondigt, dan verkondigt u onwaarheden, want er staat heel duidelijk in de wet dat het een juridische procedure is en dat die procedure gevolgd moet worden. Wanneer u zou spreken met de mensen uit het veld, met de mensen die effectief werken in de DGEC en die procedures met de DGEC hebben uitgevoerd, dan zouden zij u dat ook bevestigen. Als u een beroepsgroep wil verdedigen, dan siert het u echt niet om daarbij onwaarheden te vertellen.

Ik heb nog iets opgeschreven over de conventiestatus dat ik niet meer kan lezen, waaruit nog altijd mijn beroepsmisvorming blijkt, maar ik denk dat ik het daarover al heb gehad.

In elk geval blijven de discussies over volksgezondheid boeiend.

De voorzitter: Ik denk dat u een debat over zorgverstrekkers passend afsluit door te zeggen dat u uw geschrift niet kunt lezen.

Ik geef het woord aan mevrouw Sneppe.

01.27 Dominiek Sneppe (VB): Collega's, ik zal een paar keer in herhaling moeten vallen. Dat is helaas zo wanneer men als laatste aan de beurt komt.

Ik viel bijna van mijn stoel daarnet toen ik minister Depoorter aan het woord hoorde. Wat een verschil.

Vroeger was het Kathleen Depoorter, ook Katje genoemd. Katje had nog klauwen en tanden. Nu is het Poortje geworden. De klauwen en de tanden zijn uitgetrokken. Ze vertelt een kumbayaverhaal, het lijkt bijna alsof rode rozenblaadjes uit de hemel naar beneden vallen. Wat een metamorfose, Poortje toch.

Goed, alle gekheid op een stokje, collega's. De kaderwet was de aanleiding waarom de artsen na meer dan 40 jaar nog eens staakten. Dat is niet iets wat artsen gewoon zijn te doen. Blijkbaar was die kaderwet toch wel de druppel die de emmer deed overlopen. Men stelt dat de kaderwet zorgt voor modernisering, tariefzekerheid, bescherming van de patiënt en bestrijding van fraude. Als men de tekst goed leest, als men de bespreking in de commissie en ondertussen ook hier in de plenaire vergadering heeft gevolgd en als men luistert naar de ongerustheid op het terrein, dan gaat het toch wel over iets anders. Als het al een modernisering zou zijn, dan is het geen modernisering die vertrekt vanuit vertrouwen, dat mag duidelijk zijn. Het is een verschuiving naar controle, naar dwang, naar delegatie van macht aan de Koning, lees dus aan de minister, de regering en de subminister. Een gezondheidszorg die vandaag al onder druk staat, heeft nood aan duidelijkheid, overleg, correcte financiering en respect voor wie elke dag zorg verstrekt. Precies daar schieten die kaderwetten – het zijn er twee – tekort.

Ik wil nog even het begin van het dossier in herinnering brengen. Hoe werd het behandeld in de commissie? Er waren vragen van mevrouw Bury over de verplichte evenredigheidsstoets, die ze hier in de plenaire vergadering nog eens heeft herhaald. Er waren vragen over de consultatie van het werkveld. Ook hier waren er vragen over de rol van de medeondertekenaar, namelijk de minister van Justitie, die nu spoorloos is. Er waren vragen over de correcte naleving van de wettelijke verplichting door de regering. Die vragen werden in de commissie gesteld, maar niet of onvoldoende beantwoord. Toen mevrouw De Knop vroeg om hoorzittingen te organiseren met artsen en beroepsorganisaties, mocht dat niet van de meerderheid. Er bestond geen consensus over, er moest over worden gestemd meerderheid tegen minderheid en dus kwamen er geen hoorzittingen. Tot daar dus het overlegmodel, terwijl het hier wel gaat over hervormingen die rechtstreeks ingrijpen op de werking van zorgverleners, op de betaalbaarheid voor patiënten en ook op het overlegmodel in onze gezondheidszorg.

Collega's, als men zulke ingrijpende hervormingen wil doorvoeren, moet men ernstig overleg organiseren. Dan organiseert men hoorzittingen. Dan luistert men naar de mensen op het terrein. Dan legt men de proportionaliteit van elke maatregel grondig uit. Dat is niet of nauwelijks gebeurd. Doen alsof alle bezorgdheden zijn weggewerkt, doet de waarheid geweld aan, dat is echt een kumbayaverhaal. Ze zijn niet weggewerkt, integendeel.

De eerste grote fout in deze kaderwet, althans volgens het Vlaams Belang, is dat het sociaal overleg in de gezondheidszorg wordt uitgehold, nagenoeg afgeschaft en eigenlijk in de kiem gesmoord. De minister noemt de opdrachtbrief een instrument om richting te geven. In werkelijkheid wordt de opdrachtbrief een eenzijdig kader dat voor het overleg wordt opgelegd. Zorgverleners en ziekenfondsen mogen daarna nog overleggen, maar alleen binnen dat kader.

Is dat het sociaal overleg zoals de socialisten dat zien? Is dat hoe de N-VA en Les Engagés het zien? Blijkbaar is dat het sociaal overleg zoals deze regering–De Wever, met minister Vandenbroucke en mevrouw Depoorter, het ziet. Dat is overleg onder voogdij. Dat is overleg met de rem op. Wat het Vlaams Belang betreft, is dat totaal geen overleg. Collega's, wanneer er geen akkoord komt, krijgt de regering op verschillende punten de mogelijkheid om zelf knopen door te hakken. Tot daar dus de evenwichtige modernisering van het overlegmodel. Tot daar dus ook het medebeheer van artsen en zorgverleners.

Mijnheer de minister, mevrouw de minister, als u zegt dat u tariefzekerheid wilt, dan moet u er ook voor zorgen dat er vertrouwen is. Tariefzekerheid bouwt men immers op door vertrouwen tussen overheid, zorgverleners en patiënten op te bouwen. Tariefzekerheid bouwt men op door de nomenclatuur te moderniseren, door prestaties correct te vergoeden, door in overleg duidelijke regels te maken en door zorgverleners niet financieel te sanctioneren omdat ze niet in een onwerkbaar model willen stappen. We hebben het hier al gehoord, waar blijft de hervorming van de nomenclatuur? Mijn indruk is dat hier af en toe inderdaad aan een draadje wordt getrokken. Ik vrees dat die nomenclatuurhervorming er niet op tijd zal komen.

Hier en daar wordt een trofee behaald, een pluim op de hoed van de minister, een pluim op de hoed van een andere regeringspartij. De hervorming van het volledige plaatje zien we echter nog niet.

Over conventionering is ook al veel gezegd. De hervorming wordt hier verkocht als meer duidelijkheid voor de patiënt, maar wat krijgt de patiënt werkelijk? Gedeeltelijke conventionering blijft bestaan. Een arts of een tandarts kan op het ene moment geconventioneerd zijn en op een ander moment niet, op de ene plaats wel en op de andere plaats niet. Voor patiënten is dat bijzonder moeilijk te begrijpen. Ze willen gewoon weten wat hun zorg zal kosten, of ze die zorg kunnen betalen, of ze achteraf nog geconfronteerd zullen worden met supplementen of niet. Die gedeeltelijke conventionering is trouwens ook discriminerend tegenover andere zorgverleners die de gedeeltelijke conventionering niet mogen toepassen. Er is dus geen duidelijkheid voor de patiënt.

De combinatie van gedeeltelijke conventionering, richttarieven, bijzondere eisen en supplementen maakt het systeem nog complexer. Zelfs in de commissie werd erkend, ook door de minister, dat dat vragen oproept over de tarieven die patiënten uiteindelijk zullen moeten betalen.

Mijnheer Bertels, ook de richttarieven blijven problematisch. Wat is het nu? Zijn ze al dan niet tijdelijk? Ik meende dat in de wet 'tijdelijke' richttarieven stonden. U hebt hier de *slippery slope* aangehaald. Zijn de richttarieven al dan niet tijdelijk? In de tekst staat 'tijdelijk', maar blijkt ook dat niet meer duidelijk.

De minister verklaarde dat de richttarieven geen supplementen zijn, maar voor de patiënt voelt dat onderscheid heel theoretisch aan. Als de patiënt meer moet betalen dan het klassieke tarief, is de vraag niet hoe dat wordt genoemd, de vraag is gewoon wie de rekening betaalt.

Collega's, volgens ons wringt daar het schoentje. De richttarieven worden meegenomen in de maximumfactuur. Dat kan in eerste instantie inderdaad patiëntvriendelijk lijken, maar tegelijkertijd verschuiven daardoor ook kosten die vandaag deels door de patiënten of door de privéverzekering worden gedragen naar de ziekteverzekering. De minister heeft zelf in de commissie aangegeven dat hij daarvoor nog budgettaire middelen moet zoeken.

Met andere woorden, we mogen straks of morgen stemmen over een systeem waarvan de budgettaire impact niet helder is, waarvan de financiering niet is gegarandeerd en waarvan de nadere visie pas later zal worden uitgewerkt. De minister vraagt het Verzekeringscomité zelfs om tegen oktober 2027 een reflectiedocument te maken over het gebruik van flexibele richttarieven. Dat is de wereld op zijn kop. Eerst wordt de wet gemaakt en pas daarna zal worden nagedacht over de visie. Dat betekent dus een blanco cheque.

Ook over de indexmassa is al heel veel gezegd. De indexmassa wordt in de kaderwet gebruikt als een drukkingsmiddel. Indexering is voor ons bedoeld om inflatie te corrigeren. Ze is geen bonus en geen straf. Niettemin wordt ze hier gekoppeld aan de aanvaarding van de conventie. Sectoren die niet aan de gewenste conventiegraad voldoen, kunnen de toegang tot de indexmassa verliezen of kunnen ze uitgesteld zien. Daardoor worden de wel geconventioneerde collega's mee gestraft met de niet-geconventioneerde collega's. Dat lijkt ons niet eerlijk.

Dat alles komt uit het brein van een socialistische minister, in overleg met een N-VA-minister of -subminister. Socialisten à la Conner Rousseau maar ook minister Vandenbroucke roep toeteren te pas en te onpas dat er niet mag worden geraakt aan de index. Dat is inderdaad juist. Daaraan mag niet worden geraakt. De index is er voor iedereen en dus toch ook voor de zorgverleners, naar ik vermoed. Zijn sommige Belgen voor de regering-De Wever-Vandenbroucke-Depoorter dan misschien toch minder gelukkig dan anderen?

Mijnheer de minister, over die indexmassa blijf ik met een cruciale vraag zitten. Wat gebeurt er als een sector in jaar X niet aan de voorwaarden voldoet, maar in jaar X+1 wel? Krijgt die sector dan de volledige gereserveerde indexmassa? Is er een maximumtermijn? Kan die massa verdampen? Wie beslist daarover en op basis van welke criteria?

U verwees in de commissie naar de kinesitherapeuten, voor wie de indexmassa on hold werd gezet. Er zou in de sector worden geïnvesteerd op het moment dat ze de conventie wel aanvaardden. Ondertussen hebben de kinesisten de laatste conventie aanvaard. Waar is hun gereserveerde indexmassa, mijnheer de minister? Wanneer en waarin is dat geïnvesteerd? Het gaat over de financiële leefbaarheid van zorgverleners en praktijken, dat is dus geen detail, maar ik kreeg daarop nog altijd

geen volledig of afdoend antwoord.

Een ander punt dat hier werd aangeraakt, is de 25 %-regel bij niet-geconventioneerde zorgverleners. Dat staat al sinds de vorige legislatuur op de agenda. Nooit werd de moed of de durf gevonden om dat koninklijk besluit uit te voeren, zodat die discriminerende regel wordt afgeschaft.

Ondertussen hebben wij een wetsvoorstel ter zake ingediend, maar er is blijkbaar te weinig durf of moed van de meerderheid, maar ook van de andere partijen. Collega De Knop is even weg, maar het is toch wel een beetje hypocriet om zelf een amendement in te dienen om de 25%-regel af te schaffen en dan tegen ons voorstel te stemmen.

De minister lijkt in deze kaderwet de deur open te zetten voor de afschaffing, maar de inwerkingtreding wordt toch weer gedelegeerd. Daardoor blijft het onzeker wanneer en of die afschaffing er daadwerkelijk komt. In de commissie heb ik er al op gewezen dat die regel nadelig is voor de patiënt. De budgettaire impact van ons wetsvoorstel werd door het Rekenhof op 84 miljoen euro geraamd. De drogreden waarom die regel nog niet is afgeschaft, was altijd de kostprijs: men wist het nog niet, men moest voorzichtig zijn; maar nu weten we het wel. We weten dat het om 84 miljoen euro gaat.

Waarom wordt er dan geen duidelijke datum in de wet opgenomen? Waarom opnieuw die delegatie? Waarom opnieuw onzekerheid? Wanneer zal de tijd eindelijk rijp zijn om het wel te doen? Als het tijdens de vorige legislatuur niet kon, waarom zou het nu wel kunnen? U strooit zand in de ogen van de zorgberoepen die aan die regel onderhevig zijn.

Ik wil nog eens terugkomen op de afschaffing van artikel 43 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Daarover heb ik vandaag nog niets gehoord. Het lijkt misschien een detail, maar in onze visie als nationalisten is dat allerminst het geval. Voor ons raakt dat aan de essentie van een betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

Omdat de streekovereenkomsten in de praktijk nooit hebben gewerkt – zo zegt u – schaft u ze af. Ze stonden in de wet, maar ze hebben volgens u eigenlijk nooit gefunctioneerd. Mijnheer de minister, u stelt zich niet eens de vraag waarom die streekovereenkomsten nooit hebben gewerkt. U wilt ze ook niet hervormen zodat ze wel zouden werken. Nee, u schaft ze gewoon af.

Collega's, als u vandaag artikel 43 van die wet leest, stoot u op een bepaling die op het eerste gezicht inderdaad uit een andere tijd lijkt te komen. Niets is echter minder waar. Het artikel bepaalt dat, indien er op nationaal niveau geen overeenkomst bestaat met bepaalde zorgverleners of diensten, verzekeringsinstellingen en representatieve gewestelijke beroepsverenigingen streekovereenkomsten kunnen onderhandelen en sluiten.

Mijnheer de minister, als u zoveel mogelijk geconventioneerde zorgverleners wilt, dan vraag ik mij af waarom u de streekovereenkomsten opblaast. U zou ze net nieuw leven moeten inblazen, want als het op nationaal vlak niet lukt, kunt u tenminste nog zorgverleners uit een bepaalde streek mee in het bad krijgen.

Collega's, ik wil u meenemen op een tocht door de geschiedenis. Mijn excuses als het wat technisch wordt, maar het onderwerp is belangrijk genoeg om er even bij stil te staan. Een terugblik op de ontstaansgeschiedenis leert dat artikel 43 meer is dan een overbodig relikwie. Het bouwt voort op het vroegere artikel 28 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het is dus een voortzetting van een vroegere keuze van de wetgever ten tijde van minister van Sociale Voorzorg Edmond Leburton, een Waalse socialist, om naast nationale overeenkomsten ook territoriaal begrensde overeenkomsten mogelijk te maken. Die historische lijn is belangrijk omdat ze aantoonde dat de territoriale differentiatie geen louter toevallig zijsprongetje was. De wetgever heeft destijds doelbewust een alternatief, aanvullend niveau onder het nationale niveau ingebouwd.

Dat blijkt ook duidelijk uit de parlementaire voorbereiding. In het Senaatsverslag van 1963 over het oorspronkelijke artikel 28 wordt uitdrukkelijk gesproken over nationale overeenkomsten en over gewestelijke of regionale overeenkomsten. Nog belangrijker is de verduidelijking dat een gewestelijke

overeenkomst vanzelfsprekend alleen geldt voor de streek waarvoor ze werd afgesloten. Daarmee wordt zwart op wit bevestigd dat de wetgever een territoriaal afgebakend toepassingsgebied onder het nationale niveau voor ogen had.

Dat betekent uiteraard niet dat de parlementaire voorbereiding al verwees naar de huidige constitutionele gewesten in hun staatsrechtelijke betekenis. Het Senaatsverslag dateert immers van 1963, dus van vóór de staatshervorming van 1970, die de gewesten grondwettelijk heeft verankerd. Het verslag toont echter wel aan dat de termen 'streek', 'regionaal' en 'gewestelijk' toen in elkaars verlengde werden gebruikt, in de betekenis van een territoriaal afgebakend gebied waarvoor een overeenkomst kon gelden.

Dat maakt het moeilijk om artikel 43 af te doen als een louter lege of betekenisloze bepaling. De basisgedachte is juist opmerkelijk helder: als het nationale niveau tekortschiet, moet een lager territoriaal niveau een oplossing kunnen bieden.

De vraag is dus niet alleen of streekovereenkomsten ooit werden toegepast. De belangrijke vraag is of territoriaal gedifferentieerde afspraken vandaag nog nuttig kunnen zijn. Daarvoor bestaan wel degelijk aanwijzingen. De Belgische gezondheidszorg wordt in de praktijk al lang niet meer volledig uniform vanuit één centraal niveau georganiseerd. Zeker op het vlak van preventie en organisatie van de zorg bestaan er duidelijke verschillen tussen de deelentiteiten. Dat toont aan dat het gezondheidsbeleid in de praktijk al een territoriale component heeft. Dat betekent ook dat de basisintuïtie achter artikel 43 vandaag nog steeds nut heeft. Denk aan situaties waarin een nationale overeenkomst uitblijft, terwijl een afgebakende regio met een acute schaarste of met een specifiek organisatorisch probleem kampt. Denk ook aan gebieden waar de spreiding van zorgverleners, de vergrijzing van de bevolking of de bereikbaarheid van praktijken aanzienlijk verschilt van het nationale gemiddelde. In zulke gevallen kan een zuiver nationaal model te grofmazig zijn. Artikel 43 bood historisch net een opening om daar juridisch op in te spelen. Artikel 43 is dus niet overbodig. Het is nog steeds nuttig, maar het werd inderdaad nooit gebruikt en ook nooit gemoderniseerd.

Dat artikel 43 is wel degelijk nog betekenisvol, maar het is onvoltooid. Het is betekenisvol, omdat het een bewuste veiligheidsklep voor territoriaal maatwerk bevat en het is onvoltooid, omdat het in het midden laat hoe dat maatwerk precies moet worden afgebakend. Vanuit die vaststelling zijn in feite twee antwoorden mogelijk.

Enerzijds kan men – zoals de minister doet – zeggen dat het artikel moet worden afgeschaft, omdat het heeft nooit gewerkt en geen nut heeft. Anderzijds kan men het artikel ook behouden, maar het hervormen, het moderniseren en het aanpassen aan de huidige constitutionele en institutionele situatie. Dat is meer de visie van het Vlaams Belang.

Het tweede scenario lijkt het beste, als we de N-VA inderdaad nog altijd mogen geloven met betrekking tot die Vlaamse gezondheidszorg – een gezondheidszorg op regionaal niveau – in plaats van een federale, gecentraliseerde gezondheidszorg. Helaas is ook dat vooral een verhaal van kumbaya en rozenblaadjes. Ook daarin laat de N-VA zich weer strikken door de socialist Vandenbroucke. We hebben een amendement ingediend om dat artikel niet te schrappen, maar het op te frissen en aan te passen aan de huidige context.

Een vierde punt is de opschorting van het RIZIV-nummer. Daarover is inderdaad al heel veel gezegd en geschreven. Om het nog eens duidelijk te stellen: echte fraude moet worden aangepakt. Wie bewust prestaties aanrekent die niet geleverd werden, wie bewust fraudeert, wie het systeem misbruikt, moet worden gestraft. Daarover is inderdaad geen discussie.

In de kaderwet stellen we evenwel vast dat de opschorting van het RIZIV-nummer een bijzonder zware maatregel is. Een zorgverlener kan in dat geval geen attesten meer afleveren. Zijn inkomen wordt op nul gezet. Hij wordt eigenlijk gebroodroofd. We doen dat zelfs voor de grootste criminelen niet. De opschorting raakt niet alleen de zorgverlener – die geen enkel inkomen meer heeft – maar ook de patiënt, die niet meer terecht kan bij de zorgverlener voor terugbetaalde zorg. Dat kan dus leiden tot een continuïteitsbreuk van de zorg.

Precies daarom moet de maatregel beperkt worden tot manifeste fraude. U hebt daarop ook de nadruk gelegd, collega Depoorter, maar er staat nergens in de tekst dat het enkel en alleen over die manifest

zware fraude gaat. Niet geleverde prestaties of prestaties geleverd tijdens een beroepsverbod moeten inderdaad worden aangepakt. Dat was ook de bedoeling van het amendement van collega De Knop, met name de toepassing beperken tot artikel 73*bis*, eerste lid. U zegt dat er werd overlegd, maar volgens mij is de vraag van het terrein om het RIZIV-nummer alleen te schorsen voor die zware gevallen. Dat is echter niet wat in de tekst staat. De andere bepalingen in artikel 73*bis*, tweede lid tot vierde lid, gaan over interpretatieproblemen in de nomenclatuur. Laat nu net die nomenclatuur niet zo duidelijk zijn.

Kortom, collega Depoorter, als u pertinent zegt dat het alleen over de zware gevallen gaat, is dat *fake news*. Dat klopt niet, want het staat zo niet in de tekst. U zei dat het alleen maar bedoeld is voor de zware gevallen. Dat klopt niet, want dan zou er staan: "De toepassing wordt beperkt tot artikel 73*bis*, eerste lid". Het tweede tot en met vierde lid van dat artikel gaan immers over interpretatieproblemen van de nomenclatuur. Dat heeft niks te maken met zware fraude, maar met misverstanden en interpretatieverschillen.

De **voorzitter**: Collega's, gelet op het vergevorderde uur is het misschien nuttig om de debatten vlot te laten verlopen.

Mevrouw Depoorter, u vraagt het woord?

01.28 Kathleen Depoorter (N-VA): Collega Sneyens, we hebben dat al herhaaldelijk gezegd, ook in de commissie. Ik heb de zin die u nu citeert, ook besproken met de artsensyndicaten, want het zijn zij die dat blijven herhalen. In de toelichting en bij de bespreking van de wet is het duidelijk gebleken dat het moet gaan over een bedrag van 35.000 euro en wordt er verwezen naar het actiepunt nr. 9 van het RIZIV-fraudeplan. Als u zich goed laat inlichten, dan zult u vaststellen dat de bespreking van de wet ook een juridische basis is.

01.29 Dominiek Sneyens (VB): Dat interpreteer ik niet op die manier. Ook de zorgverstrekkers die mij hebben gecontacteerd, interpreteren dat niet op die manier. Er is dus nog werk aan de winkel. Zoals het hier staat, is dat *fake news*.

Een thuisverpleegkundige die een andere interpretatie heeft van een nomenclatuurnummer, kan er dus worden uitgeplukt en erop worden gewezen dat hij of zij fout zit, waarna zijn of haar RIZIV-nummer wordt afgenomen. Ik heb het nu over artikel 73*bis*, tweede lid tot vierde lid. Dat gaat niet over zware fraude. Al is het natuurlijk wel zo dat we dat, mocht dat herhaaldelijk gebeuren, als recidive kunnen bestempelen.

Een en ander leidt alleszins tot grote bezorgdheid op het terrein, omdat de zorgverstrekkers op den duur meer bezig zijn met het wikken en wegen van wat zij nog mogen doen, dan met de effectieve zorg.

Als u stelt dat de maatregel alleen bedoeld is voor zware fraude en recidive, dan moet u dat ook expliciet in de wet schrijven. Ik heb dat er niet in gelezen. Als u stelt dat zorgverleners die te goeder trouw zijn, worden beschermd, dan dient u ook te omschrijven wat te goeder trouw betekent. Als u aangeeft dat interpretatieproblemen in de nomenclatuur geen aanleiding zullen geven tot zware sancties, dan moet dat juridisch worden verankerd. Dat is allemaal perfect mogelijk, maar dat is niet wat in de voorliggende tekst staat.

U maakt het leven van onze zorgverstrekkers onmogelijk. U maakt het voor hen onmogelijk om hun mooie beroep nog met hart en ziel uit te oefenen.

Ik zie dat de minister niet meer aanwezig is. Hij stelt dat hij de patiënt wil beschermen. De patiënt is echter helemaal niet geholpen met minder zorgverleners. Door dergelijke maatregelen verlaten zorgverleners de zorg. De patiënt is niet geholpen met onzekerheid over tarieven. De patiënt is ook niet geholpen met een systeem waarin zorgverleners afhaken, zich terugtrekken of naar het buitenland vertrekken, omdat ze het vertrouwen in het beleid verliezen.

Mijnheer de voorzitter, waar is de minister?

De **voorzitter**: Er wordt mij ingefluisterd dat hij een plaspauze heeft ingelast.

01.30 Dominiek Sneppe (VB): Betaalbare zorg vraagt een correcte terugbetaling, een actuele nomenclatuur – waarop we nog steeds wachten –, transparante tarieven, die ook niet in deze kaderwet naar voren komen, voldoende geconventioneerde zorgverleners in elke regio en een overheid die niet alleen zegt dat ze overlegt, maar dat ook werkelijk doet.

De **voorzitter:** De minister heeft zich goed voorbereid. Ik geef hem graag het woord om te reageren.

01.31 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte leden, dank u wel voor dit interessante debat.

Ik zal het niet te lang maken en op de hoofdlijnen reageren. Er zijn veel nuttige verklaringen geweest, met goede argumenten.

Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat onze gezondheidszorg een bijzonder kostbaar goed is waarin we moeten investeren en blijven investeren. Dat is echter niet hetzelfde als zeggen dat we zomaar geld geven zodra iemand daarom vraagt.

Soms hoor ik, zowel op het terrein als in dit debat, dat het enige probleem zou zijn dat er voldoende financiering moet komen. Uiteraard moet er voldoende financiering zijn, maar soms moeten ook zaken worden hervormd, zodat het geld beter wordt gebruikt. Het gaat dus om een verhaal van investeren én hervormen. Daarom is dit ook een hervormingswet. Hervormen is onder meer nodig om ervoor te zorgen dat de spelregels van de ziekteverzekering, die de solidariteit moeten organiseren, daadwerkelijk worden toegepast en gehandhaafd. Dat is noodzakelijk. We moeten die solidariteit zorgvuldig bewaken en dus ook toezien op de correcte toepassing van de regels.

Dat betekent inderdaad dat we aan een zeer kleine minderheid van mensen in dat systeem, van wie we af en toe sporen zien en die zware en systematische inbreuken plegen, moeten kunnen zeggen dat het stopt, dat ze niet langer kunnen factureren aan de ziekteverzekering. Daarover gaat de hele discussie over de RIZIV-nummers.

Ik moet toch zeggen dat ik, samen met mevrouw Depoorter, verbaasd ben over wat hier wordt verteld. Er wordt inderdaad *fake news* verspreid. Een RIZIV-nummer opschorten gebeurt via een juridische procedure voor een rechtbank waarin de beroepsgroep vertegenwoordigd is, waarbij beroep mogelijk is en waarbij ernstige feiten van een zekere omvang moeten worden aangetoond. Daarover gaat het.

Het is dus volstrekt onjuist te beweren dat de minister zelf zou beslissen om een nummer in te trekken. Dat is hier helemaal niet aan de orde. Dat is zelfs nooit gevraagd, omdat dat een bijzonder slecht idee zou zijn. Wat wel nodig is, is een correcte juridische procedure die toelaat op te treden tegen mensen die niet alleen de kantjes eraf lopen, maar ernstige en aanhoudende inbreuken plegen. Die mensen moeten we kunnen stoppen.

We moeten ook spelregels veranderen. Het hervormen gaat ook over de spelregels die ervoor zorgen dat de gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar is en dat er zekerheid is met betrekking tot de tarieven.

Mevrouw De Knop, ik ben het oneens met een aantal zaken die u hebt gezegd, maar u hebt ook iets gezegd waarmee ik het wel eens ben en dat heel juist is, namelijk dat deze hervormingswet een kantelpunt is. U hebt daar gelijk in, maar het is een kantelpunt ten goede. Het is een pragmatisch ontwerp, maar met een heel duidelijk doel, namelijk betaalbaarheid en tariefzekerheid door ervoor te zorgen dat voldoende zorgverleners positief gemotiveerd zijn om toe te treden tot conventies en dat de tarieven die daarin afgesproken worden echt de spil van het systeem zijn.

Madame Désir, je ne suis pas d'accord avec vous lorsque vous dites que cela crée de l'incertitude pour les patients et que cela va nuire au système de conventionnement. C'est bien le contraire, par le principe même.

Eenzijds zetten we immers meer mensen aan om zich te conventioneren en anderzijds zal de vrijheid blijven bestaan om dat niet te doen, maar hun vrijheid om dan eender wat te doen, zal stoppen.

Daarin is dit een kantelpunt. Ik wil het nog wat preciezer zeggen, want ik vind dat belangrijk. We zullen het aantrekkelijker maken om zich te conventioneren. We zullen de motivatie om toe te treden tot een

conventie, om toe te treden tot de verbintenis van tarieven die zekerheid geven aan de patiënt, sterker maken. Via de premies die we geven, willen we daar sterker op inzetten, als aanmoediging om toe te treden tot een systeem van zekere verbintenistarieven.

Tegelijkertijd willen we meer flexibiliteit mogelijk maken binnen die verbintenistarieven. Ik vind dat verhaal van de richttarieven zeer verdedigbaar. Het is inderdaad meer flexibiliteit mogelijk maken binnen de verbintenistarieven. Buiten die verbintenistarieven, voor iemand die niet wil toetreden, zal er minder flexibiliteit zijn.

Dat is het evenwicht. Dat is een zeer faire keuze. Het is een hervorming waarbij we binnen het systeem van de verbintenistarieven, op basis van onderhandelingen tussen de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen, zeggen voor welke bepaalde prestaties, die vandaag nog niet voldoende vergoed worden, er wat meer vrijheid kan worden gegeven inzake wat men aanreken, binnen limieten. De patiënten zullen daardoor beschermd worden door de maximumfactuur. Dat is mijn uitdrukkelijke bedoeling. De maximumfactuur zal hen beschermen voor de impact daarvan.

01.32 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, u zegt dat u het perfect verdedigbaar vindt dat alleen geconventioneerde artsen de richttarieven kunnen gebruiken. Mijn vraag was wat daarvan het gevolg is voor de patiënt. Het gevolg is dat die richttarieven niet worden toegepast bij artsen die niet geconventioneerd zijn. Met andere woorden, die patiënten kunnen geen terugbetaling genieten. Patiënten hebben vaak niet de vrije keuze bij welke arts ze terecht komen, bij een geconventioneerde dan wel een niet-geconventioneerde. Vaak weten ze dat zelfs niet.

In wezen wilt u dus de zorgverlener straffen die zich niet conventioneert, maar u treft de patiënt. U zegt dat de patiënt wordt beschermd door de maximumfactuur, maar hij moet natuurlijk wel eerst betalen en eerst ook nog aan het plafond van de maximumfactuur komen. U geeft dus eigenlijk toe dat u een ongelijke behandeling geeft aan patiënten van geconventioneerde versus gedeconventioneerde artsen.

U hebt trouwens ook gezegd dat u het perfect verdedigbaar vindt om uw beleid op die manier te voeren. Wij hekelen dat. Wij vinden niet dat u op die manier de duimschroeven moet aandraaien van artsen die niet geconventioneerd zijn. Ze zijn tenslotte vaak niet geconventioneerd vanwege het feit dat uw nomenclatuur verouderd is en dan noem ik hier enkel de dermatologen. Zij kunnen niet anders dan gedeconventioneerd blijven en aan die realiteit gaat u helemaal voorbij.

01.33 Minister Frank Vandenbroucke: Ik vind dat u dat volkomen verkeerd voorstelt, maar we kunnen daarover blijven discussiëren. We moeten hier onze verantwoordelijkheid nemen voor een bestel, voor een systeem. Dat systeem moet ervoor zorgen dat zoveel mogelijk zorgverleners gemotiveerd zijn om zich te conventioneren. Dat is de manier om patiënten te helpen, namelijk ervoor zorgen dat zoveel mogelijk artsen, tandartsen en kinesitherapeuten gemotiveerd zijn om zich te conventioneren. Daarover gaat het!

Met andere woorden, we willen inderdaad zeer uitdrukkelijk, met de meerderheid in dit Parlement, hier en daar een voordeel geven aan degenen die die keuze maken om mee te werken aan die grote opdracht van de ziekteverzekering om tariefzekerheid te bieden aan patiënten. Wie daaraan meewerkt, krijgt toegang tot premies. Anderen, die die keuze niet maken en niet willen meewerken aan de doelstelling van tariefzekerheid, krijgen die premies niet. Dat is volstrekt logisch en fair.

Het heeft niets te maken met een ongelijke behandeling, want het gaat over een eigen keuze van de arts of tandarts.

Ten tweede is het volkomen logisch dat wie instapt in het systeem van de verbintenistarieven en daarvoor kiest, ook meer vrijheid krijgt wanneer in de akkoorden richttarieven worden afgesproken. Dat is immers het resultaat van overleg. De minister zal dat niet beslissen, niet opleggen en ook niet tegenhouden. Als uit dat overleg flexibele richttarieven voortkomen, dan is dat een mogelijkheid voor wie ervoor kiest om in dat systeem te stappen en het op het terrein toe te passen. Wie daar niet voor kiest, hoeft die mogelijkheid ook niet te krijgen.

Op die manier creëren we een eerlijk systeem dat mensen aanmoedigt om toe te treden. Wie dat niet wil, is daartoe niet verplicht. Dat is een fundament van ons systeem. Ik denk dat we op die manier pragmatisch een evenwicht zoeken.

De **voorzitter**: Ik heb nog twee sprekers, mevrouw De Knop en mevrouw Sneppe.

01.34 Minister **Frank Vandenbroucke**: Akkoord, maar zo kunnen we bezig blijven. Men herhaalt immers gewoon zijn argumenten. Ik zal mijn argumenten ook nog eens herhalen. Geen probleem.

01.35 **Irina De Knop** (Anders.): U zegt dat u via de conventionering van zorgverleners de toegankelijkheid en de betaalbaarheid wilt garanderen. Mijn antwoord daarop is dat u eerst werk moet maken van de hervorming van de nomenclatuur. Dan zult u erin slagen de conventiegraad te verhogen en zal dat niet aanvoelen als een dwangmaatregel, zoals vandaag wel het geval is.

01.36 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik wilde eigenlijk ongeveer hetzelfde zeggen. U zegt dat dat het resultaat is van overleg en niet door de minister wordt opgelegd. Dat klopt, maar wel binnen het kader dat door de minister wordt vastgelegd. Binnen dat kader krijgt men alle vrijheid. Dat is hetzelfde als tegen een kind zeggen dat het mag kiezen welke snoepje het neemt: een lolly of een zuurtje. Dan mag dat kind niet kiezen. Hetzelfde geldt hier. U creëert een kader waarbinnen zorgverleners vrij zijn om de conventie al dan niet te aanvaarden.

Zoals mijn collega zegt, als de nomenclatuur wordt aangepast aan de huidige levensduurte, zullen veel meer zorgverleners zich conventioneren. Vandaag is het voor zorgverleners vaak geen echte vrije keuze om al dan niet geconventioneerd te zijn, omdat de nomenclatuur onvoldoende is aangepast aan de actuele kosten.

De **voorzitter**: Mevrouw Sneppe en alle andere collega's, als u gerichte vragen hebt aan de minister, zullen we daarvoor de ruimte creëren. Ik hoor echter dat argumenten worden herhaald. Ik vraag daarom om gerichte vragen aan de minister te stellen. Zoals u weet, krijgt u straks nog de gelegenheid om te repliceren.

01.37 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik herneem op het punt van mevrouw Sneppe en mevrouw De Knop.

Collega's, om te beginnen maakt u een absoluut bizarre redenering over wat hier voorligt met betrekking tot de spelregels, het conventiesysteem en de hervorming van dat systeem. U doet het voorkomen alsof de minister iets zal beslissen, iets zal opleggen en men dan maar daarvoor moet kiezen. Zo zit het dus niet ineen.

Over de verbintenistarieven, de conventietarieven en eventueel de richttarieven waarin een zekere flexibiliteit mogelijk is – maar binnen de conventie, met limieten, waarbij de patiënten tegen de impact beschermd worden door de maximumfactuur – is het niet de minister die beslist of dingen oplegt. Dat zal het resultaat zijn van een onderhandeling en een overleg tussen verzekeringsinstellingen en artsen, tandartsen of kinesisten. Zij overleggen en op basis van dat overleg komen ontwerpen van conventie tot stand. Het is vervolgens de individuele vrijheid van een arts of een tandarts om al dan niet toe te treden.

Ik vind dat we mogen vragen dat de organisaties die dat overleg voeren, hun verantwoordelijkheid opnemen om hun basis te overtuigen van het resultaat en inderdaad financieel afgerekend worden op de vraag hoe overtuigend zij daarin geweest zijn. Dat doen we vandaag trouwens al in een aantal sectoren. Dat is helemaal niet nieuw. Men mag toch een verantwoordelijkheid vragen om de basis te overtuigen? Vervolgens mag men van de individuele arts of tandarts toch verwachten dat, als hij een keuze maakt als zelfstandige, hij die keuze bewust maakt, verantwoordelijk is voor die keuze en de gevolgen kent, ten goede en ten kwade? Zijn we een samenleving van verantwoordelijke vrije mensen of niet? Dat is de vraag.

Men geeft hier de indruk dat de minister allerlei beslissingen neemt en dat de mensen naar de pijpen van de minister moeten dansen. Dit is een overlegsysteem waarin men verantwoordelijkheid opneemt, collectief en individueel, en daar hangen gevolgen aan vast.

U zegt allebei dat eerst de nomenclatuur moet worden hervormd. Excuseer, het is een geheel. Dat is door verschillende mensen gezegd. Men moet een correcte nomenclatuur hebben, correcte officiële tarieven. Men moet ook op voorhand weten, vooraleer men die onderhandelingen voert, dat die tarieven

de spil zullen zijn van het systeem waaraan men zich houdt. Anders onderhandelt men over niets.

Collega's, dit moment is historisch, dit is echt een kantelpunt. Voor het eerst sinds meer dan zestig jaar zeggen we dat ook alle ereloonsupplementen onderhandeld zullen worden, dat 'vrijheid blijheid' gedaan is en dat die supplementen onderhandeld zullen worden. Dat garandeert niet dat supplementen verboden worden – die kunnen er zijn – maar wel dat er geen excessen zijn en dat de officiële tarieven het anker en de spil van het systeem vormen. Het was nodig om die maatregel te nemen, zoals door een aantal mensen is gezegd, omdat men inderdaad een groeiend gewicht ziet van die supplementen en omdat men hier en daar ook excessen ziet.

Mevrouw Eggermont, u zei dat de maatregel wel goed is, maar dat u nog niets hebt gezien. Inderdaad, het is een kader voor partners die met elkaar moeten overleggen en afspraken moeten maken. Het is een kader voor overleg. U zegt nog niets te hebben gezien, maar vanaf 1 juli zullen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming voor alle prestaties van de ziekteverzekering – ik spreek niet over gehospitaliseerde patiënten, want dat is de belangrijke uitzondering daarop – geen ereloonsupplementen meer gevraagd kunnen worden voor prestaties van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen. Op 1 juli zal die hervorming volledig rond zijn. Men mag het inderdaad niet daarbij laten en alleen voor die groep een maatregel nemen. Dat is niet goed. Vandaar dat wat hier voorligt historisch is. We treffen namelijk niet alleen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming een regeling – voor die mensen is de maatregel streng: geen ereloonsupplementen – maar ook voor alle andere burgers zullen we een beperking, een kader op basis van onderhandelingen invoeren. Dat is een kantelpunt.

Collega's, ik ben het eens met mevrouw Depoorter dat men zoiets binnen de meerderheid lang bespreekt, met alle gevoeligheden en opinies die er leven en die legitiem zijn. Vervolgens vindt men elkaar in een evenwicht. Dat is wat we hebben gedaan. Dat brengt mij opnieuw bij het uitgangspunt. Het gaat om een belangrijke hervorming. We staan op een historisch kantelpunt wat de visie op supplementen betreft. Er zitten ook belangrijke en gevoelige hervormingen in binnen het conventiesysteem, waarin we ook zaken zoals richttarieven durven voor te leggen. We geloven in overleg en in de verantwoordelijkheid van dat overleg. We denken niet dat men dat zal misbruiken.

Het is juist dat we dit nu moeten uitvoeren, maar ik vind dat het een belangrijk, pragmatisch pakket is dat een geheel vormt. Dat heeft men hier ook beklemtoond.

Dat brengt mij tot het punt dat mevrouw Bury maakte over het proces. Ik vat dat opnieuw samen in een paar zinnen, want we hebben daarover al gediscussieerd. In essentie zegt u twee zaken. U zegt dat ik niet correct ben in mijn relatie tot de Raad van State, want dat ik dit ontwerp zou moeten terugsturen naar de Raad van State. Dat klopt niet. Als men een belangrijke wijziging aanbrengt in een ontwerp moet men dat inderdaad opnieuw voorleggen aan de Raad van State, maar hier zitten hier geen belangrijke wijzigingen in, behalve wijzigingen die het gevolg zijn van de adviezen van de Raad van State. Daarvoor moet men dus niet terug naar de Raad van State. Dat hebben we u met handen en voeten proberen uitleggen in het debat in de commissie. Een deel is afgesplitst en dat is inderdaad een belangrijke wijziging, maar die is precies aangebracht omdat de Raad van State dat gevraagd had, dus we gaan niet nog eens naar de Raad van State. Die mensen hebben wel ander werk te doen dankzij dit Parlement.

Ten tweede vraagt u waar de evenredigheidsbeoordeling is. Lees de wet die u geciteerd hebt. Ik kan hem u helemaal voorlezen, maar ik zal dat niet doen. Maakt u zich geen zorgen, mijnheer de voorzitter. De wet over de evenredigheidsbeoordeling bepaalt helemaal niet dat er hier een verslag moet worden gegeven over de toepassing van die wet. Dat staat er niet in. De wet zegt dat men een beoordeling moet maken die duidelijk maakt dat men een proportionele maatregel neemt ten aanzien van een beroepsgroep. Die proportionaliteit moet blijken uit het feit dat men adviezen heeft ingewonnen, bevragingen heeft gedaan, eventueel publieksbevragingen, en dat men op een overtuigende manier aangeeft dat men daarmee rekening houdt.

Als u het niet eens bent en dit geen goed ontwerp vindt, dan stemt u tegen, maar wat u echt niet kunt zeggen – en wat u maar blijft doen – is dat de wet op de evenredigheidsbeoordeling vereist dat ik hier met een verslag over de toepassing van die wet kom zwaaïen. Dat staat daar nergens in. Lees die wet van het eerste tot het laatste artikel. We passen die volledig toe.

Ik durf te zeggen dat het proportioneel is om de redenen die mevrouw Depoorter en anderen hebben aangegeven: we hebben met elkaar gediscussieerd en een evenwicht gevonden in een pragmatische hervorming, die een historisch kantelpunt is ten goede van de patiënten.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer de minister.

Als er nog nieuwe elementen moeten worden aangebracht in de repliek, dan kan dat nu.

01.38 Dominiek Sneppe (VB): Ik heb nog een vraag voor de minister.

Het RIZIV is verantwoordelijk voor de uitbetaling, maar ook voor de budgettaire controle. Zijn er in de wet parameters, incentives of controlemomenten opgenomen om te controleren of de maatregelen van het RIZIV niet worden gebruikt om budgettaire effecten te creëren? Ik heb mevrouw Depoorter daar ook over aangesproken daarnet.

Eigenlijk is het RIZIV zowel rechter als partij. Maandag had de N-VA in de commissie voor Sociale Zaken commentaar op de ziekenfondsen, maar dit is eigenlijk vergelijkbaar. Het RIZIV is ook rechter en partij. Ze zijn verantwoordelijk voor de uitbetalingen en de controles daarop en zij moeten ook de zorgverleners controleren.

Mijnheer de minister, hoe kunt u zeker zijn dat er geen incentives zijn om die controles te gebruiken om een budgettair effect te bereiken? We moeten immers besparen.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, hebt u daar nog een reactie op? Ik heb niet die indruk.

Ik kan de minister toch niet dwingen, mevrouw Sneppe.

01.39 Dominiek Sneppe (VB): De minister antwoordt niet. Daaruit leid ik af dat de minister dat niet kan garanderen. Dat is net de vrees van de bonafide zorgverleners, dat het te pas en te onpas zal worden gebruikt om te besparen in de gezondheidszorg, op de kap van de bonafide zorgverstrekkers, die met hart en ziel hun job uitoefenen, en dus ook op de kap van de patiënt, met de steun van de N-VA.

01.40 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, we hebben moeten smeken om de evenredigheidstoets toen de bespreking al was begonnen. U was daar gewoon niet mee naar voren gekomen. Ik waarschuw u nu nogmaals dat dat gebrekkig wetgevend werk is.

U achtte een en ander proportioneel, mevrouw Depoorter achtte het ook proportioneel en dus zou het volgens u wel proportioneel zijn. Dat is echter niet wat de wet vraagt. Dat is onvoldoende. U creëert daarmee een grote rechtsonzekerheid. U kunt dan ook nog in de problemen komen met uw kaderwet, omdat u gewoon de regels niet hebt gevolgd.

U hoeft daarop niet te antwoorden, ik waarschuw u gewoon.

01.41 Caroline Désir (PS): Monsieur le président, moi non plus, je n'ai pas de questions supplémentaires à poser à M. le ministre, car je pense simplement que ce débat ne va pas nous mettre d'accord.

Vous nous dites, monsieur le ministre, que cette réforme renforcera le conventionnement et améliorera la transparence. Nous n'avons pas été convaincus par vos arguments. Ce que nous constatons sur le terrain, n'en déplaise à M. Gatelier, ce sont des patients qui, aujourd'hui déjà, sont confrontés à des factures imprévisibles et à des suppléments toujours plus délirants. Bizarrement, nous recevons des témoignages de patients à qui on réclame dans certains cas plusieurs milliers d'euros supplémentaires, alors que, bien souvent, ils n'ont pas pu choisir leur médecin, qui a fait, par exemple, tel examen supplémentaire; alors qu'ils n'ont pas été informés de l'existence ou du montant des suppléments, lequel peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre ou d'un prestataire à l'autre. De plus, l'opacité de la facture est souvent totale.

Avec votre texte, vous voulez renforcer le conventionnement d'une main mais, de l'autre, vous instaurez plus de flexibilité dans le système. De cette manière, vous risquez de rendre structurelles les dérives

qui existent déjà aujourd'hui. Derrière vos tarifs indicatifs, vos conventionnements partiels, vos suppléments liés à des exigences particulières ou encore vos plafonds dont les contours demeurent flous, ce sont de véritables brèches que vous ouvrez dans le système. Vous contribuez ainsi à l'installation progressive d'une médecine à deux vitesses.

C'est l'équilibre que vous avez trouvé au sein de l'Arizona. Vous avez eu l'honnêteté de nous le dire, mais cet équilibre ne nous convient pas du tout. Aussi longtemps que les hôpitaux et les soins de santé ne seront pas suffisamment refinancés, la pression sera toujours reportée sur les patients. Pour nous, l'accès aux soins ne peut pas dépendre de la taille du portefeuille, raison pour laquelle nous ne soutiendrons pas ce texte.

01.42 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Inzake de ereloonsupplementen hebt u uiteindelijk gezegd dat u beland bent bij iets pragmatisch. Collega Bertels zei ook dat het niet de ideale wereld is. Het is een compromis waarbij u eigenlijk vertrokken bent van de belofte om de ereloonsupplementen aan te pakken door een plafond in te stellen, terwijl andere regeringspartijen zeiden dat het helemaal weg mocht. Het is dan verwaterd tot het aanpakken van een aantal excessen.

Die excessen moeten absoluut aangepakt worden, maar u doet alsof er dan geen veralgemeend probleem meer is. Het is hier een aantal keren over de cijfers gegaan, het gaat over 100.000 patiënten die meer dan 3.000 euro betalen. Dat zouden dan geen excessen zijn. Excessief is nu wanneer men een factuur van 10.000 euro heeft. Een algemeen probleem is er blijkbaar niet meer.

Er is wat heen en weer gesproken over wat dat betekent. De heer Gatelier is intussen vertrokken, zie ik. Ik vind het jammer dat we in het Parlement een debat moeten voeren op die basis. Sommigen zien vaak patiënten, maar hebben daar nog niets over gehoord en anderen zien vaak patiënten, maar hebben er wel iets over gehoord. Als we wetgevend werk doen, lijkt het me evenwel belangrijk dat we ons baseren op cijfers en op studies.

In februari van dit jaar is er nog een studie gepubliceerd. Het was een enquête van Testaankoop, waaruit blijkt dat één op vijf Belgen aangeeft in het afgelopen jaar moeite te hebben gehad om basisgezondheidskosten te betalen. Een kwart van de ondervraagden gaf aan dat de totale gezondheidsuitgaven goed zijn voor meer dan een vijfde van het gezinsinkomen. Een vijfde gaf aan dat moeite te hebben om de basiskosten te betalen. Eén op vijf huishoudens heeft het afgelopen jaar minstens één uitgave voor gezondheidszorg moeten uitstellen of afzeggen.

Als ik vroeger tegen patiënten zei dat ze opgenomen of geopereerd moesten worden, vroegen ze of het erg was, of het een zware operatie zou worden. Ik heb de jongste jaren op de spoedafdeling heel vaak meegemaakt dat men vroeg hoeveel het zou kosten, of de ingreep wel echt nodig was en of ze terugbetaald werd. De mensen zijn dus echt heel sterk bezig met hoe hoog de factuur is voor de medische kosten.

Er is ook een studie uit 2020 van het Wereldgezondheidsorganisatie, samen met het KCE: *Can people afford to pay for health care in Belgium?* Uit dat rapport blijkt dat er in België heel veel catastrofale gezondheidszorguitgaven zijn, dat een gezin dus in financiële moeilijkheden raakt vanwege de gezondheidszorguitgaven en moeite heeft om te voorzien in de basisbehoeften zoals voeding, huishouden en verwarming. Dat rapport concludeert ook dat het voorkomen van catastrofale gezondheidszorguitgaven in België tot de hoogste in West-Europa behoort.

Het is een echt probleem van heel veel mensen die hun zorg niet meer kunnen betalen. De oplossing is niet om een aantal excessen aan te pakken, maar wel om alle ereloonsupplementen af te schaffen, om de derdebetalersregeling automatisch in te voeren en om geneeskunde nog toegankelijker te maken. Men moet niet alleen een aantal excessen aanpakken en zeggen dat men daar pragmatisch is geland.

Toen de studie van Testaankoop werd gepubliceerd, reageerde cd&v dat ze het jammer vond dat minister Vandenbroucke bleef talmen met de gemaakte afspraken. Cd&v vroeg zich af waarop hij wachtte. Vandaag is cd&v evenwel de grote afwezige in dit debat. Ik hoef dus niet zelf te vragen waarop de minister wacht, het is een regeringspartij die dat vraagt.

Mijnheer Bertels, u zei net als de minister dat we keuzes moeten maken, dat we niet aan iedereen die daarom vraagt een zak geld kunnen geven. Ik denk niet dat iemand hier dat vraagt, maar als u kijkt naar de gezondheidszorg, dan zijn er twee grote kostenposten. Er is de terugbetaling van de geneesmiddelen, waar u de factuur doorschuift naar de patiënten, terwijl u naar een model van eerlijke prijzen zou kunnen gaan. Daarnaast zijn er de betalingen aan de artsen, die ook een heel grote pot vormen. Dat echt aanpakken en naar de fond van het prestatiesysteem gaan, doet u ook niet.

U zegt dat er geen probleem is met het huidige systeem, dus dat blijft allemaal maar bestaan. U pakt die problemen niet aan en durft u niet echt te hervormen en dan zegt u dat u uw handen vuilmaakt en uw laarzen aantrekt. Ze worden uiteindelijk vuil vanwege het sociaal bloedbad dat u aanricht. De prestatiegeneskunde aanpakken, eerlijke prijzen invoeren, het geld halen bij de allerrijksten, dat gebeurt allemaal niet en uiteindelijk krijgen we, na heel veel poeha over de ereloonsupplementen die u zou aanpakken, te horen dat een aantal excessen zullen worden aangepakt. U zei zelfs dat dat in een ideale wereld misschien het geval zou zijn. Zover zijn we weer naar rechts opgeschoven.

01.43 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, blijkbaar heeft mevrouw Eggermont niet goed begrepen wat ik verteld heb.

Mevrouw Eggermont, in heel deze kaderwet zit een systeemwijziging. De minister heeft dat ook nog eens herhaald. De ereloonsupplementen zullen in het gehele systeem besproken worden, in het gehele systeem en niet zoals u zegt links, rechts of vanonder. Het zal dus om meer gaan dan alleen de excessen aanpakken. Daarvoor is het kader gecreëerd en begint nu het overleg over elk ereloonsupplement binnen het gezondheidszorgsysteem en het terugbetalingscircuit. U kunt dat minimalistisch vinden, maar het is een fundamentele systeemwijziging.

Ik heb gezegd dat dat niet betekent dat er waarschijnlijk helemaal geen supplementen meer zullen zijn. Ik denk niet dat het overleg daartoe zal leiden, daar ben ik realistisch in. Normaliter respecteert u dat overlegmodel ook. We willen dat alvast niet manu militari opleggen.

Ten tweede, u zegt dat we niets durven te doen aan de prestaties van de artsen, terwijl heel de oefening van de herijking van de nomenclatuur een herijking is van de financiering van nomenclatuurprestaties. Dat heb ik daarstraks al gezegd. Op het moment dat die oefening concreet wordt – nu zitten we nog in de fase van het studiewerk door universitaire equipes – en daar centen tegenover zullen staan, wil ik zien hoe moedig iedereen is.

We zullen moeten durven, want het zal een herijking zijn. Dat betekent niet – zoals ik sommigen al hoor zeggen – dat iedereen een verhoging zal krijgen. Daar mag u allemaal van dromen, maar dat zal het niet zijn.

De **voorzitter**: Collega Van Lysebettens vraagt het woord niet meer. Ik geef het woord aan mevrouw De Knop.

01.44 Irina De Knop (Anders.): Ik het heel kort houden, want het is laat en iedereen heeft al heel veel gezegd.

Ik onthoud dat deze wet een historisch kantelpunt is voor de visie op supplementen. Terwijl N-VA zegt dat de belangrijkste verwezenlijking van deze kaderwet is dat N-VA de supplementen uit de kaderwet heeft kunnen houden, klopt de minister zich op de borst dat het historisch is voor de visie op supplementen. De spagaat in deze regering kan echt niet groter zijn.

Erger nog, elk ereloonsupplement zal in de toekomst besproken worden in een overlegorgaan, ongeacht waar het zal worden toegepast. Het zal niet manu militari worden opgelegd. Neen, het zal besproken worden in de overlegorganen waar de ziekenfondsen mee aan tafel zitten. Zij hebben er zeker baat bij dat die ereloonsupplementen zo laag mogelijk zijn, want via de hospitalisatieverzekeringen die zij aanbieden, moeten ze dan minder betalen. Voor mij is dat de conclusie van deze week: de ziekenfondsen hebben gewonnen.

De **voorzitter**: Vraagt nog iemand het woord? *(Nee)*
Quelqu'un demande-t-il encore la parole? *(Non)*

De algemene bespreking is gesloten.
La discussion générale est close.

Bespreking van de artikelen **Discussion des articles**

We vatten de bespreking aan van de artikelen van het ontwerp van Kaderwet (I). De door de commissie aangenomen tekst geldt als basis voor de bespreking. (Rgt 85, 4) **(1334/8)**
Nous passons à la discussion des articles du projet de Loi-cadre (I). Le texte adopté par la commission sert de base à la discussion. (Rgt 85, 4) **(1334/8)**

Het wetsontwerp telt 65 artikelen.
Le projet de loi compte 65 articles.

Ingediende amendementen: *Amendements déposés:*

Art. 3

- 61 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)

Art. 7

- 62 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)
- 68 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 13

- 69 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 15

- 59 – Dominiek Sneppe cs (1334/9)

Art. 16

- 63 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)
- 64 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)
- 65 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)

Art. 28

- 70 – Irina De Knop (1334/9)
- 66 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)
- 67 – Ludivine Dedonder cs (1334/9)

Art. 30

- 58 – Daniel Bacquelaine cs (1334/9)

Art. 32

- 71 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 37

- 72 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 38

- 73 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 40

- 74 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 48

- 75 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 51

- 78 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 52

- 76 – Irina De Knop (1334/9)

Art. 65

- 77 – Irina De Knop (1334/9)
- 60 – Dominiek Sneppe cs (1334/9)

Besluit van de artikelsgewijze bespreking: *Conclusion de la discussion des articles:*

Aangehouden: de amendementen en de artikelen 3, 7, 13, 15, 16, 28, 30, 32, 37, 38, 40, 48, 51, 52 en 65.

Réservés: les amendements et les articles 3, 7, 13, 15, 16, 28, 30, 32, 37, 38, 40, 48, 51, 52 et 65.

Artikel per artikel aangenomen: de artikelen 1, 2, 4 tot 6, 8 tot 12, 14, 17 tot 27, 29, 31, 33 tot 36, 39, 41 tot 47, 49, 50 en 53 tot 64.

Adoptés article par article: les articles 1, 2, 4 à 6, 8 à 12, 14, 17 à 27, 29, 31, 33 à 36, 39, 41 à 47, 49, 50 et 53 à 64.

De bespreking van de artikelen is gesloten. De stemming over de aangehouden amendementen, de aangehouden artikelen en over het geheel zal later plaatsvinden.

La discussion des articles est close. Le vote sur les amendements et les articles réservés ainsi que sur l'ensemble aura lieu ultérieurement.

We vatten de bespreking aan van de artikelen van het ontwerp van Kaderwet (II). De door de commissie aangenomen tekst geldt als basis voor de bespreking. (Rgt 85, 4) **(1335/7)**

Nous passons à la discussion des articles du projet de Loi-cadre (II). Le texte adopté par la commission sert de base à la discussion. (Rgt 85, 4) **(1335/7)**

Het wetsontwerp telt 4 artikelen.

Le projet de loi compte 4 articles.

Ingediend amendement:

Amendement déposé:

Art. 2

- 3 – Irina De Knop (1335/8)

Besluit van de artikelsgewijze bespreking:

Conclusion de la discussion des articles:

Aangehouden: het amendement en artikel 2.

Réservés: l'amendement et l'article 2.

Artikel per artikel aangenomen: de artikelen 1, 3 en 4.

Adoptés article par article: les articles 1, 3 et 4.

De bespreking van de artikelen is gesloten. De stemming over het aangehouden amendement, het aangehouden artikel en over het geheel zal later plaatsvinden.

La discussion des articles est close. Le vote sur l'amendement et l'article réservés ainsi que sur l'ensemble aura lieu ultérieurement.

02 **Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 16 maart 1968 betreffende de politie over het wegverkeer als gevolg van het nieuwe Strafwetboek en houdende diverse bepalingen en tot wijziging van de wet van 21 juni 1985 betreffende de technische eisen waaraan elk voertuig voor vervoer te land, de onderdelen ervan, evenals het veiligheidstoebehoren moeten voldoen (1403/1-6)**

02 **Projet de loi modifiant la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière suite à l'adoption du nouveau Code pénal et portant des dispositions diverses et modifiant la loi du 21 juin 1985 relative aux conditions techniques auxquelles doivent répondre tout véhicule de transport par terre, ses éléments ainsi que les accessoires de sécurité (1403/1-6)**

Algemene bespreking

Discussion générale

De algemene bespreking is geopend.

La discussion générale est ouverte.

De rapporteur, de heer Wouter Raskin, verwijst naar het schriftelijk verslag. Hij krijgt evenwel meteen het woord als eerste spreker.

02.01 **Wouter Raskin (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, deze tekst is van een andere orde dan de vorige, maar uiteraard niet minder belangrijk. Het wetsontwerp van minister Crucke stemt de wegverkeerswet af op het nieuwe Strafwetboek. De eerste bespreking in de commissie vond plaats op 17 maart. Ik

herinner mij dat nog zeer goed. Dat was nog voor wijselijk werd besloten om de inwerkingtreding van het nieuwe Strafwetboek uit te stellen. We stonden toen onder heel wat tijdsdruk, omdat we zagen dat de initiële tekst niet volstond en moest worden gecorrigeerd.

De voorgelegde tekst vertrekt van een duidelijk principe. Ten eerste willen we de wegverkeerswet en de wet inzake de technische voorschriften voor voertuigen maximaal in overeenstemming brengen met het nieuwe Strafwetboek. Ten tweede willen we ook de regels van het wegverkeersrecht zoveel mogelijk inhoudelijk ongewijzigd laten. Dat was enigszins een uitdaging, omdat men in de commissie voor Justitie ervoor had gekozen om in het nieuwe Strafwetboek ook een aantal verkeersmisdrijven in te schrijven.

De tekst deed ons vrezen voor heel wat rechtsonzekerheid in de toekomst. Daarom hebben we tal van voorstellen tot oplossing geformuleerd, zoals de collega's zich zullen herinneren, die moesten leiden tot een maximale overeenstemming tussen de regels die zullen gelden inzake misdrijven in de verkeerswetgeving en de regels die zullen gelden voor het beperkte aantal afzonderlijke verkeersmisdrijven in het nieuwe Strafwetboek.

Voorafgaand aan de tweede lezing hebben we kunnen vaststellen dat het gros van alle verbetervoorstellen die we hebben geformuleerd aangehouden werden. Ik wil de collega's daar nogmaals voor bedanken. Zo hebben we in de commissie voor Mobiliteit alleszins gedaan wat gedaan moest worden om op een correcte manier de wegverkeerswet op het nieuwe Strafwetboek af te stemmen. Dat was van het grootste belang, met het oog op de coherentie, de rechtszekerheid, de praktische toepasbaarheid en de handhaving die later moest gebeuren. Daarom zullen wij het ontwerp van de minister steunen.

02.02 Frank Troosters (VB): Mijnheer de voorzitter, gezien het late uur zal ik proberen het kort te houden. Ik zal me beperken tot de redenen waarom we ons bij de stemming over het voorliggende wetsontwerp zullen onthouden.

Het gaat om belangrijke wetgeving; dat moge duidelijk zijn. Het wetsontwerp stemt specifieke wetgeving, in dit geval de verkeerswetgeving, af op het nieuwe Strafwetboek, dat normaal op 8 april in werking moest treden. Daarmee ging blijkbaar een grote tijdsdruk gepaard. Men heeft twee jaar tijd gehad om dat voor te bereiden, maar toch is men pas op het laatste moment met het wetsontwerp gekomen. Men heeft er dan de urgentie voor gevraagd, waarna het ontwerp in de commissie werd besproken.

Wat we tijdens de bespreking in de commissie hebben gezien, was enigszins hallucinant. We zagen er de voortzetting van wat zich voordien al in de plenaire vergadering had afgespeeld, namelijk een hele discussie tussen de partijen over het al dan niet uitstellen van de inwerkingtreding van het nieuwe Strafwetboek op 8 april.

De nood aan uitstel was groot. Ik herinner eraan dat heel wat partijen daarom hebben gevraagd. Ik denk in de eerste plaats aan de magistratuur, het College van procureurs-generaal, het Koninklijk Verbond van de vrede- en politierechters, lokale besturen, de politie en Centrex. Ik denk ook aan de bekende politierechter Ariane Braccio, die op Radio 1 nogmaals pleitte voor uitstel omdat men niet voorbereid was en men gedurende een maand in een soort rechtsvacuüm dreigde terecht te komen. Uitstel was dus absoluut noodzakelijk.

Ik verwijs ook naar de woorden van collega D'Haese, die toen in de plenaire vergadering zei dat we moesten zorgen voor degelijk wetgevend werk en dat snelheid nooit mag primeren op kwaliteit. Dat is nochtans exact wat in de commissie voor Mobiliteit gebeurde. Wij waren met het Vlaams Belang voorstander van een tijdelijk uitstel van de inwerkingtreding van het nieuwe Strafwetboek, al was het maar op korte termijn. Ook andere partijen, waaronder meerderheidspartijen, waren daarvoor gewonnen. Nog andere meerderheidspartijen waren daar echter tegen, wat in de commissie tot een bijzonder schouwspel heeft geleid.

Dat alles heeft geleid tot wetgeving waarvan de kwaliteit te wensen overliet. De Raad van State heeft in zijn advies over het voorontwerp een aantal opmerkingen gemaakt. Het siert de meerderheid en ook het kabinet dat ze zelf hebben toegegeven dat niet alle opmerkingen nog konden worden verwerkt. Zo konden 39 tekstuele aanpassingen niet meer worden doorgevoerd wegens tijdsgebrek. Dat werd eerlijk

toegegeven. *So far, so good.*

Om de tijdsdruk verder te illustreren, wijs ik erop dat er ook een negatief advies van de Vlaamse regering was. Dat advies werd niet meegenomen omdat het te laat zou zijn ingediend, namelijk één of twee dagen na de voorziene datum. Het is echter niet de Vlaamse regering die traag heeft gewerkt. Het federale niveau heeft de adviesvraag pas bijzonder laat aan Vlaanderen overgemaakt. De vraag werd in de loop van december gesteld, waarna het kerstreces en de feestdagen volgden, waardoor het advies uiteindelijk slechts één of twee dagen te laat werd ingediend, maar eigenlijk had men dus relatief snel gewerkt. Dat illustreert opnieuw dat snelheid primeerde op kwaliteit.

Uiteindelijk heeft het Vlaams Belang een tweede lezing gevraagd, samen met een juridische nota van de diensten van de Kamer. Die nota gaf maar liefst achttien opmerkingen en daarbovenop nog eens achtendertig tekstuele opmerkingen. Voor een wetsontwerp is dat behoorlijk straf.

Intussen zag de meerderheid het licht en kwam ze tot het verstandige besluit om de invoering van het nieuwe Strafwetboek uit te stellen, wat enige tijd en ruimte gaf om beter te werken.

Wij wachtten dus op die tweede lezing, die er uiteindelijk kwam. Voor die tweede lezing hadden we verwacht dat de regering degelijk werk zou voorleggen, maar uiteindelijk moesten we vaststellen dat ze toch vrij laat voor die vergadering nog een hoop amendementen indiende. Niet alleen wij hadden dat opgemerkt, ook bepaalde andere partijen. Reglementair gezien is die werkwijze niet fout en dus werden de amendementen uiteraard behandeld.

Toen ik vervolgens moest vaststellen dat ondanks de extra tijd nog een aantal opmerkingen en aanbevelingen van zowel de Raad van State als van de juridische nota van de Kamerdiensten niet werden ingevuld, dan was dat betreurenswaardig. Ook op dat vlak gaf de meerderheid toe dat bijkomende aanpassingen nodig zouden zijn. Ze gaf aan dat dat in de toekomst ook zou gebeuren.

Het geheel werd dus eerlijk gezegd behoorlijk rommelig afgehandeld. Een dergelijk belangrijk wetsontwerp kreeg daardoor niet de aandacht die het verdiende.

Ik haal inhoudelijk nog kort drie punten aan.

Het eerste punt gaat over de verlenging van de termijn voor het opstellen van processen-verbaal, die naar dertig dagen is gebracht. We hebben daarover opmerkingen gemaakt in de commissie en daarop is gereageerd. De bijzondere bewijslast van het proces-verbaal bij de burger wordt op die manier met zestien dagen verlengd. We vragen ons af wat de mening van het Grondwettelijk Hof daarover zou zijn.

Het tweede punt is de rechtsonzekerheid inzake de e-bikes. Daarover zijn verschillende stukken hangende in de commissie voor Mobiliteit en dat zal wel opgelost geraken, naar ik mag hopen.

Het laatste punt betreft de ketaminemaatregelen die heel terecht in het ontwerp staan. We steunen ze absoluut. Ketamine is een groot probleem dat moet worden aangepakt. U weet echter allemaal dat wetgeving zonder handhaving symboolpolitiek is. Daarom hebben we in de commissie ook opgeroepen om dringend werk te maken van voldoende geschikte speekseltests. Toevallig kwam dat probleem vanochtend nog in het nieuws en werd dat bevestigd door Vias.

Dat alles maakt dat wij over het geheel zeker niet zullen tegenstemmen. Het ontwerp is immers nodig. Wij zullen ons echter onthouden.

02.03 Minister **Jean-Luc Crucke**: Ik bevestig de feiten die werden uiteengezet door de heren Raskin en Troosters. Die zijn juist.

Ik stip drie punten aan. Ten eerste, er werd overlegd tussen de administraties en beide wetten werden beter op elkaar afgestemd. Ook de gevallen die buiten de toepassing van het nieuwe Strafwetboek vallen voor de behandeling van ernstige ongevallen, zullen opgevangen worden via de wegverkeerswet. Met andere woorden, ongevallen met lichamelijk letsel of dodelijke afloop waarbij geen ernstige fout kan worden toegewezen aan de veroorzaker, vallen binnen de wegverkeerswet. Er blijft overleg om de wijzigingen die de FOD Justitie nog voorbereidt voor het nieuwe Strafwetboek in overeenstemming te brengen met de wegverkeerswet.

Ten tweede, de invoering van het nieuwe Strafwetboek is geen sinecure, geloof me vrij. Het gaat om een van de grootste hervormingen in het strafrecht van de laatste decennia. Ook de bijzondere strafwetten zijn betrokken en moeten aangepast worden. Het klopt dat er in het proces, dat behoorlijk snel is moeten verlopen, een aantal hiaten waren ontstaan. Door de ingewonnen adviezen ter harte te nemen, onder andere van magistraten en van het College van procureurs-generaal, zijn we erin geslaagd om de tekst sluitend te maken. We hebben ervoor gezorgd dat de tekst in de praktijk toepasbaar en sluitend is, zonder rechtsonzekerheid te creëren.

Ten derde, de strafbaarstelling van ketamine is, zoals de heer Troosters zei, een noodzakelijke eerste stap. Nu kan mijn collega bevoegd voor Justitie daarop verder bouwen en de specificaties van de speekseltesten bepalen. Daarna moet de marktprocedure geopend worden en kunnen de testen aangekocht worden. Die procedure is een bevoegdheid van de FOD Justitie.

In het regeerakkoord is overeengekomen dat we de strijd tegen rijden onder invloed opvoeren en dat ketamine strafbaar en opspoorbaar zou worden gemaakt. Vandaag zetten we daartoe de eerste stap.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer de minister.

Vraagt nog iemand het woord? (*Nee*)
Quelqu'un demande-t-il encore la parole? (*Non*)

De algemene bespreking is gesloten.
La discussion générale est close.

Bespreking van de artikelen **Discussion des articles**

We vatten de bespreking van de artikelen aan. De door de commissie aangenomen tekst geldt als basis voor de bespreking. (Rgt 85, 4) **(1403/6)**
Nous passons à la discussion des articles. Le texte adopté par la commission sert de base à la discussion. (Rgt 85, 4) **(1403/6)**

Het wetsontwerp telt 45 artikelen.
Le projet de loi compte 45 articles.

Er werden geen amendementen ingediend.
Aucun amendement n'a été déposé.

De artikelen 1 tot 45 worden artikel per artikel aangenomen.
Les articles 1 à 45 sont adoptés article par article.

De bespreking van de artikelen is gesloten. De stemming over het geheel zal later plaatsvinden.
La discussion des articles est close. Le vote sur l'ensemble aura lieu ultérieurement.

Collega's, om 9.00 uur zetten we de besprekingen voort. Goedenacht.

De vergadering wordt gesloten. Volgende vergadering woensdag 13 mei 2026 om 9.00 uur.
La séance est levée. Prochaine séance le mercredi 13 mai 2026 à 9 h 00.

De vergadering wordt gesloten op woensdag 13 mei 2026 om 00.13 uur.
La séance est levée le mercredi 13 mai 2026 à 00 h 13.

Dit verslag heeft geen bijlage.

Ce compte rendu n'a pas d'annexe.