DOC 56 **1334/001**
DOC 56 **1335/001**

DOC 56 **1334/001**
DOC 56 **1335/001**

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 februari 2026

ONTWERP VAN KADERWET (I)

ONTWERP VAN KADERWET (II)

Inhoud Blz.

Samenvatting (I) 3
Samenvatting (II) 4
Memorie van toelichting (I) 5
Memorie van toelichting (II) 56
Voorontwerp van wet 63
Impactanalyse 95
Advies van de Raad van State 244
Wetsontwerp (I) 283
Wetsontwerp (II) 318
Coördinatie van de artikelen (I) 321
Coördinatie van de artikelen (II) 434
Adviezen van de Gegevensbeschermingsautoriteit 441

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

5 février 2026

PROJET DE LOI-CADRE (I)

PROJET DE LOI-CADRE (II)

Sommaire Pages

Résumé (I) 3
Résumé (II) 4
Exposé des motifs (I) 5
Exposé des motifs (II) 56
Avant-projet de loi 63
Analyse d'impact 181
Avis du Conseil d'État 244
Projet de loi (I) 283
Projet de loi (II) 318
Coordination des articles (I) 382
Coordination des articles (II) 437
Avis de l'Autorité de protection des données 455

03003

De regering heeft dit wetsontwerp op 5 februari 2026 ingediend.	*Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 5 février 2026.*
De "goedkeuring tot drukken" werd op 6 februari 2026 door de Kamer ontvangen.	*Le "bon à tirer" a été reçu à la Chambre le 6 février 2026.*

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

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

SAMENVATTING (I)

Met dit wetsontwerp, en het samenhangende ontwerp van Kaderwet II, wordt uitwerking gegeven aan een aantal belangrijke hervormingen in de gezondheidszorg opgenomen in het regeerakkoord. Het ontwerp behandelt, onder andere:

1° het begrotingsproces van de ziekteverzekering, met onder meer de introductie van een zogenaamde opdrachtrenbrief aan het verzekeringscomité;

2° de herziening en modernisering van het proces rond tariefakkoorden bij zorgverleners, het betreft onder meer de regels inzake de werking en samenstelling van de commissies zorgverleners – verzekeringsinstellingen, de regels inzake de inhoud van de akkoorden, de procesmatige regels met betrekking tot de totstandkoming, de inwerkingtreding, de verlenging, de wijziging en het einde van tariefakkoorden of tariefregels en ook de invoering van maximumsupplementen voor terugbetaalde prestaties in de verplichte ziekteverzekering

3° wetswijzigingen, om het correcte gebruik van de RIZIV-tegemoetkomingen te verzekeren en de controle ervan te versterken, onder meer voorziet het ontwerp van Kaderwet II in het versterken van de handhaving via de mogelijkheid om het gebruik van het RIZIV-nummer te schorsen in geval van frauduleuze facturatie;

4° een timing voor de verdere digitalisering en daarmee gepaard gaande administratieve vereenvoudiging voor zorgverleners.

RÉSUMÉ (I)

Ce projet de loi, ainsi que le projet de Loi-cadre II qui y est lié, concrétisent plusieurs réformes importantes dans le domaine des soins de santé prévues dans l'accord de gouvernement. Le projet traite entre autres:

1° du processus relatif au budget de l'assurance maladie, avec notamment l'introduction d'une "lettre de mission" au Comité de l'assurance;

2° de la révision et de la modernisation du processus pour parvenir aux tarifs conventionnés chez les dispensateurs de soins; il s'agit notamment des règles relatives au fonctionnement et à la composition des commissions réunissant prestataires de soins et organismes assureurs, des règles relatives au contenu des accords, des règles de procédure relatives à l'établissement, à l'entrée en vigueur, au renouvellement, à la modification et à la dénonciation des accords ou règles tarifaires, ainsi que de l'introduction de suppléments maximaux pour les prestations remboursables dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire;

3° d'adaptations légales dans le but de veiller à l'application correcte des interventions de l'INAMI et d'en renforcer le contrôle; le projet de Loi-cadre II prévoit notamment le renforcement du contrôle par la possibilité de suspendre l'utilisation du numéro INAMI en cas de facturation frauduleuse;

4° du calendrier de la poursuite de la digitalisation et des simplifications administratives qui y sont liées en faveur des dispensateurs.

SAMENVATTING (II)

De bepalingen uit dit ontwerp houden verband met de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. Volgend op het advies van de Raad van State werden ze opgenomen in een apart ontwerp.

Ze voorzien de bevoegdheid voor de administratieve rechtscolleges om de opschorting van het RIZIV-nummer op te leggen als alternatieve sanctie in bepaalde duidelijk omschreven gevallen. Daarnaast wordt er een verduidelijking toegevoegd over een reeds bestaande bijkomende maatregel, het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling.

Tot slot worden de voorwaarden om als lid van de administratieve rechtscolleges benoemd te kunnen worden aangepast en wordt er een bepaling voorzien om de continuïteit van de werking van de rechtscolleges te kunnen garanderen.

RÉSUMÉ (II)

Les dispositions de ce projet concernent les juridictions administratives instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI. Suite à l'avis du Conseil d'État, elles ont été reprises dans un projet distinct.

Elles prévoient la compétence des juridictions administratives pour imposer la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative dans certains cas clairement définis. En outre, une clarification est ajoutée concernant une mesure supplémentaire déjà existante, à savoir l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant.

Enfin, les conditions pour être nommé membre des juridictions administratives sont adaptées et une disposition est prévue afin de garantir la continuité du fonctionnement des juridictions.

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

HOOFDSTUK 1

Inleidende bepaling

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

HOOFDSTUK 2

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

Afdeling 1

Begrotingsproces

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

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

Op basis daarvan maakt de Ministerraad uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief op waarin duidelijk de beleidsprioriteiten worden vermeld voor het aankomende begrotingsjaar rekening houdende met het budgettaire kader. Zo kan bijvoorbeeld worden voorgesteld dat een bepaald percentage van de begrotingsdoelstelling gereserveerd wordt voor gezondheidszorgdoelstellingen en waarbij aan één of meerdere sectoren (in onderling overleg indien het om meerdere sectoren gaat) een opdracht wordt gegeven om budgettaire middelen daartoe aan te wenden (om zo

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 1ER

Disposition introductive

Article 1er

Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétence.

CHAPITRE 2

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section 1re

Processus budgétaire

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

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

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

te vermijden dat de wettelijk voorziene groeinorm louter dient om volumestijgingen op te vangen en/of volledig verdeeld wordt over de sectoren zonder rekening te houden met prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen). De opdrachtbrief biedt aldus het kader waarbinnen het Verzekeringscomité diens wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste begrotingsvoorstel (begrotingsdoelstelling) dient uit te voeren. Het Verzekeringscomité kan voor zover hetzelfde doel wordt nagestreefd én er binnen het algemene kader van de opdrachtbrief gebleven wordt, zijn opdracht ten volle opnemen en in hun begrotingsvoorstel nog alternatieven voorstellen.

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

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

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

Het door de Ministerraad goedgekeurde ontwerp wordt vervolgens het uitgangspunt voor de bespreking van het begrotingsdossier in de Algemene Raad. Indien er geen ontwerp vanuit de Ministerraad is blijft het vertrekpunt voor de behandeling door de Algemene Raad het voorstel van het Verzekeringscomité (dat beperkt is tot de begrotingsdoelstelling). Ongeacht enig eerder door de Ministerraad goedgekeurd ontwerp van gezondheidszorgbegroting of voorstel van begrotingsdoelstelling door het Verzekeringscomité blijft de Algemene Raad wel steeds finaal bevoegd om over de gezondheidszorgbegroting te beslissen, waarbij zij uiteraard wel binnen de budgettaire grenzen dienen te blijven. Een door de sociale partners gedragen begroting blijft immers belangrijk. Voor wat

norme de croissance prévue par la loi ne serve qu'à absorber les augmentations de volumes et/ou ne soit entièrement répartie entre les secteurs sans tenir compte des objectifs prioritaires en matière de soins de santé). La lettre de mission fournit donc le cadre dans lequel le Comité de l'assurance doit exercer sa mission légale d'établir une première proposition de budget (objectif budgétaire). Le Comité de l'assurance peut, pour autant que le même objectif soit poursuivi et que le cadre général de la lettre de mission soit respecté, exercer pleinement sa mission et proposer des alternatives dans sa proposition budgétaire.

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

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

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

Le projet approuvé par le Conseil des ministres devient ensuite le point de départ de la discussion du dossier budgétaire au Conseil général. S'il n'y a pas de projet du Conseil des ministres, le point de départ de l'examen par le Conseil général reste la proposition du Comité de l'assurance (qui se limite à l'objectif budgétaire). Quel que soit le projet de budget des soins de santé approuvé par le Conseil des ministres ou la proposition d'objectif budgétaire approuvée par le Comité de l'assurance, le Conseil général reste toutefois toujours compétent en dernier ressort pour décider du budget des soins de santé, tout en restant bien sûr dans les limites budgétaires. En effet, un budget porté par les partenaires sociaux reste important. En ce qui concerne la compétence du Conseil

betreft de bevoegdheid van de Algemene Raad blijft het dus tevens zo dat een unanieme instemming van de regeringsvertegenwoordigers in dat orgaan noodzakelijk is.

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

De Ministerraad (/minister) kan elke bevoegdheid die hij heeft in het begrotingsproces (de opdrachtbrief, de ontwerpbegroting na het voorstel van het Verzekeringscomité en voor de beslissing in de Algemene Raad, én het bepalen van de begroting indien geen (tijdige) begrotingsbeslissing werd genomen in de Algemene Raad) ook uitoefenen gedurende een periode van een regering in lopende zaken.

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

Bij elke vaststelling van een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling die de globale begrotingsdoelstelling dreigt te doen ontsporen (waarbij er met andere woorden niet de nodige onderlinge compensaties mogelijk zijn tussen partiële begrotingsdoelstellingen) dienen aldus de maatregelen en mechanismen in gang te worden gezet om de naleving van het begrotingskader te waarborgen. In dat kader dient te worden bekeken welke sectoren en welke partiële doelstellingen op dat vlak dus welke inspanning zouden moeten doen. Dit past tevens binnen de meer globale strategie om het doelmatige gebruik van de middelen te bevorderen. Gerechtvaardigde overschrijdingen van een partiële begrotingsdoelstelling zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, waar de sector geen controle over heeft en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op

général, le consentement unanime des représentants du gouvernement au sein de cet organe reste donc également nécessaire.

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

Le Conseil des ministres (/ministre) peut également exercer toute compétence dont il dispose dans le processus budgétaire (la lettre de mission, le projet de budget après la proposition du Comité de l'assurance et avant la décision au Conseil général, ainsi que la fixation du budget si aucune décision budgétaire n'a été prise (dans les délais) au Conseil général) au cours d'une période de gouvernement en affaires courantes.

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

Toute observation d'un dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel qui risque de faire dérailler l'objectif budgétaire global (quand, en d'autres termes, des compensations nécessaires entre les objectifs budgétaires partiels ne sont pas possibles), doit déclencher les mesures et les mécanismes afin d'assurer le respect du cadre budgétaire. Dans ce cadre, il convient d'examiner quels secteurs devraient faire des efforts et pour quels objectifs partiels. Cela s'inscrit également dans la stratégie plus globale visant à promouvoir l'utilisation efficace des ressources. Les dépassements justifiés d'un objectif budgétaire partiel sont des dépassements qui résultent de facteurs externes ou qui résultent d'une obligation légale ou réglementaire, échappant au contrôle du secteur et qui entraînent une dynamique de dépenses imprévues, comme par exemple une augmentation temporaire du nombre de consultations de médecins généralistes suite à une campagne de vaccination décidée en raison de l'apparition soudaine d'un virus, ou une campagne de prévention (au niveau des entités fédérées) qui entraîne une forte augmentation du nombre de prestations de

deelstatelijk niveau) dat leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie).

Art. 2

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

— de bevoegdheid van de Algemene Raad in 7° om te beslissen of de nieuwe nationale akkoorden die ter goedkeuring voorliggen aan het Verzekeringscomité of de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de minister conform zijn met de eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen), wordt aangevuld met de bevoegdheid om ook voor de nog doorlopende nationale akkoorden (inclusief in geval van verlenging of voor bestaande wijzigingsclausules) te beslissen of deze conform zijn met de ondertussen vastgestelde eerstvolgende begroting (en meer bepaald de betrokken partiële begrotingsdoelstellingen);

— de bepaling bij 12° wordt gewijzigd met als doel te verduidelijken dat de Algemene Raad een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling of van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, of een risico op één van die overschrijdingen, vaststelt. Dergelijke vaststelling gebeurt op basis van objectief cijfermateriaal beschikbaar tijdens het begrotingsjaar (bvb. de initiële technische ramingen, de herziene technische ramingen, de permanente audit of de maandelijkse evolutie van de uitgaven). Met betrekking tot een partiële begrotingsdoelstelling wordt de vaststelling van de Algemene Raad bij voorkeur en indien mogelijk voorafgegaan door input van de betrokken sector (via advies van de akkoordencommissie voor de sectoren met dergelijke commissie, voor de andere sectoren via informeel overleg met de sector). Daarnaast kan de Algemene Raad steeds beslissen om de bestaande wettelijke maatregelen en mechanismen met betrekking tot partiële begrotingsdoelstellingen te gebruiken wanneer wordt vastgesteld dat de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar dreigt overschreden te worden op beduidende niet gerechtvaardigde wijze.

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State.

suivi facturées à l'assurance obligatoire soins de santé (par exemple, la campagne de dépistage du cancer du côlon a entraîné une augmentation des dépenses en gastro-entérologie).

Art. 2

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

— la compétence du Conseil général au point 7° pour décider si les nouveaux accords nationaux qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre sont conformes avec le prochain budget (et plus spécifiquement les objectifs budgétaires partiels pertinents) est complétée par la compétence de décider également si les accords nationaux encore en cours (y compris en cas de prolongation ou pour des avenants existants) sont conformes au budget adopté dans l'intervalle (et, plus spécifiquement, aux objectifs budgétaires partiels pertinents);

— la disposition au point 12° est modifiée afin de préciser que le Conseil général constate un dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire annuel partiel ou de l'objectif budgétaire annuel global, ou un risque d'un de ces dépassements. Cette constatation est faite sur base de données chiffrées objectives disponibles au cours de l'exercice budgétaire (par exemple, les estimations techniques initiales, les estimations techniques revues, l'audit permanent ou l'évolution mensuelle des dépenses). En ce qui concerne un objectif budgétaire partiel, le constat du Conseil général est de préférence, et si possible, précédé par un input du secteur concerné (via l'avis de la commission d'accords pour les secteurs disposant d'une telle commission, pour les autres secteurs via une consultation informelle avec le secteur). En outre, le Conseil général peut toujours décider de recourir aux mesures et mécanismes juridiques existants relatifs aux objectifs budgétaires partiels lorsqu'il est constaté que l'objectif budgétaire global de l'année en cours risque d'être dépassé significativement de manière non justifiée.

Le projet a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'État.

Art. 3

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

— de Commissie voor begrotingscontrole in diens advies op het voorstel van begrotingsdoelstelling van het Verzekeringscomité ook rekening dient te houden met:

o de conformiteit van de bestaande nationale akkoorden (inclusief in geval van verlenging of voor bestaande wijzigingsclausules) die nog blijven lopen tijdens het begrotingsjaar – inclusief nationale akkoorden die verlengd zouden worden – met dat voorstel. Dit om coherentie te voorzien met de opdracht van de Algemene Raad voorzien in artikel 16, 7°;

o én de opdrachtbrief van de Ministerraad indien die tijdig werd opgemaakt;

— de uiterste datum voor het uitbrengen van dat advies de tweede maandag van oktober wordt;

— het advies op dezelfde dag dat het wordt uitgebracht wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité dient het advies vervolgens aan de minister van Sociale Zaken te worden bezorgd, gelet op de nieuwe tussenstap in de begrotingsprocedure waarbij de minister een ontwerpbegroting ter goedkeuring voorlegt aan de Ministerraad vooraleer het begrotingsdossier behandeld wordt in de Algemene Raad.

Art. 4

De wijzigingen in dit artikel voorzien erin dat:

— aangezien na het voorstel van het Verzekerings_comité betreffende de begrotingsdoelstelling het voor de Ministerraad mogelijk wordt om op voorstel van de minister van Sociale Zaken een begrotingsontwerp te doen, het Verzekeringscomité niet meer gevraagd zal worden om hun voorstel te herzien volgend op het advies daarop van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen;

— ook hier verduidelijkt wordt dat het advies van de commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen op het voorstel van het Verzekeringscomité op dezelfde dag dat het wordt uitgebracht wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Net zoals bij artikel 18 is het dan vervolgens zo dat via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in

Art. 3

Les modifications dans cet article prévoient que:

— la Commission de contrôle budgétaire prend également en considération dans son avis sur la proposition d'objectif budgétaire du Comité de l'assurance:

o la conformité des accords nationaux existants (y compris en cas de prolongation ou pour des avenants existants) qui restent encore en vigueur pendant l'exercice budgétaire – y compris les accords nationaux qui seraient renouvelés – avec cette proposition. Ceci afin d'assurer la cohérence avec la mission du Conseil général prévue à l'article 16, 7°;

o et la lettre de mission du Conseil des ministres si elle a été émise à temps;

— le délai pour l'émission de cet avis est fixé au deuxième lundi d'octobre;

— l'avis est transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance, l'avis doit ensuite être transmis au ministre des Affaires sociales, compte tenu de la nouvelle étape intermédiaire dans la procédure budgétaire par laquelle le ministre soumet un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit traité au Conseil général.

Art. 4

Les modifications dans cet article prévoient que:

— étant donné qu'après la proposition du Comité de l'assurance relative à l'objectif budgétaire il devient possible pour le Conseil des ministres d'élaborer un projet de budget sur proposition du ministre des Affaires sociales, il ne sera plus demandé au Comité de l'assurance de revoir leur proposition à la suite de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé;

— il est également clairement précisé que l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé sur la proposition du Comité de l'assurance sera transmis au Conseil général et au Comité de l'assurance le jour-même où il est émis. Comme pour l'article 18, l'avis sera ensuite soumis au ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs membres du Conseil général représentant le gouvernement ou d'un

het Verzekeringscomité het advies vervolgens aan de minister van Sociale Zaken zal worden bezorgd, gelet op de nieuwe tussenstap in de begrotingsprocedure waarbij de minister een ontwerpbegroting ter goedkeuring voorlegt aan de Ministerraad vooraleer het begrotingsdossier behandeld wordt in de Algemene Raad.

Art. 5

De bepaling in artikel 35*octies*, § 2, tweede lid, wordt aangepast overeenkomstig de geldende begrotingsprocedure. Zo wordt uitdrukkelijk voorzien dat de jaarlijkse honorariummassa van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek deel uitmaakt van zowel de initiële als herziene technische ramingen zoals bedoeld in artikel 38, zesde lid. Daarnaast wordt de formulering van deze bepaling aangepast om deze te aligneren met de geldende bepalingen inzake de begrotingsprocedure (met name wie beslist over de vaststelling van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en verdere onderverdeling daarvan partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen).

Deze bepaling werd ingevoegd in het ontwerp volgend op het advies van de Raad van State.

Art. 6

Opdat de Ministerraad voor het opstellen van hun opdrachtbrief op uiterlijk 20 juli tijdig zou beschikken over de nodige pertinente gegevens en basisdocumenten met het oog op de volgende begroting, wordt de datum vervroegd – 30 juni i.p.v. 1 september – voor wat betreft het eventueel overmaken van de voorstellen inzake besparingsmaatregelen, doelmatige zorg en behoeften vanuit de akkoordencommissies. Naar analogie wordt diezelfde datum ook voorzien voor wat betreft het eventueel formuleren van voorstellen tot het verhogen van de doelmatige zorg binnen hun sector door de akkoordencommissies.

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

Via één of meerdere leden in de Algemene Raad die de overheid vertegenwoordigen of via een Regeringscommissaris in het Verzekeringscomité zullen de

commissaire du gouvernement siégeant au sein du Comité de l'assurance, compte tenu de la nouvelle étape intermédiaire dans la procédure budgétaire par laquelle le ministre soumet un projet de budget à l'approbation du Conseil des ministres avant que le dossier budgétaire ne soit examiné par le Conseil général.

Art. 5

La disposition dans l'article 35*octies*, § 2, alinéa 2, est modifiée conformément à la procédure budgétaire en vigueur. Ainsi, il est expressément prévu que la masse d'honoraires annuelle des pharmaciens pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques remboursables dans une pharmacie ouverte au public fait partie des estimations techniques telles que visées à l'article 38, alinéa 6. De plus, la formulation de cette disposition est modifiée afin de l'aligner avec les dispositions en matière de procédure budgétaire en vigueur (notamment en ce qui concerne qui décide de la fixation de l'objectif budgétaire annuel global et de sa subdivision en objectifs budgétaires annuels partiels).

Cette disposition a été insérée dans le projet à la suite de l'avis du Conseil d'État.

Art. 6

Afin de s'assurer que le Conseil des ministres dispose à temps des informations pertinentes et des documents de base nécessaires pour le prochain budget pour la rédaction de sa lettre de mission au plus tard le 20 juillet, la date est avancée – le 30 juin au lieu du 1er septembre – en ce qui concerne la présentation éventuelle des propositions sur les mesures d'économies, l'efficacité des soins et les besoins des Commissions d'accords. Par analogie, la même date est également prévue en ce qui concerne la formulation éventuelle des propositions visant à augmenter l'efficacité des soins au sein de leur secteur par les Commissions d'accords.

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

Les propositions visées dans le présent article sont transmises au ministre des Affaires sociales par l'intermédiaire d'un ou plusieurs membres du Conseil général

voorstellen bedoeld in dit artikel aan de minister van Sociale Zaken worden bezorgd.

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

Tenslotte wordt ook expliciet ingeschreven dat de technische ramingen – zowel de initiële (uiterlijk 31 mei bekend) als de herziene technische ramingen (uiterlijk 15 september bekend) – besproken worden in de Ministerraad. De technische ramingen opgemaakt door het RIZIV zijn korte termijn projecties van de uitgaven voor geneeskundige verzorging op basis van trendanalyses en ramingen van de impact van beleidsmaatregelen. De technische ramingen leveren informatie op voor de opmaak van het komende begrotingsjaar en de opvolging van het lopende begrotingsjaar.

Art. 7

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

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

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

représentant le gouvernement ou un commissaire du gouvernement siégeant au Comité de l'assurance.

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

Enfin, il est également explicitement mentionné que les estimations techniques – tant les estimations techniques initiales (connues au plus tard le 31 mai) que les estimations techniques révisées (connues au plus tard le 15 septembre) – sont discutées en Conseil des ministres. Les estimations techniques établies par l'INAMI sont des projections à court terme des dépenses de soins de santé basées sur des analyses de tendances et des estimations de l'impact des mesures politiques. Les estimations techniques fournissent des informations pour la préparation de l'exercice budgétaire suivant et le suivi de l'exercice budgétaire en cours.

Art. 7

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

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

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

— vervolgens legt de minister na de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (en eveneens gelet op de herziene technische ramingen) een ontwerp van volledige gezondheidszorgbegroting (dus deel binnen en buiten begrotingsdoelstelling) ter goedkeuring voor aan de Ministerraad.

Op het vlak van timing van deze stap in het begrotingsproces wordt voorzien dat de minister ten vroegste een ontwerp kan voorleggen aan de Ministerraad na de uiterste datum voor de adviezen van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (zijnde de tweede maandag van oktober), hetwelk dan door de Ministerraad te behandelen is uiterlijk het einde van diezelfde week (zijnde de tweede vrijdag van oktober);

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

Art. 8

De Algemene Raad blijft uiteindelijk bevoegd om de gezondheidszorgbegroting -deel binnen en buiten doelstelling- vast te stellen. Het kan dit doen vertrekkende vanuit het begrotingsontwerp goedgekeurd door de Ministerraad – dat erna nog op diezelfde dag voor de leden van de Algemene Raad beschikbaar moet zijn en desgevallend kan worden toegelicht door een vertegenwoordiger sociale zaken van de overheid – of bij gebrek daaraan vertrekkende vanuit het voorstel van het Verzekeringscomité betreffende de begrotingsdoelstelling (waaraan dan het deel buiten doelstelling door de Algemene Raad wordt toegevoegd). De Algemene Raad kan dus steeds finaal zelf beslissen over de gezondheidszorgbegroting (en indien het dit nodig acht dus ook een eerder ontwerp/voorstel amenderen), waarbij er uiteraard wel binnen de budgettaire grenzen dient te worden gebleven.

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

— ensuite, après avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (et également compte tenu des estimations techniques révisées), le ministre soumet un projet de budget complet relatif au soins de santé (à savoir une partie dans et hors objectif budgétaire) à l'approbation du Conseil des ministres.

En ce qui concerne le calendrier de cette étape dans le processus budgétaire, il est prévu que le ministre peut soumettre un projet au Conseil des ministres au plus tôt après la date limite pour les avis de la Commission de contrôle budgétaire et la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (c'est-à-dire le deuxième lundi d'octobre), projet qui est ensuite traité par le Conseil des ministres au plus tard à la fin de cette même semaine (c'est-à-dire le deuxième vendredi d'octobre);

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

Art. 8

Le Conseil général reste compétent en dernier ressort pour déterminer le budget des soins de santé, dans et hors objectif. Il peut le faire sur base du projet de budget approuvé par le Conseil des ministres – qui doit ensuite encore être mis à la disposition des membres du Conseil général ce même jour et peut, le cas échéant, être présenté par un représentant Affaires sociales de l'autorité – ou, à défaut, sur base de la proposition du Comité de l'assurance en ce qui concerne l'objectif budgétaire (à laquelle se rajoute par le Conseil général ensuite la partie hors objectif). Cependant, le Conseil général peut donc toujours lui-même prendre la décision finale sur le budget des soins de santé (et donc s'il le juge nécessaire, également modifier un projet/une proposition antérieure), tout en restant bien sûr dans les limites budgétaires.

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

Afdeling 2

Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

In uitvoering van het regeerakkoord wordt een nieuw conventiemodel voorgesteld. De regels inzake de akkoorden voor artsen en tandartsen enerzijds en de overeenkomsten voor andere zorgverleners anderzijds worden geharmoniseerd en vereenvoudigd. De terminologie wordt geüniformiseerd. Voor alle sectoren zullen voortaan de termen “akkoorden” en “akkoordencommissies” worden gebruikt. Er wordt voorzien in een strikt tijdsschema voor het sluiten en goedkeuren van de akkoorden. Als er op 31 december geen akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat ter toetreding wordt voorgelegd aan de betrokken zorgverleners. Als er op 31 januari geen document is vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, verliest het Verzekeringscomité zijn bevoegdheid ter zake en kan de minister van Sociale zaken in de loop van februari een dergelijk document vaststellen. Dat document moet ten laatste op de laatste dag van februari worden goedgekeurd door de Algemene raad. De goedgekeurde akkoorden en documenten worden vervolgens voor akkoord voorgelegd aan de Ministerraad.

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

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

Section 2

Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

En exécution de l’accord de gouvernement fédéral, un nouveau modèle de conventionnement est proposé. Les règles concernant les accords pour les médecins et les dentistes d’une part et les conventions pour les autres dispensateurs de soins d’autre part sont harmonisées et simplifiées. La terminologie est uniformisée. Pour tous les secteurs, les termes “accords” et “commissions d’accords” seront désormais utilisés. Il est prévu un schéma temporel strict pour la conclusion et l’approbation des accords. Si aucun accord n’a été approuvé par le Comité de l’assurance et le Conseil général au 31 décembre, le Comité de l’assurance peut établir un document à soumettre aux dispensateurs de soins concernés en vue de leur adhésion. Si, au 31 janvier, aucun document n’a été établi par le Comité de l’assurance et approuvé par le Conseil général, le Comité de l’assurance perd sa compétence en la matière et le ministre des Affaires sociales peut établir un tel document dans le courant du mois de février. Ce document doit, au plus tard le dernier jour de février, être approuvé par le Conseil général. Les accords et documents approuvés sont ensuite soumis au Conseil des ministres pour accord.

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

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

zorgverleners die waren toegetreden tot het verstreken akkoord of het verstreken document er toe gehouden de tarieven te respecteren tot de laatste dag van februari.

De mogelijkheid voor artsen en tandartsen om zich gedeeltelijk te conventioneren wordt behouden.

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

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

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

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

— een deel dat de regels inzake de werking en samenstelling van de commissies herneemt;

— een deel dat de regels inzake de inhoud van de akkoorden herneemt;

— een deel dat de procesmatige regels met betrekking tot de totstandkoming, de inwerkingtreding, de verlenging, de wijziging en het einde van tariefakkoorden of tariefregels herneemt;

— en tenslotte een deel dat de regels inzake gevolgen en voordelen van het conventiestatuut herneemt.

Art. 9

De verwijzing naar de bevoegdheid van de minister om in geval van verzet tegen de beslissing van het Verzekeringscomité inzake goedkeuring van een akkoord de bevoegdheden van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 51, § 1, vierde lid, uit te oefenen wordt opgeheven. Die laatste bepaling, die voorziet in de mogelijkheid om opmerkingen te maken of zelf een voorstel te formuleren

restent tenus de respecter les tarifs jusqu'au dernier jour du mois de février.

La possibilité pour les médecins et les dentistes de se conventionner partiellement est maintenue.

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

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

Les différentes primes et interventions financières versées par l'INAMI aux dispensateurs de soins ne seront plus octroyées que si le dispensateur de soins est conventionné.

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

— une partie qui reprend les règles concernant le fonctionnement et la composition des commissions;

— une partie qui reprend les règles concernant le contenu des accords;

— une partie qui reprend les règles de procédure relatives à l'établissement, à l'entrée en vigueur, au renouvellement, à la modification et à la dénonciation des accords tarifaires ou des règles tarifaires;

— et enfin, un partie qui reprend les règles concernant les conséquences et avantages du statut de conventionnement.

Art. 9

La référence à la compétence du ministre d'exercer, en cas d'opposition à la décision du Comité de l'assurance relative à l'approbation d'un accord, les compétences du Comité de l'assurance visées à l'article 51, § 1er, alinéa 4, est abrogée. Cette dernière disposition, qui prévoit la possibilité de formuler des observations ou de formuler elle-même une proposition dans certains

binnen bepaalde termijnen, wordt niet hernomen in het huidig ontwerp. Dat sluit uiteraard niet uit dat er alsnog overleg plaatsvindt om binnen de finaal vastgestelde termijn tot een door alle betrokken partijen gedragen akkoord te komen.

Art. 11

De bepalingen betreffende de samenstelling en de werking van de overeenkomsten- en akkoordencommissies zijn nu verspreid over verschillende artikels van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

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

De inleidende zin werd niet aangepast volgend op het advies van de Raad van State gezien het artikel wel degelijk is gewijzigd door de wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Artikel 43 van die wet heeft in de Nederlandse tekst het woord “geneesheren-ziekenfondsen” telkens vervangen door het woord “artsen-ziekenfondsen”.

Art. 13

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

délais, n’est pas reprise dans le présent projet. Cela n’exclut évidemment pas qu’il y ait encore des concertations en vue de parvenir, dans le délai finalement fixé, à un accord soutenu par toutes les parties concernées.

Art. 11

Les dispositions concernant la composition et le fonctionnement des commissions de conventions ou d’accords sont à ce jour dispersées dans différents articles de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

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

La phrase liminaire n’a pas été adaptée conformément à l’avis du Conseil d’État vu que l’article a bien été modifié par la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé. L’article 43 de cette loi a chaque fois remplacé, dans le texte néerlandais, le mot “*geneesheren-ziekenfondsen*” par le mot “*artsen-ziekenfondsen*”.

Art. 13

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

Art. 15

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

Art. 16

Artikel 44 van de gecoördineerde wet bevat bepalingen betreffende de inhoud van de overeenkomsten met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen en toestellen.

Dit artikel zal voortaan ook van toepassing zijn op de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen. De terminologie wordt gemoderniseerd en in overeenstemming gebracht met de huidige benaming van de beroepen. De terminologie “verstrekkers van prothesen en toestellen” wordt vervangen door “de orthopedisch technologen, de audiciens en de opticiens”. De honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen te worden vermenigvuldigd, waarbij evenwel geldt dat de honoraria en prijzen voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of waarvoor de patiënt niet aan de gestelde voorwaarden voldoet hieraan niet onderhevig zijn.

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

Naar analogie met de akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen wordt voorzien in de mogelijkheid om in de akkoorden met de andere sectoren de voorwaarden vast te stellen inzake bijzondere eisen van de rechthebbenden waarin het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen mag worden overschreden. Dat kan bijvoorbeeld gaan over

Art. 15

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

Art. 16

L’article 44 de la loi coordonnée contient les dispositions concernant le contenu des conventions avec les sages-femmes, les praticiens de l’art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses et d’appareils.

Cet article sera désormais également d’application aux accords avec les médecins et les praticiens de l’art dentaire. La terminologie est modernisée et alignée sur la désignation actuelle des professions. La terminologie “fournisseurs de prothèses et d’appareils” est remplacée par “les technologues orthopédiques, les opticiens audiciens et les audiciens opticiens”. Les honoraires et prix sont établis en déterminant des facteurs par lesquels sont multipliées les valeurs relatives visées à l’article 35, § 1er, étant entendu toutefois que les honoraires et prix des prestations non reprises dans la nomenclature ou pour lesquelles le patient ne remplit pas les conditions fixées ne sont concernés.

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

Par analogie avec les accords avec les médecins et les dentistes, la possibilité est prévue dans les accords avec les autres secteurs de déterminer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé. Il peut par exemple s’agir des prestations qui, à la demande du

verstrekkingen die op verzoek van de rechthebbende worden verricht na een bepaald uur of tijdens het weekend of op een wettelijke feestdag.

Naar analogie van wat is voorzien voor het akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt ook voorzien in de mogelijkheid om in de akkoorden met andere sectoren de toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen vast te stellen voor de zorgverleners die tot de akkoorden zijn toegetreden (richttarieven). De richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van de richttarieven moet worden geëvalueerd. Die richttarieven mogen ook in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, bijvoorbeeld voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat het bedrag van de vergoeding achterhaald is. Om de patiënten te beschermen tegen hoge kosten voor gezondheidszorg worden de richttarieven opgenomen in de maximumfactuur.

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

Voor de artsen en de tandartsen wordt de mogelijkheid van gedeeltelijke conventionering behouden. De partiële toetreding is sinds de wet van 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering altijd enkel voorzien voor artsen en tandheelkundigen. Het ontwerp verandert niets aan de bestaande regeling. Het ontwerp beoogt de verschillen tussen de systemen van de akkoorden en de overeenkomsten zoveel mogelijk weg te werken. Het is de bedoeling om zoveel mogelijk zorgverleners aan te zetten om zich te conventioneren zodat zoveel mogelijk rechthebbenden een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De schrapping van de partiële toetreding voor artsen en tandheelkundigen zou tot gevolg hebben dat minder artsen en tandheelkundigen toetreden tot de akkoorden. Een lagere conventiegraad zou de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten in het gedrang brengen.

De situatie is hoe dan ook anders en aangepast per sector. Psychologen en ergotherapeuten hebben bijvoorbeeld geen klassiek conventiesysteem en apothekers hebben dan weer niet dezelfde keuze inzake prijsaanrekening. Artsen werken vaak zowel in hun privépraktijk als in een ziekenhuis. De vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 pct. voor niet-geconventioneerden bestaat ook niet voor artsen en tandheelkundigen.

bénéficiaire, sont réalisées après une heure déterminée, pendant le week-end, ou lors d'un jour férié légal.

Par analogie à ce qui est prévu pour les accords dento-mutualistes, la possibilité est également prévue de fixer dans les accords avec les autres secteurs des dépassements d'honoraires et de prix maximums autorisés, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords (tarifs indicatifs). Les tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et leur inclusion doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils peuvent seulement être prévus dans des situations spécifiques, par exemple pour des formes innovantes de soins ou lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réétalonnée depuis si longtemps que le montant du remboursement est devenu obsolète. Afin de protéger les patients contre des coûts élevés de soins de santé, les tarifs indicatifs sont repris dans le maximum à facturer.

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

Pour les médecins et les dentistes, la possibilité d'un conventionnement partiel est maintenue. Depuis la loi de 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'adhésion partielle n'est prévue que pour les médecins et les dentistes. Le projet ne modifie pas la réglementation existante. Le projet vise à éliminer autant que possible les différences entre les systèmes des accords et des conventions. L'objectif est d'inciter le plus grand nombre possible de dispensateurs de soins à se conventionner afin que le plus grand nombre possible de bénéficiaires puissent faire appel aux soins de santé aux tarifs conventionnels. La suppression de l'adhésion partielle pour les médecins et les dentistes aurait pour conséquence une diminution du nombre de médecins ou de dentistes adhérant aux accords. Une baisse du taux de conventionnement compromettrait l'accessibilité financière des soins pour les patients.

La situation est de toute façon différente et adaptée selon le secteur. Les psychologues et les ergothérapeutes, par exemple, n'ont pas de système de conventionnement classique et les pharmaciens n'ont pas le même choix en matière de facturation des prix. Les médecins travaillent souvent aussi bien dans leur cabinet privé que dans un hôpital. La réduction de l'intervention de l'assurance de 25 p.c. pour les non-conventionnés n'existe pas non plus pour les médecins et les dentistes.

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

Art. 18

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

Art. 20

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

Art. 22

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

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

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

Art. 23

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

Op grond van de huidige paragraaf 2 kunnen de overeenkomsten bepalen dat de commissie waarin de overeenkomst is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten en dat de

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

Art. 18

L’article 46 de la loi coordonnée est modifié pour que le terme “accords” soit également utilisé ici.

Art. 20

L’article 47 de la loi coordonnée est modifié pour que les termes “accords” et “commissions d’accords” soient également utilisés ici.

Art. 22

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

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

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

Art. 23

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

En vertu de l’actuel paragraphe 2, les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l’interprétation ou de l’exécution des conventions et que la

commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur. Deze paragraaf wordt herschreven in de zin dat de commissies bevoegd zijn. Die bevoegdheid zal dus niet meer moeten worden bepaald in de akkoorden.

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

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

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

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

De bepalingen van paragraaf 7 die de Koning machtigen om de vergoedingsbedragen met maximum 25 pct. te verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die niet tot de overeenkomsten zijn toegetreden worden opgenomen in paragraaf 3 van het nieuwe artikel 51/5. De artikelen 85 en 87 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg voorzien al in de opheffing van de betrokken bepalingen van het huidige artikel 49, § 7 vanaf een door de Koning te bepalen datum. Volgend op het advies van de Raad van State werd een hoofdstuk 3 toegevoegd, dat voorziet in de opheffing van de artikelen 85 tot 87 van de wet van 22 april 2019 en van het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft. In datzelfde hoofdstuk 3 werd een artikel opgenomen dat voorziet in de opheffing van de nieuwe bepaling inzake

commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature. Ce paragraphe est réécrit afin de préciser que les commissions sont compétentes. Cette compétence ne devra donc plus être déterminée dans les accords.

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

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

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

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

Les dispositions du paragraphe 7 qui habilitent le Roi à réduire d'un maximum de 25 p.c. les taux de remboursement pour les prestations dispensées par les sages-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux conventions sont reprises au paragraphe 3 du nouvel article 51/5. Les articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoient déjà l'abrogation des dispositions concernées de l'actuel article 49, § 7, à partir d'une date à fixer par le Roi. Suite à l'avis du Conseil d'État, un chapitre 3 a été ajouté, prévoyant l'abrogation des articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 et de l'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectués par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées. Dans ce même chapitre 3, un article a été inséré prévoyant l'abrogation de la nouvelle disposition relative à la réduction de 25 p.c. de l'intervention de l'assurance pour les dispensateurs de soins non conventionnés. Ce dernier article entrera en

de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 % voor niet-geconventioneerde zorgverleners. Dit laatste artikel zal in werking treden op een door de Koning na overleg in Ministerraad te bepalen datum.

Gezien artikel 53, § 5, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 thans voorziet in een verbod op ereloonsupplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, wordt de machtiging aan de Koning om, voor de personen die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden, de nakoming van de overeenkomstenhonoraria verbindend te verklaren voor de verstrekkingen die zij verlenen aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming geschrapt.

Art. 24

Het artikel werd aangepast volgend op het advies van de Raad van State. Door de wijziging wordt het artikel 50 ondergebracht onder het huidige punt F. Gemene bepalingen. Dit punt omvat voortaan dus de artikelen 49 en 50.

Art. 25

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

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

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

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

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

vigueur à une date à fixer par le Roi après délibération en Conseil des ministres.

Étant donné que l'article 53, § 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit actuellement une interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée, l'habilitation donnée au Roi de rendre obligatoire, pour les personnes qui n'ont pas adhéré aux conventions, le respect des honoraires de la convention pour les prestations qu'ils dispensent aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire est supprimée.

Art. 24

L'article a été adapté suite à l'avis du Conseil d'État. Par la modification, l'article 50 est placé sous l'actuel point F. Dispositions communes. Ce point comprend donc désormais les articles 49 et 50.

Art. 25

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

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

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

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

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

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

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

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

De huidige bepalingen van artikel 51, §§ 2 tot 4 en §§ 6 tot 8 van de gecoördineerde wet worden opgenomen in artikel 50, behoudens de verwijzing naar de bevoegdheid van de Koning om te bepalen wat onder een beduidende overschrijding van een partiële begrotingsdoelstelling, of het risico daarop, dient begrepen te worden. Het aldus wijzigen van die bepaling om dit in overeenstemming te brengen met de realiteit waarbij het *in fine* de Algemene Raad is die de eventuele gevolgen bepaalt van een dergelijke overschrijding (of risico daarop), heeft tot gevolg dat ook het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan geen rechtsgrond meer heeft en geen rechtsgevolgen meer heeft. Het is de Algemene Raad die in het kader van diens bevoegdheden inzake begroting en het finaal beslissen over correctiemechanismen en andere maatregelen de beslissingen ter zake neemt.

Het betreft dezelfde notie als die wordt gebruikt in de bepalingen betreffende het begrotingsproces. Gerechtvaardigde overschrijdingen zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van

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

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

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

Les dispositions actuelles de l'article 51, §§ 2 à 4 et §§ 6 à 8 de la loi coordonnée sont reprises dans l'article 50, sous réserve de la référence à la compétence du Roi de déterminer ce qu'il faut entendre par dépassement significatif d'un objectif budgétaire partiel, ou le risque qu'il y ait d'un tel dépassement. La modification ainsi apportée à cette disposition, afin que celle-ci soit en concordance avec la réalité selon laquelle, *in fine*, c'est le Conseil général qui détermine les conséquences éventuelles d'un tel dépassement (ou risque de dépassement), a pour conséquence que l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel n'a plus de fondement juridique et n'a plus d'effet juridique. C'est le Conseil général qui, dans le cadre de ses compétences budgétaires et de la décision finale relative aux mécanismes de corrections et autres mesures, prend les décisions en la matière.

Il s'agit de la même notion que celle utilisée dans les dispositions relatives à la procédure budgétaire. Les dépassements justifiés sont des dépassements dus à des facteurs externes échappant au contrôle du secteur ou résultant d'une obligation légale ou réglementaire et qui génèrent une dynamique de dépenses imprévues, comme par exemple une augmentation temporaire du nombre de consultations de médecins généralistes suite

huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) [die] leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bijvoorbeeld de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie). Volgend op het advies van de Raad van State wordt de Algemene raad ook gemachtigd om vast te stellen of er een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of een risico op beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling is. Dit zal gebaseerd zijn op objectieve en becijferde elementen. In functie van de noodzakelijke timing kan daarbij ook ruimte worden gegeven aan de betrokken sector om desgevallend een advies te geven. Artikel 40 werd ook aangevuld met een definitie van de notie "gerechtvaardigde overschrijdingen".

De bepalingen die wel worden overgenomen betreffen diegene inzake de correctiemechanismen en andere maatregelen die in de akkoorden moeten worden voorzien en die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling beduidend wordt overschreden of dreigt te worden beduidend overschreden. Die bepalingen zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten. Deze uitzondering vloeit voort uit de bevoegdheid van de Akkoordencommissie tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen die zich uitsluitend beperkt tot de vaststelling van de afleveringsmarge. De vergoedingsmodaliteiten van de implantaten worden vastgesteld door de minister op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen.

Art. 27

Artikel 51 van de gecoördineerde wet stelt het proces vast voor het sluiten van de akkoorden. Er wordt een strikt tijdskader voorzien. Het sluiten van de akkoorden door de bevoegde commissies, de goedkeuring door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, die beslist of de akkoorden in overeenstemming zijn met de begroting, moet ten laatste gebeuren op 31 december. Als dat niet is gebeurd binnen die termijn, komt het aan het Verzekeringscomité toe om een document vast te stellen. Dit document moet vóór 1 februari worden vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad. De leden van de betrokken akkoordencommissie worden uitgenodigd op de vergadering van het Verzekeringscomité tijdens dewelke het document wordt besproken. Ze zetelen met raadgevende stem, tenzij ze zelf ook stemgerechtigd lid van het Verzekeringscomité zouden zijn. Bij

à une campagne de vaccination décidée en raison de l'apparition soudaine d'un virus, ou une campagne de prévention (au niveau des entités fédérées) qui entraîne une forte augmentation du nombre de prestations de suivi facturées à l'assurance obligatoire soins de santé (par exemple, la campagne de dépistage du cancer du côlon a entraîné une augmentation des dépenses en gastro-entérologie). Suite à l'avis du Conseil d'État, le Conseil général est aussi habilité pour déterminer s'il existe un dépassement significatif non justifié ou un risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel. Cela reposera sur des éléments objectifs et chiffrés. En fonction du timing nécessaire, il peut également être accordé au secteur concerné la possibilité de donner, le cas échéant, un avis. L'article 40 a également été complété par une définition de la notion de "dépassements justifiés".

Les dispositions qui sont reprises concernent les mécanismes de correction et d'autres mesures à prévoir dans les accords, qui peuvent être déclenchés lorsqu'il est établi que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé significativement ou risque d'être dépassé significativement. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants. Cette exception découle de la compétence de la Commission d'accords entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, qui se limite exclusivement à la détermination de la marge de délivrance. Les modalités de remboursement des implants sont fixées par le ministre, sur proposition de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Art. 27

L'article 51 de la loi coordonnée fixe le processus de conclusion des accords. Un cadre temporel strict est prévu. La conclusion des accords par les commissions compétentes, l'approbation par le Comité de l'assurance et le Conseil général, qui décide de leur conformité au budget, doit avoir lieu au plus tard le 31 décembre. Si cela n'a pas été fait dans ce délai, il appartient au Comité de l'assurance d'établir un document. Le Comité de l'assurance dispose d'un mois à cet effet. Ce document doit être établi avant le 1er février par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général. Les membres de la commission d'accords concernée sont invités à la réunion du Comité de l'assurance pendant laquelle le document est discuté. Ils siègent avec voix consultative, à moins qu'ils ne soient également membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative. À défaut d'établissement d'un document par le Comité

gebreke van vaststelling van een document door het Verzekeringscomité en goedkeuring door de Algemene raad binnen die termijn, kan de minister een document vaststellen. Het door de minister vastgestelde document wordt eveneens voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen. De vaststelling van het document door de minister en de goedkeuring van het document door de Algemene raad moeten gebeuren vóór 1 maart. In dat document worden o.m. de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd moeten worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten te zijn toegetreden. Dit document kan verder alle maatregelen omvatten die in een akkoord kunnen worden voorzien (richttarieven, bijzondere eisen, alternatieve aanwending van de index, enz.). De goedgekeurde akkoorden en documenten worden vervolgens voor akkoord voorgelegd aan de Ministerraad.

de l'assurance et d'une approbation du Conseil général dans ce délai, le ministre peut établir un document. Le document adopté par le ministre est également soumis au Conseil général pour déterminer sa conformité avec le budget. L'établissement d'un document par le ministre et l'approbation d'un document par le Conseil général doivent se faire avant le 1er mars. Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui servent de base aux remboursements par l'assurance et qui doivent être respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. Ce document peut également contenir toutes les mesures qui peuvent être prévues dans un accord (tarifs indicatifs, exigences particulières, utilisation alternative de l'indice, etc.). Les accords et documents approuvés sont ensuite soumis au Conseil des ministres pour accord.

Art. 28

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

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

Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de artsen en de tandartsen is deze verplichting al ingeschreven in de huidige wetsbepaling. Voor kinesitherapeuten en logopedisten volgt deze verplichting uit het koninklijk besluit van 10 februari 2018 inzake de elektronische kennisgave van weigering tot toetreding tot overeenkomsten bedoeld in artikel 49, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De verplichting om de beveiligde onlinetoepassing te

Art. 28

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

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

Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sages-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les médecins et les dentistes, cette obligation est déjà inscrite dans la disposition légale actuelle. Pour les kinésithérapeutes et les logopèdes, cette obligation résulte de l'arrêté royal du 10 février 2018 concernant la notification électronique de refus d'adhésion aux conventions mentionnée à l'article 49, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. L'obligation d'utiliser l'application en ligne sécurisée est

gebruiken wordt ook ingevoerd voor de vroedvrouwen. Het is de bedoeling om de onlinetoepassing verplicht te maken binnen een redelijke periode nadat deze voor een bepaalde sector beschikbaar is. Die toepassing is momenteel beschikbaar voor vroedvrouwen maar nog niet verplicht. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het RIZIV ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Een dergelijke verordening zal worden genomen wanneer de beveiligde onlinetoepassing voor een nieuwe sector beschikbaar is.

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

Art. 29

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

De akkoorden moeten in principe worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. Als de bevoegde commissie het akkoord wil verlengen, dient ze dit ten laatste op 30 september van het jaar waarin het akkoord afloopt uitdrukkelijk te beslissen. Immers, in het nieuwe proces moet het tijdig helder zijn of er kan uitgegaan worden van een verlenging, dan wel of

également introduite pour les sages-femmes. L'objectif est de rendre l'application en ligne obligatoire dans un délai raisonnable après qu'elle est disponible pour un secteur donné. Cette application est actuellement disponible pour les sages-femmes mais n'est pas encore obligatoire. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'INAMI. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'INAMI par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Un tel règlement sera pris lorsque l'application en ligne sécurisée sera disponible pour un nouveau secteur.

Les accords et documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins qui y ont adhéré, quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par le Conseil des ministres ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents approuvés par le Conseil des ministres qui les concernent, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhésion aux termes desdits accords ou documents. Par conséquent, les accords avec les secteurs autres que les médecins et les dentistes doivent désormais également atteindre un certain pourcentage d'adhésion pour pouvoir entrer en vigueur. L'exigence d'une certaine majorité pour les médecins généralistes d'une part et les médecins spécialistes d'autre part est maintenue pour les accords avec les médecins. Le recensement se fera uniquement au niveau national. Le recensement par région, et par conséquent la possibilité qu'un accord n'entre en vigueur que dans certaines régions, sont supprimés.

Art. 29

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

Les accords doivent en principe être conclus pour une période d'au moins deux ans calendrier. Si la commission compétente veut prolonger l'accord, elle doit le décider expressément au plus tard le 30 septembre de l'année au cours de laquelle l'accord expire. En effet, dans le nouveau processus, il doit être clair en temps utile si l'on peut supposer qu'une prolongation est envisagée

er moet van worden uitgegaan dat het proces waarbij eerst de betrokken akkoordencommissie, en vervolgens desnoods resp. het Verzekeringscomité en de minister het initiatief heeft, zijn beslag moet krijgen om te komen tot een nieuw akkoord of document. Een dergelijke verlenging zal altijd gelden voor een kalenderjaar maar kan meermaals gebeuren. De akkoorden kunnen ook voorzien in een stilzwijgende verlenging van kalenderjaar tot kalenderjaar. Om een verlenging te vermijden, moet de opzegging dan gebeuren uiterlijk drie maanden vóór de datum van verstrijken van het akkoord.

In uitzonderlijke omstandigheden kan het Verzekeringscomité een akkoord van minder dan twee kalenderjaren goedkeuren. Het moet gaan om omstandigheden die het niet mogelijk maken om een akkoord voor twee jaren te sluiten, bijvoorbeeld het onvoorspelbaar karakter van de geldende context ten gevolge van een crisis zoals de Covidpandemie.

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

Art. 30

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/3, waarin een statuut wordt gegeven aan de bestaande praktijk om overeenkomsten en akkoorden te wijzigen via wijzigingsclausules. De wijzigingsclausules die kunnen worden gesloten tijdens de looptijd van akkoorden volgen hetzelfde traject als de akkoorden. Ze moeten dus eveneens worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité, de Algemene raad, die beslist of de wijzigingsclausule in overeenstemming is met de begroting, en de Ministerraad. Voor wijzigingsclausules is, in tegenstelling tot wat is voorzien voor de vernieuwing of verlenging van akkoorden, geen bijzonder tijdsschema voorzien. Deze kunnen dus steeds tussenkomen in een lopend akkoord, voor zover daarover een akkoord wordt bereikt in de betrokken akkoordencommissie.

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

Opdat een wijzigingsclausule in werking kan treden moet hetzelfde toetredingspercentage worden bereikt als voor de akkoorden. Indien het toetredingspercentage wordt bereikt, zal het akkoord in aangepaste vorm in werking treden. Als het toetredingspercentage niet wordt bereikt, blijft het akkoord ongewijzigd van toepassing,

ou si l'on doit supposer que le processus dans lequel d'abord, la commission d'accords concernée et ensuite, si nécessaire, respectivement le Comité de l'assurance et le ministre, a l'initiative, doit être achevé pour aboutir à un nouvel accord ou un nouveau document. Une telle prolongation sera toujours prévue pour une année calendrier, mais peut se produire plus d'une fois. Les accords peuvent également prévoir une prolongation tacite d'année calendrier en année calendrier. Pour éviter une prolongation, la dénonciation doit alors se faire au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord.

Dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut approuver un accord de moins de deux années calendrier. Il doit s'agir de circonstances qui ne permettent pas de conclure un accord pour deux ans, par exemple le caractère imprévisible du contexte en vigueur à la suite d'une crise telle que la pandémie de COVID-19.

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

Art. 30

Cet article complète la loi coordonnée avec un article 51/3, dans lequel un statut est donné à la pratique existante qui consiste à modifier les conventions et les accords via des avenants. Les avenants qui peuvent être conclus pendant la durée des accords suivent le même trajet que les accords. Ils doivent donc également être approuvés par le Comité de l'assurance, le Conseil général, qui décide si l'avenant est conforme avec le budget, et le Conseil des ministres. Pour les avenants, contrairement à ce qui est prévu pour le renouvellement ou la prolongation des accords, aucun calendrier particulier n'est prévu. Ceux-ci peuvent donc toujours intervenir dans un accord en cours, pour autant qu'un accord soit atteint au sein de la commission d'accords concernée.

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

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

d.w.z. zonder de aanpassingen die worden voorgesteld door de wijzigingsclausule, en behouden de zorgverleners het conventiestatuut dat ze hadden vóór de wijzigingsclausule.

De mogelijkheden voor de zorgverleners vertalen zich dan als volgt:

— de geconventioneerde zorgverleners die hebben genotificeerd niet te wensen toe te treden tot het akkoord mét wijzigingsclausule, zullen niet langer geconventioneerd zijn indien het aangepaste akkoord mét wijzigingsclausule in werking zou treden;

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

— de geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks onder toetreding tot het aangepaste akkoord indien de wijzigingsclausule in werking zou treden;

— de geconventioneerde zorgverleners die niet reageerden tijdens de notificatieperiode zullen verder geconventioneerd blijven, en zulks verder onder het akkoord in zijn oorspronkelijke vorm wanneer in voorkomend geval de voorgestelde wijzigingsclausule niet de vereiste percentages naar instemming zou krijgen en aldus niet in werking zou treden;

— de zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het akkoord moeten echter de mogelijkheid hebben om zich te conventioneren als de wijzigingsclausle het obstakel voor hun conventionering wegneemt. Overeenkomstig het algemeen opzet van het systeem zullen ze, als ze tijdens de notificatieperiode niets hebben gemeld, nu alsnog geconventioneerd worden zodra de wijzigingsclausule na het toetredingsproces in werking zal treden, en dus vanaf dan en ten overstaan van de nieuwe tekst van het akkoord;

— de zorgverleners die eerder niet geconventioneerd waren ten overstaan van de oorspronkelijke tekst van het akkoord en die tijdens de notificatieperiode wél hebben aangegeven dat ze doorlopend verder niet geconventioneerd willen zijn en aldus ook de wijzigingsclausule *tout court* niet accepteren, zullen verder vrij zijn, ongeacht overigens of de wijzigingsclausule uiteindelijk in werk zal treden in functie van het bekomen toetredingspercentage.

l'avenant, et les dispensateurs de soins conservent le statut de conventionnement qu'ils avaient avant l'avenant.

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

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

— les dispensateurs de soins conventionnés qui ont notifié leur souhait de ne pas adhérer à l'accord avec l'avenant, resteront conventionnés si l'avenant n'entre finalement pas en vigueur et si l'accord continue ainsi à produire son contenu initial;

— les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, en adhérant à l'accord modifié si l'avenant entre en vigueur;

— les dispensateurs de soins conventionnés qui n'ont pas réagi pendant la période de notification continueront à être conventionnés et ce, dans le cadre de l'accord dans sa forme originale si, le cas échéant, l'avenant proposé n'obtenait pas les pourcentages d'adhésion requis et n'entrait pas en vigueur;

— les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord doivent cependant avoir la possibilité de se conventionner si l'avenant lève l'obstacle lié à leur déconventionnement. Conformément à l'économie générale du système, s'ils n'ont rien notifié pendant la période de notification, ils seront désormais conventionnés dès que l'avenant entrera en vigueur après le processus d'adhésion, et donc à partir de ce moment-là et par rapport au nouveau texte de l'accord;

— les dispensateurs de soins qui n'étaient pas conventionnés auparavant dans le cadre du texte initial de l'accord et qui ont indiqué pendant la période de notification qu'ils ne souhaitent pas être conventionnés de manière permanente et n'acceptent donc pas l'avenant tout court, continueront à être libres, indépendamment du fait que l'avenant entre en vigueur en fonction du pourcentage d'adhésion obtenu.

Art. 31

Dit artikel vult de gecoördineerde wet aan met een artikel 51/4 dat bepaalt onder welke voorwaarden een akkoord kan worden opgezegd. Het eerste lid herneemt de bepalingen van het huidige artikel 51, § 9, dat voorziet in de opzegging door een partij of door een individuele zorgverlener, indien door de Koning of de Algemene raad bepaalde maatregelen worden genomen die leiden tot een beperking van de honoraria.

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

Aanvullend aan de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet, kunnen de akkoorden ook andere gronden voor opzegging voorzien. De opname van aanvullende gronden voor opzegging van een akkoord vereist een drievierde meerderheid van zowel de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen als de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen. In de hypothese dat opnieuw een vergadering moet georganiseerd worden omdat deze meerderheden niet bereikt zijn, kan een nieuwe stemming gehouden worden en vereist de opname van dezelfde aanvullende gronden voor opzegging in het akkoord dan slechts een gewone meerderheid in elk van de twee banken.

Wat de opzegging door een representatieve organisatie betreft, wordt de verzoeningsprocedure die nu is voorzien in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen veralgemeend. De representatieve organisatie die meent dat er een maatregel is genomen die grond is voor opzegging dient dit schriftelijk mee te delen aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter roept vervolgens een vergadering van de commissie bijeen waarop de minister wordt uitgenodigd. Opdat het akkoord effectief wordt opgezegd, moet een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigen. Het akkoord neemt dan van rechtswege een einde 30 dagen na die vergadering. Na opzegging van een akkoord kan ook altijd een nieuw akkoord worden gesloten in de loop van het jaar.

Individuele zorgverleners kunnen het akkoord dus opzeggen:

1. hetzij op basis van een grond bedoeld in artikel 51/4, eerste lid;

Art. 31

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

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

Outre les motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, les accords peuvent également prévoir d'autres motifs de dénonciation. L'inscription de motifs complémentaires de dénonciation d'un accord requiert une majorité des trois quarts, tant des membres représentant les dispensateurs de soins que des membres représentant les organismes assureurs. Dans l'hypothèse où une réunion devrait être organisée de nouveau parce que ces majorités n'ont pas été atteintes, un nouveau vote peut avoir lieu et l'inscription des mêmes motifs complémentaires de dénonciation dans l'accord requiert alors seulement une majorité ordinaire au sein de chacun des deux bancs.

En ce qui concerne la dénonciation par une organisation représentative, la procédure de conciliation désormais prévue par l'Accord national médico-mutualiste est généralisée. L'organisation représentative qui estime qu'une mesure qui a été prise constitue un motif de dénonciation doit le communiquer par écrit au président de la commission. Le président convoque alors une réunion de la commission à laquelle le ministre est invité. Pour que la dénonciation de l'accord soit effective, la majorité des représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins présents doit confirmer la dénonciation. L'accord prend alors fin de plein droit 30 jours après cette réunion. Après la dénonciation d'un accord, un nouvel accord peut toujours être conclu au cours de l'année.

Les dispensateurs de soins individuels peuvent donc dénoncer l'accord:

1. soit sur la base d'un motif visé dans l'article 51/4, alinéa 1er;

2. hetzij zonder motivering op 1 januari van elk jaar, krachtens artikel 51/4, tweede lid;

3. hetzij krachtens de aanvullende gronden voor opzegging voorzien door de akkoorden op basis van artikel 51/4, derde lid.

De zorgverleners hebben dus drie modaliteiten voor opzegging. De beroepsorganisaties hebben enkel toegang tot de modaliteiten 1 en 3.

Art. 32

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

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

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

Wanneer geen akkoord of geen document in werking is, dient de Koning, voor alle- of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle- of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast te stellen. De Koning zal bij de vaststelling van maximumtarieven ook de indexmassa gebruiken. De indexmassa die niet is gebruikt omdat er geen akkoord is of een afgesloten akkoord uiteindelijk niet in werking zou treden, blijft steeds gereserveerd ten gunste van de betrokken sector, en wordt zo snel al mogelijk opnieuw te gelde gemaakt, hetzij na afsluiten van een nieuw akkoord, hetzij bij vaststellen van tarieven door de Koning.

2. soit sans justification au 1er janvier de chaque année, en vertu de l'article 51/4, alinéa 2;

3. soit en vertu des motifs supplémentaires de dénonciation prévus par les accords sur la base de l'article 51/4, alinéa 3.

Les dispensateurs de soins disposent donc de trois modalités de dénonciation. Les organisations professionnelles n'ont accès qu'aux modalités 1 et 3.

Art. 32

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

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

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

Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi doit fixer, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix. Le Roi utilisera également la masse d'index pour fixer les tarifs maximums. La masse d'index qui n'a pas été utilisée parce qu'il n'y a pas d'accord ou parce qu'un accord conclu n'entrerait finalement pas en vigueur reste toujours réservée au profit du secteur concerné et est à nouveau remobilisée dès que possible, soit après la conclusion d'un nouvel accord, soit lors de la fixation de tarifs par le Roi.

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

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

Aanwending van de indexmassa dient te worden begrepen als de mogelijkheid om vanaf 1 januari reeds over te gaan tot de aanpassing van de tarieven zoals afgesproken in het nieuw akkoord. Dit kan een lineaire indexering zijn, maar ook wanneer een nieuw akkoord zou voorzien om bepaalde prestaties slechts gedeeltelijk te indexeren, kan die gedeeltelijke indexering voor die welbepaalde prestaties reeds worden doorgevoerd vanaf 1 januari. Hetzelfde geldt wanneer het nieuwe akkoord zou voorzien in bijzonderheden zoals een andere of alternatieve aanwending van de indexmassa dan een gebruikelijke indexering. Indien na het opt-out proces echter zou blijken dat het akkoord niet in werking kan treden, wordt de indexering en de aanpassing van de tarieven teruggetrokken en geherpositioneerd naar de tarieven zoals ze van toepassing waren tijdens het voorgaande kalenderjaar. Op die manier kan ten voordele van de betrokken zorgverleners reeds worden voorzien in de aanpassing van de tarieven op 1 januari in het licht van het nieuwe akkoord en zulks in afwachting van de afwikkeling van het proces om dat akkoord desgevallend in werking te laten treden.

Volgend op het advies van de Raad van State werd in de laatste paragraaf ook melding gemaakt van de datum waarop een document verstrijkt.

Art. 33

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

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

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

L'affectation de la masse d'index doit être comprise comme la possibilité de procéder, à partir du 1er janvier, à l'adaptation des tarifs convenue dans le nouvel accord. Il peut s'agir d'une indexation linéaire, mais même si un nouvel accord ne prévoit qu'une indexation partielle de certaines prestations, cette indexation partielle pour ces prestations spécifiques peut déjà être mise en œuvre à partir du 1er janvier. Il en va de même lorsque le nouvel accord prévoit des spécificités telles qu'une affectation différente ou alternative de la masse d'indexation par rapport à une indexation habituelle. Toutefois, s'il s'avère, à l'issue du processus d'opt-out, que l'accord ne peut pas entrer en vigueur, l'indexation et l'adaptation des tarifs seront retirés et repositionnés selon les tarifs en vigueur au cours de l'année civile précédente. De cette manière, l'adaptation des tarifs au 1er janvier à la lumière du nouvel accord peut déjà être prévue au profit des dispensateurs de soins concernés et ce, dans l'attente du déroulement du processus de mise en vigueur de cet accord le cas échéant.

À la suite de l'avis du Conseil d'État, il a également été fait mention dans le dernier paragraphe de la date d'expiration d'un document.

Art. 33

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

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State.

Art. 35

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

Art. 36

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

De tweede paragraaf herneemt de bepalingen van het huidige artikel 50, § 3*bis*, waarin wordt bepaald dat de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria zijn die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn van de zorgverlener tot de akkoorden of de documenten op het ogenblik dat de zorgen worden verleend. De artsen en de tandartsen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding, worden eveneens van rechtswege geacht te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, tenzij ze hebben aangegeven zich slechts gedeeltelijk te willen conventioneren. Het tijdstip waarop de patiënt een afspraak heeft is determinerend om te bepalen of de conventietarieven al dan niet moeten worden nageleefd.

Art. 37

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

Le projet a été adapté conformément à l’avis du Conseil d’État.

Art. 35

Les références, dans l’article 52, aux “conventions” sont supprimées, étant donné qu’il n’y aura désormais que des “accords”.

Art. 36

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

Le deuxième paragraphe reprend les dispositions de l’actuel article 50, § 3*bis*, qui prévoit que les tarifs résultant de la nomenclature sont les honoraires maximaux qui peuvent être demandés pour les prestations fournies dans le cadre de consultations hospitalières, si le bénéficiaire n’a pas été expressément informé au préalable par l’établissement de soins de l’adhésion ou non du dispensateur de soins aux accords ou aux documents au moment où les soins sont fournis. Les médecins et les dentistes qui n’ont pas notifié leur refus d’adhésion sont également réputés de plein droit avoir adhéré pour l’ensemble de leur activité professionnelle, à moins qu’ils aient indiqué vouloir se conventionner uniquement partiellement. Le moment où le patient a rendez-vous est déterminant pour décider si les tarifs conventionnels doivent être respectés ou non.

Art. 37

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

Het gaat om de volgende tegemoetkomingen:

Art. 36*sexies* telematicapremie;

Art. 36*octies* kosten organisatie praktijk;

Art .36*undecies* informaticapremie apothekers;

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

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

De tegemoetkomingen voor accreditering en kwaliteit worden niet beoogd door deze bepaling en kunnen dus aan alle zorgverleners worden toegekend, ongeacht hun conventiestatuut. De tegemoetkomingen voor ondersteuning worden daarentegen voorbehouden aan geconventioneerde zorgverleners. Als de zorgverlener slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, worden de tegemoetkomingen *pro rata* toegekend. Ook de tegemoetkomingen die worden toegekend aan gedeeltelijk geconventioneerde artsen en tandartsen zullen worden toegekend in functie van de verhouding tussen hun geconventioneerde en niet-geconventioneerde prestaties.

Geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe de tarieven na te leven en bijgevolg is het te rechtvaardigen om voor deze groep een tegemoetkoming te voorzien voor bepaalde kosten verbonden aan de uitoefening van hun beroep. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen supplementen aanrekenen.

Art. 38

Dit artikel wijzigt artikel 37*sexies* van de gecoördineerde wet zodat de in het kader van de akkoorden of documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of documenten zijn toegetreden (richttarieven) worden opgenomen in de maximumfactuur. De huidige bepaling beoogt enkel de richttarieven voor uitneembare tandprothesen, die ondertussen zijn geïntegreerd in de nomenclatuur.

Art. 39

Dit artikel bepaalt de datum van inwerkingtreding van de afdeling “Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen”. Gelet op de substantiële wijzigingen van de bestaande processen is het belangrijk om de

Ceci comprend les interventions suivantes:

Art. 36*sexies* prime télématique;

Art. 36*octies* coûts liés à l’organisation d’une pratique;

Art. 36*undecies* prime informatique pour les pharmaciens;

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

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

Les interventions pour l’accréditation et la qualité ne sont pas visées par cette disposition et peuvent donc être accordées à tous les dispensateurs de soins, quel que soit leur statut de conventionnement. Par contre, les interventions de soutien sont réservées aux dispensateurs de soins conventionnés. Si le dispensateur de soins n’est conventionné que pendant une période déterminée de l’année, les interventions sont accordées au prorata. Les interventions accordées aux médecins et aux dentistes partiellement conventionnés pourront également être accordées en fonction du rapport entre leurs prestations conventionnées et non conventionnées.

Les dispensateurs de soins conventionnés s’engagent à respecter les tarifs et il est donc justifié de prévoir pour ce groupe une intervention pour certains frais liés à l’exercice de leur profession. Les dispensateurs de soins non conventionnés peuvent facturer des suppléments.

Art. 38

Cet article modifie l’article 37*sexies* de la loi coordonnée de sorte que les dépassements maximums d’honoraires et de prix autorisés (tarifs indicatifs) dans le cadre des accords ou documents, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou aux documents, sont repris dans le maximum à facturer. La disposition actuelle vise uniquement les tarifs indicatifs pour les prothèses dentaires amovibles, qui sont entretemps intégrées dans la nomenclature.

Art. 39

Cet article fixe la date d’entrée en vigueur de la section “Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs”. Vu les modifications substantielles apportées aux processus existants, il est important de

nieuwe processen voor alle partners tijdig voorzienbaar te maken. De nieuwe regels zullen van toepassing zijn op de akkoorden die van toepassing zullen zijn vanaf 1 januari 2028. De akkoordencommissies zullen in het kader van de procedure voor het onderhandelen en sluiten van die akkoorden in de tweede helft van 2027 dus rekening moeten houden met de nieuwe regels. Ook voor akkoorden die nog lopen en voor akkoorden die in het najaar van 2027 stilwijgend zouden worden verlengd zijn de nieuwe regels van toepassing. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de financiële tegemoetkomingen die vanaf 1 januari 2028 worden toegekend aan geconventioneerde zorgverleners.

De aanpassingen van de overige bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 waarin sprake is van overeenkomsten of akkoorden zullen worden opgenomen in een toekomstige wet diverse bepalingen.

Afdeling 3

Definities

Art. 40

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

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

Volgend op het advies van de Raad van State betreffende artikel 25 wordt ook een definitie toegevoegd van “gerechtvaardigde overschrijdingen”.

Afdeling 4

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

Art. 42

Er wordt een afwijking voorzien op de algemene regel die de voorlegging van originele documenten vereist voor sociaal verzekerden, met een scope die strikt beperkt

rendre les nouveaux processus prévisibles pour tous les partenaires en temps utile. Les nouvelles règles s’appliqueront aux accords qui seront d’application à partir du 1er janvier 2028. Les commissions d’accords devront donc tenir compte des nouvelles règles dans le cadre de la procédure de négociation et de conclusion de ces accords au second semestre 2027. Les nouvelles règles s’appliquent également aux accords en cours et à ceux qui seraient tacitement renouvelés à l’automne 2027. Il en va de même, par exemple, pour les interventions financières accordées aux dispensateurs de soins conventionnés à partir du 1er janvier 2028.

Les adaptations des autres dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dans lesquelles il est question de conventions ou d’accords seront reprises dans une future loi portant dispositions diverses.

Section 3

Définitions

Art. 40

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

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

À la suite de l’avis du Conseil d’État concernant l’article 25, une définition des “dépassements justifiés” est également ajoutée.

Section 4

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

Art. 42

Il est prévu une dérogation à la règle générale d’exigence de production de documents originaux pour les assurés sociaux avec un scope strictement limité aux

is tot documenten die nodig zijn voor het beheer van hun dossier inzake verzekerbaarheid, evenals voor documenten betreffende de financiële toegankelijkheid in strikte zin (bijvoorbeeld voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming). Deze afwijking geldt dus niet voor documenten die tot doel hebben om terugbetalingen van prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging te verkrijgen.

Tijdens de COVID-19 periode konden verzekerden hun documenten inzake administratieve en financiele verzekerbaarheid en toegankelijkheid uitzonderlijk digitaal overmaken, en dit op grond van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie. Dit genummerd besluit heeft opgehouden uitwerking te hebben op 31 december 2025.

De soepelheid die toen werd toegestaan, was ingegeven door de bijzondere context van de pandemie. Het lijkt opportuun om met oog op het faciliteren van de administratieve opvolging voor verzekerden en burgers continuïteit te creëren ten overstaan van deze COVID-19 maatregel. Het wordt met name gepast geacht om de mogelijkheid tot werken met kopieën te behouden, en zulks opnieuw voor documenten inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid in strikte zin van sociaal verzekerden.

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

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

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

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

documents nécessaires à la gestion de leur dossier d'assurabilité ainsi qu'aux documents relatifs à l'accessibilité financière au sens strict (par exemple pour le droit à l'intervention majorée. Cette dérogation ne vaut donc pas pour les documents visant à obtenir des remboursements de prestations de l'assurance soins de santé.

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

Cette souplesse dans les règles s'expliquait par le contexte particulier de la pandémie. Il semble pertinent, dans le but de faciliter le suivi administratif pour les assurés et les citoyens, de créer une continuité de cette mesure COVID-19. Il est notamment jugé opportun de maintenir la possibilité de travailler sur base de copies et ce à nouveau pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict des assurés sociaux.

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

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

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

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

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

Art. 43

Een in werking treding met terugwerkende kracht op 1 januari 2026 is voorzien om de continuïteit te garanderen van de COVID-19 maatregel die heeft opgehouden om uitwerking te hebben op 31 december 2025.

Afdeling 5

Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

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

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

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

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State. De woorden “laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017” werden wel behouden gezien het artikel wel degelijk is gewijzigd door de wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Artikel 43 van die wet heeft in de Nederlandse tekst het woord “geneesheren ”telkens vervangen door het woord “artsen ”.

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

Art. 43

Une entrée en vigueur rétroactive au 1er janvier 2026 est prévue afin de garantir la continuité de la mesure COVID-19 qui a cessé de produire ses effets le 31 décembre 2025.

Section 5

Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

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

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

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

Le projet a été adapté conformément à l’avis du Conseil d’État. Les mots “modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017,” ont été maintenus vu que l’article a bien été modifié par la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé. L’article 43 de cette loi a chaque fois remplacé, dans le texte néerlandais, le mot “*geneesheren*” par le mot “*artsen*”.

Afdeling 6

Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

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

Art. 46

De wijziging onder 1° verduidelijkt de termijn waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren. Dit is een termijn van minimum één maand.

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

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

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

Het voorstel van de minister van Sociale zaken, de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie of

Section 6

Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature

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

Art. 46

La modification au 1° clarifie le délai dans lequel le conseil technique compétent doit formuler une proposition. Il s'agit d'un délai d'au moins un mois.

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

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

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

La proposition du ministre des Affaires sociales, de la Commission de conventions ou d'accords compétente

het Verzekeringscomité wordt voor advies voorgelegd aan de bevoegde technische raad. De technische raad beschikt over een termijn van één maand om zijn advies te formuleren. Vervolgens doorloopt het voorstel de bestaande procedure via de Commissie voor begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

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

De tekst van het artikel werd aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State. De verwijzing naar de wijziging aangebracht aan artikel 35, § 2, door artikel 4, 7°, van de wet van 22 juni 2016 wordt evenwel behouden.

Art. 47

Met deze bepaling wordt beoogd dat wijzigingen die het Verzekeringscomité aanbrengt aan een voorstel of een advies van de overeenkomsten- of akkoordencommissie, niet meer opnieuw voor een onderzoek aan de desbetreffende akkoordencommissie voorgelegd dienen te worden. Deze bepaling staat niet in de weg dat bij substantiële wijzigingen het advies van de overeenkomsten- of akkoordencommissie toch nog gevraagd kan worden.

Afdeling 7

Ereloonsupplementen

Art. 48

Maximumsupplement

Er wordt voorzien in een maximumsupplement. Dit is een beperking van het bedrag dat als supplement mag aangerekend worden. Dit betekent dat de zorgverlener geen hoger bedrag mag aanrekenen. Een lager bedrag is wel toegestaan.

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

Indien door of krachtens een andere wetsbepaling is voorzien in een verbod op supplementen, dan geldt geen beperking van de supplementen. Een verbod op

ou du Comité de l'assurance est soumise à l'avis du Conseil technique compétent. Le Conseil technique dispose d'un délai d'un mois pour formuler son avis. La proposition suit ensuite la procédure existante via la Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance.

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

Le texte de l'article a été adapté suite aux remarques du Conseil d'État. La référence à la modification apportée à l'article 35, § 2, par l'article 4, 7°, de la loi du 22 juin 2016 est toutefois maintenue.

Art. 47

L'objectif de cette disposition est de garantir que les modifications apportées par le Comité de l'assurance à une proposition ou à un avis de la Commission de conventions ou d'accords ne doivent plus être à nouveau soumises pour examen à la Commission d'accords concernée. Cette disposition n'empêche pas que l'avis de la Commission de conventions ou d'accords puisse encore être sollicité en cas de modifications substantielles.

Section 7

Suppléments d'honoraires

Art. 48

Supplément maximal

Il est instauré un supplément maximal. Il s'agit d'une limitation du montant qui peut être facturé comme supplément. Cela signifie que le dispensateur de soins ne peut pas facturer un montant plus élevé. Un montant inférieur est autorisé.

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

Si une interdiction des suppléments est prévue par ou en vertu d'une autre disposition légale, aucune limitation des suppléments ne s'appliquera. En d'autres

supplementen heeft m.a.w. voorrang op een beperking van supplementen en het verbod geldt als *lex specialis*.

Voorbeelden van dergelijke verbodsbepalingen zijn onder meer:

— het verbod op supplementen voor gehospitaliseerde patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer (cf. artikel 152 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);

— het verbod op supplementen voor niet-gehospitaliseerde patiënten voor verstrekkingen verleend met toepassing van zware medische beeldvorming buiten bijzondere omstandigheden om (cf. artikel 152/1 van de gecoördineerde ziekenhuiswet);

— het verbod op supplementen voor ambulante zorg verleend aan rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (cf. artikel 53, § 5, van de GVU-wet);

— het verbod op supplementen voor de verstrekkingen die worden verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst (cf. artikel 35, § 1, vijfde lid, van de GVU-wet).

— het verbod op supplementen voor de verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis zonder dat de rechthebbende voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener (cf. artikel 50, § 3*bis*, van de GVU-wet);

— het verbod op supplementen voor zorgverleners die de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de niet-toetreding tot de akkoorden (cf. artikel 73, § 1, van de GVU-wet).

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

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

termes, une interdiction des suppléments prime sur une limitation des suppléments et l'interdiction vaut comme *lex specialis*.

Voici quelques exemples de telles interdictions:

— l'interdiction des suppléments pour les patients hospitalisés dans une chambre double ou multiple (cf. article 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux);

— l'interdiction des suppléments pour les patients non hospitalisés pour des prestations dispensées dans le cadre de l'imagerie médicale lourde en dehors de circonstances particulières (cf. article 152/1 de la loi coordonnée sur les hôpitaux);

— l'interdiction des suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux bénéficiaires de l'intervention majorée (cf. article 53, § 5, de la loi SSI);

— l'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (cf. article 35, § 1er, alinéa 5, de la loi SSI);

— l'interdiction des suppléments pour les prestations dispensées dans le cadre de consultations dans un hôpital sans que le bénéficiaire ait été préalablement informé de manière explicite par l'établissement hospitalier de l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins (cf. article 50, § 3*bis*, de la loi SSI);

— l'interdiction des suppléments pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas informé préalablement les bénéficiaires de la non-adhésion aux accords (cf. article 73, § 1er, de la loi SSI).

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

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

Het begrip maximumsupplement

De afronding zoals bedoeld in de artikelen VI.7/1 en VI.7/2 van het Wetboek van Economisch Recht en de richttarieven (de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen van honoraria en prijzen) worden niet beschouwd als supplementen. De afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35*septies*/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid, van de GVU-wet, worden ook niet als supplement beschouwd.

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

Bevoegdheid van de Koning

De Koning stelt, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie, voor zover deze commissie voor het betrokken beroep bestaat en een voorstel heeft neergelegd, bij een in Ministerraad overlegd besluit, een maximumsupplement vast uiterlijk tegen 1 januari 2028. Indien een akkoordencommissie een akkoord heeft gesloten uiterlijk tegen 31 juli 2027 zal dit gerespecteerd worden. De akkoordencommissies dienen zich hierbij te baseren op objectieve gegevens en -waar van toepassing- rekening te houden met de hervorming van de nomenclatuur. Bij ontstentenis van een akkoord binnen de bevoegde akkoordencommissie, zal het maximumpercentage worden vastgelegd bij een koninklijk besluit overlegd in Ministerraad, op voorstel van de minister van Sociale Zaken. Hij zal deze beslissing nemen rekening houdend met de beschikbare informatie en concrete gegevens en cijfers over de aangerekende ereloonsupplementen in de betrokken sector over de afgelopen 5 jaar, waarbij het aftoppen van excessen en het voorkomen van een inflatoire spiraal de belangrijkste uitgangspunten zijn. Op die manier moeten de doelstellingen van het regeerakkoord (in alle sectoren de supplementen op erelonen beperken, en ook excessen bestrijden) gerealiseerd worden.

De Koning behoudt uiteraard – ook na 1 januari 2028 – zijn bevoegdheid om op voorstel van de betrokken akkoordencommissie of – bij gebreke hieraan – op voorstel van de minister van Sociale Zaken, bij een in Ministerraad overlegd besluit, het vastgestelde maximumplafond vast

La notion de supplément maximal

Les arrondis visés aux articles VI.7/1 et VI.7/2 du Code de droit économique et les tarifs indicatifs (dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix) dans le cadre des accords ne sont pas considérés comme des suppléments. La marge de délivrance prévue dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, ainsi que le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, telle que visée à l'article 35*septies*/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, de la loi SSI, ne sont pas non plus considérés comme un supplément.

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

Compétence au Roi

Le Roi fixe, sur proposition de la commission d'accords concernée, pour autant que cette commission existe pour la profession concernée et qu'elle ait soumis une proposition, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, un supplément maximal, au plus tard le premier janvier 2028. Si une commission d'accords a conclu un accord au plus tard le 31 juillet 2027, celui-ci sera respecté. Pour ce faire, les commissions d'accords doivent se baser sur des données objectives et, le cas échéant, tenir compte de la réforme de la nomenclature. À défaut d'accord conclu au sein de la commission d'accords compétente, le pourcentage maximum sera fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du ministre des Affaires sociales. Il prendra cette décision sur la base des informations disponibles et des chiffres concrets concernant les suppléments d'honoraires facturés dans le secteur concerné au cours des cinq dernières années, avec pour principes principaux le plafonnement des excès et la prévention d'une spirale inflationniste. De cette manière, les objectifs de l'accord de gouvernement (limiter les suppléments d'honoraires dans tous les secteurs et lutter contre les excès) devront être atteints.

Le Roi conserve, bien sûr, même après le 1er janvier 2028, sa compétence pour fixer ou modifier le plafond maximal fixé, sur proposition de la commission d'accords concernée, ou à défaut, sur proposition du ministre des Affaires sociales, par un arrêté délibéré en Conseil

te stellen of te wijzigen (bijv. gelet op nieuwe informatie, nieuwe verstrekkingen, etc.).

Die beperking van supplementen kan bepaald worden aan de hand van een plafond dat onder meer een maximumpercentage of een maximumbedrag kan zijn.

Het maximumsupplement of plafond bepaald door de Koning kan verschillen naar gelang de geneeskundige verstrekking of de groep(en) van geneeskundige verstrekkingen. Bovendien kan het maximumsupplement ook verschillen naargelang de rechthebbende al dan niet is opgenomen in een ziekenhuis. Onder opgenomen in een ziekenhuis verstaan wij gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie.

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

Het voorstel van de betrokken akkoordencommissie wordt verleend bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen. In de hypothese dat opnieuw een stemming moet georganiseerd worden omdat deze meerderheden niet bereikt zijn, kan een nieuwe stemming gehouden worden en vereist de aanname van het voorstel slechts een gewone meerderheid in elk van de twee banken.

Aan de akkoordencommissie wordt de opdracht gegeven om een voorstel uit te werken voor het vaststellen van een of meerdere plafonds aan het aanrekenen van supplementen binnen hun sector tegen uiterlijk 31 juli 2027. De akkoordencommissies kunnen zowel een algemeen maximumplafond voor hun sector voorstellen als een verfijnd voorstel doen waarbij verschillende maxima van toepassing zijn, afhankelijk van bijvoorbeeld groepen van verstrekkingen of erkenningsnummers. Deze bepaling laat eveneens toe om een meer globale onderhandeling te voeren over een nieuw tariefakkoord alsook een voorstel tot verfijning of bijschaving van de plafonds voor supplementen.

des ministres (par exemple, compte tenu de nouvelles informations, de nouvelles prestations, etc.).

Cette limitation des suppléments peut être fixée sur la base d'un plafond qui peut être un pourcentage maximal ou un montant maximal.

Le supplément maximal ou plafond déterminé par le Roi peut différer en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations de santé fournies. En outre, le supplément maximal peut également varier selon que le bénéficiaire est admis à l'hôpital ou non. Par "admis à l'hôpital", on entend les patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour.

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

Cette proposition de la commission d'accords concernée est émise à la majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins. Dans l'hypothèse où un vote doit de nouveau être organisé parce que ces majorités n'ont pas été atteintes, un nouveau vote peut avoir lieu et l'adoption de la proposition requiert alors seulement une majorité ordinaire au sein de chacun des deux bancs.

La commission d'accords est chargée d'élaborer une proposition en vue de fixer un ou plusieurs plafonds pour la facturation des suppléments au sein de son secteur au plus tard le 31 juillet 2027. Les commissions d'accords peuvent à la fois proposer un plafond maximum général pour leur secteur et formuler une proposition affinée, dans laquelle différents maximums s'appliquent, en fonction par exemple de groupes de prestations ou de numéros d'agrément. Cette disposition permet également de mener une négociation plus globale sur un nouvel accord tarifaire ainsi qu'une proposition visant à affiner ou perfectionner des plafonds de suppléments.

Berekeningsbasis voor het maximumsupplement

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

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

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

Deze bepalingen zijn eveneens van toepassing indien een tussenkomst in kosten van de geneeskundige verstrekkingen wordt voorzien in het kader van een ander door de overheid georganiseerd stelsel (zoals bijv. het stelsel overzeese sociale zekerheid, het bijzonder stelsel van de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, arbeidsongevallen en beroepsziekten). Bijvoorbeeld, indien voor de kosten van geneeskundige verstrekkingen die voortvloeien uit ziekte, letsel of functionele stoornissen waarvoor krachtens andere wetgeving in het kader van een door de overheid georganiseerd stelsel minstens gedeeltelijk schadeloosstelling wordt verleend en de verplichte ziekteverzekering provisioneel kan tussenkomen overeenkomstig artikel 136, § 2, van de GVU-wet, dan gelden bovenvermelde beperkingen eveneens.

In navolging van het advies van de Raad van State en rekening houdend met de bestaande rechtspraak wordt gepreciseerd dat deze maatregel kadert in artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de absolute wil om een financieel (en dus *de facto*) toegankelijke gezondheidszorg in België te blijven garanderen voor rechthebbenden in de huidige budgettaire context. Deze maatregel beoogt

Base de calcul du supplément maximal

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

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

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

Ces dispositions sont également d'application si une intervention dans les coûts des prestations de santé est prévue dans le cadre d'un autre régime organisé par une autorité (comme par exemple le régime de sécurité sociale d'outre-mer, le régime spécifique des invalides de guerre, les accidents de travail et les maladies professionnelles). Ainsi, si pour les coûts des prestations découlant d'une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels une indemnisation même partielle est fournie en vertu d'un régime organisé par une autorité et si l'assurance maladie obligatoire peut intervenir à titre provisoire conformément à l'article 136, § 2 de la loi SSI, les dispositions précitées sont également d'application.

Suite à l'avis du Conseil d'État et tenant compte de la jurisprudence existante, il est précisé que cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'article 23, alinéa 3, 2° de la Constitution et de la volonté totale de continuer à garantir aux bénéficiaires des soins de santé financièrement (et donc *de facto*) accessibles en Belgique tenant compte du contexte budgétaire actuel. En d'autres termes, cette

m.a.w. excessieve aanrekeningen van supplementen aan rechthebbenden te beperken, daar waar enerzijds de hervormingen van de nomenclatuur, o.m. bij de artsen, en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in een algemene herijking voorzien en anderzijds de hervorming van het akkoordensysteem algemene maatregelen vaststellen i.h.k.v. de richttarieven om zo tot een specifieke herijking over te kunnen gaan met het oog op het herevalueren van onder meer verouderde tarieven.

Gelet op het bovenstaande zal voor het overgrote deel van de zorgverleners de maatregel aan zich geen negatieve impact hebben, gezien zij ofwel geen supplementen aanrekenen ofwel supplementen aanrekenen die onder de vastgestelde percentages vallen. De *outliers* die excessieve supplementen aanrekenen zullen daarentegen wel geviseerd worden, wat gerechtvaardigd wordt door artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet en het algemeen belang. In de uitdagende budgettaire context waar toch aanzienlijk budget voorzien wordt voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door zorgverleners, kan verwacht worden dat ook op deze zorgverleners een taak van algemeen belang rust om geen excessieve bedragen aan te rekenen (zoals voor een deel van de zorgverleners deontologisch al bepaald is).

Daarenboven raken de bepalingen van dit artikel niet aan de vrije keuze van een zorgverlener om al dan niet toe te treden tot de akkoorden. Een niet-geconventioneerde zorgverlener behoudt zijn vrijheid om zijn tarieven te bepalen, mits hij daarbij rekening houdt met de vastgestelde maximumsupplementen. Het opzet is louter gelegen in het waarborgen van toegankelijke zorg voor verstrekkingen opgenomen in de verplichte ziekteverzekering. Door te vermijden dat excessieve hoge bedragen aangerekend worden aan rechthebbenden, wordt het recht op een billijke vergoeding niet miskend.

Om de evenwichtsoefening inherent aan de uitvoering van deze bepaling op deugdelijke wijze uit te voeren zal de plafonnering vastgesteld worden in overleg met de desbetreffende sectoren en rekening houdend met de eigenheid van de sector en de types verstrekkingen.

De tekst van het artikel werd aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State. De bevoegdheid van de Koning om het aanrekenen van supplementen te plafonneren wordt beperkt tot het beoogde doeleinde, m.n. het waarborgen van een financieel toegankelijke gezondheidszorg en het vermijden dat excessief hoge bedragen als supplementen aan de rechthebbenden worden aangerekend. Bij het bepalen van deze plafonnering wordt rekening gehouden met de gegevens, die op dat moment beschikbaar zijn. In ieder geval – en zeker indien er weinig gegevens beschikbaar zijn – zal het administratief dossier de motivering bevatten van

mesure vise à limiter les facturations excessives de suppléments aux bénéficiaires, là où les réformes de la nomenclature, notamment chez les médecins, ainsi que la réforme globale du financement des hôpitaux prévoit une revalorisation d'une part et où la réforme du système d'accords établit des dispositions génériques dans le cadre des tarifs indicatifs afin de se diriger vers une revalorisation ponctuelle, en vue de la réévaluation des tarifs, notamment ceux qui sont surannés, d'autre part.

Au vu de ce qui précède, la plus grande majorité des dispensateurs de soins ne verra pas d'impact négatif puisque soit ils ne facturent pas de supplément, soit ils facturent des suppléments qui sont en dessous des pourcentages établis. Les *outliers* qui facturent des suppléments excessifs seront en revanche bien touchés, ce qui se justifie par l'article 23, alinéa 3, 2° de la Constitution et l'intérêt général. Dans le contexte budgétaire difficile, où un budget important est néanmoins prévu pour les prestations de santé fournies par les dispensateurs, il peut être attendu qu'une partie de l'intérêt général repose également sur ces dispensateurs de soins consistant à ne pas facturer de montants excessifs (comme cela est déjà fixé déontologiquement pour une partie des dispensateurs de soins).

En outre, les dispositions de cet article n'affectent pas la liberté des dispensateurs de soins d'adhérer ou non aux accords. Un dispensateur de soins non conventionné conserve sa liberté de fixer ses tarifs, à condition qu'il tienne compte des suppléments maximaux fixés. L'objectif est uniquement de garantir des soins accessibles pour les prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire. En évitant que des montants excessivement élevés ne soient facturés aux bénéficiaires, le droit à une rémunération équitable n'est pas méconnu.

Pour mettre en œuvre l'exercice d'équilibrage inhérent à la mise en œuvre de cette disposition, le plafonnement sera établi en concertation avec les secteurs concernés et en tenant compte des particularités du secteur et des types de prestations.

Le texte de l'article a été adapté suite aux remarques du Conseil d'État. La compétence du Roi pour plafonner la facturation des suppléments est limitée à la finalité visée, c'est-à-dire garantir l'accessibilité financière des soins de santé et éviter que des montants excessifs soient facturés comme suppléments aux bénéficiaires. Pour déterminer ce plafonnement, il est tenu compte des données qui sont disponibles à ce moment. Dans tous les cas, et certainement si peu de données sont disponibles, le dossier administratif comprendra la motivation de la modalité et de l'ampleur du plafonnement en vue de l'objectif poursuivi en tenant compte des

de wijze en de hoegrootheid van de plafonnering in het licht van het beoogde doeleind rekening houdend met de wettelijk van toepassing zijnde regels en beginselen van gelijkheid en non-discriminatie. Met andere woorden kan de plafonnering er noch toe leiden dat supplementen *de facto* verboden zullen worden noch *de facto* erin bestaan dat er geen beperking in de aanrekening van supplementen wordt opgelegd.

Art. 49

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

Art. 50

Dit artikel beoogt een technische correctie door te voeren. De verwijzing in het eerste lid wordt aangevuld met de nieuwe bepaling ingevoegd onder artikel 48 van deze wet.

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State.

Art. 51

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

De datum van inwerkingtreding wordt voorzien op 1 januari 2028. De datum van inwerkingtreding wordt gealigneerd met de hervorming van de nomenclatuur en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De Koning kan deze datum van inwerkingtreding uitstellen bij een in Ministerraad overlegd besluit tot uiterlijk 1 januari 2029, indien zou blijken dat om praktische redenen de hervorming van de nomenclatuur en/of de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vertraging zouden oplopen.

Gezien artikel 49 een verduidelijking vormt van een bestaande maatregel, wordt de inwerkingtreding gealigneerd op de datum van inwerkingtreding van de bestaande maatregel.

règles juridiquement applicables et des règles d'égalité et de non-discrimination. En d'autres termes, le plafonnement ne peut ni conduire à une interdiction *de facto* des suppléments, ni consister *de facto* en l'absence de restriction pour la facturation des suppléments.

Art. 49

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

Art. 50

Cet article vise à apporter une correction technique. La référence à l'alinéa 1er est complétée par la nouvelle disposition insérée à l'article 48 de la présente loi.

Le projet a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'État.

Art. 51

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

La date d'entrée en vigueur est prévue au 1er janvier 2028. La date d'entrée en vigueur sera alignée sur la réforme de la nomenclature et sur la réforme du financement des hôpitaux. Le Roi peut reporter cette date d'entrée en vigueur jusqu'au 1er janvier 2029, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, s'il apparaît que la réforme de la nomenclature et/ou la réforme du financement des hôpitaux étaient retardées pour des raisons pratiques.

Vu que l'article 49 clarifie une mesure existante, son entrée en vigueur est alignée sur la date d'entrée en vigueur de la mesure existante.

Afdeling 8

Financiering representatieve beroepsorganisaties

Artikel 36*nonies* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet in een machtiging aan de Koning om op voordracht van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie de voorwaarden en de modaliteiten te bepalen voor de financiering van de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners voor het werk dat die organisaties verrichten in de instanties die zitting hebben in het RIZIV. Dit artikel voorziet in het principe dat de financiering wordt gelinkt aan het aantal geconventioneerden in de betreffende sector. De variabele financiering bedraagt vijftien procent van de globale financiering per sector en/of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt op voorstel van de betrokken overeenkomsten – of akkoordencommissie – en bij afwezigheid van dergelijk voorstel bij een in Ministerraad overlegd besluit- de modaliteiten inzake bepaling en verdeling van het vaste (dit kan zowel een bedrag per organisatie en/of een vast bedrag per stem of lid zijn) en het variabele bedrag. Het invoegen van deze wettelijke bepalingen doet weliswaar geen afbreuk aan de ter zake bestaande financieringsmodaliteiten die gericht zijn op de evenwichtige verdeling van de financiering tussen zowel de verschillende sectoren als tussen de verschillende representatieve beroepsorganisaties per sector. Voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, zullen deze bepalingen pas uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling.

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State. De woorden “en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017” werden wel behouden gezien het artikel wel degelijk is gewijzigd door de wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Artikel 43 van die wet heeft in de Nederlandse tekst het woord “geneesheren-ziekenfondsen” telkens vervangen door het woord “artsen-ziekenfondsen”.

Section 8

Financement des organisations professionnelles représentatives

L’article 36*nonies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit une habilitation au Roi afin de déterminer, sur proposition de la commission de conventions ou d’accords concernée, les conditions et les modalités du financement des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins pour le travail que ces organisations effectuent dans les instances siégeant au sein de l’INAMI. Cet article instaure le principe d’un lien entre ce financement et le nombre de conventionnés dans le secteur concerné. Le financement variable s’élève à quinze pour cent du financement global par secteur et/ou organisation professionnelle. Le Roi détermine, sur proposition de la commission de conventions ou d’accords concernée – et en l’absence d’une telle proposition, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres –, les modalités de fixation et de répartition des montants fixes (il peut s’agir d’un montant par organisation et/ou d’un montant par vote ou membre) et variables. L’insertion de ces dispositions légales ne portent pas atteinte aux modalités de financement existantes en la matière, qui visent à une répartition équilibrée du financement entre les différents secteurs ainsi qu’entre les différentes organisations professionnelles représentatives par secteur. Pour les secteurs où se déroulent des élections telles que visées à l’article 211 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ces dispositions ne sortiront leurs effets qu’à partir de la première élection après l’entrée en vigueur de la présente disposition.

Le projet a été adapté conformément à l’avis du Conseil d’État. Les mots “et modifié par la loi du 11 août 2017,” ont été maintenus vu que l’article a bien été modifié par la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé. L’article 43 de cette loi a chaque fois remplacé, dans le texte néerlandais, le mot “*geneesheren-ziekenfondsen*” par le mot “*artsen-ziekenfondsen*”.

Afdeling 9

Verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners

Art. 54

Dit artikel heeft als doel om een aanvulling aan te brengen aan het proces zoals voorzien door artikel 53, § 1, van de gecoördineerde wet om de digitale gegevensoverdracht

Section 9

Obligation d’utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins

Art. 54

Cet article vise à compléter la procédure prévue à l’article 53, § 1er, de la loi coordonnée afin de rendre obligatoire le transfert de données numérique dans et/

binnen en/of buiten het kader van de derdebetalersregeling tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen verplicht te maken.

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

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

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

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

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

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

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

Op eenzelfde wijze wordt er voorgesteld om voor kinesitherapeuten rechtstreeks in de wet vast te stellen dat de volgende digitale gegevensoverdrachten met de

ou en dehors du cadre du régime du tiers payant entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

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

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

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

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

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

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

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

De la même manière, il est proposé de stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes seront tenus, à compter du 1er janvier 2027, d'utiliser les services

verzekeringsinstellingen verplicht worden op 1 januari 2027:

— digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling (dienst elektronische facturatie van MyCarenet);

— digitale gegevensoverdracht buiten het kader van de derdebetalersregeling (dienst eAttest van MyCarenet);

— digitale kennisgevingen en akkoordaanvragen (dienst eAgreement van MyCarenet).

De voormelde diensten zijn reeds sedert 1 september 2023 ontwikkeld voor kinesitherapeuten. Deze wetsbepaling heeft als doel om rechtstreeks in de wet te bepalen dat kinesitherapeuten deze diensten verplicht moeten gebruiken vanaf 1 januari 2027.

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

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

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

suivants de transmission de données électroniques aux organismes assureurs:

— transmission numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant (service de facturation électronique de MyCarenet);

— transmission numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant (service eAttest de MyCarenet);

— notifications et demandes d’accord numériques (service eAgreement de MyCarenet).

Les services susmentionnés sont déjà développés pour les kinésithérapeutes depuis le 1er septembre 2023. Cette disposition législative vise à stipuler directement dans la loi que les kinésithérapeutes sont tenus d’utiliser ces services à partir du 1er janvier 2027.

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

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

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

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

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

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

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

In afwijking van het principe dat originele documenten moeten worden gebruikt in het kader van het voormeld artikel 9*bis*, wordt er voorgesteld in artikel 54 van dit wetsontwerp om een uitzondering in te voeren voor de mededeling door de sociaal verzekerde aan zijn verzekeringsinstelling van documenten die nodig zijn voor het beheer van zijn dossier inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid in strikte zin. Deze afwijking is niet van toepassing op andere documenten die worden meegedeeld door de sociaal verzekerde aan zijn verzekeringsinstelling en vindt eveneens geen toepassing op alle documenten die door zorgverleners worden meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen.

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

Op 1 januari 2030 zal het daarenboven voor alle beroepsgroepen verplicht worden om ook de andere elektronische diensten om gegevens te consulteren en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering, te gebruiken.

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

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

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

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

Par dérogation au principe d'utilisation de documents originaux dans le cadre de l'article 9*bis* précité, il est proposé à l'article 54 de ce projet de loi une exception pour la transmission par l'assuré social à son organisme assureur de documents nécessaires à la gestion de son dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict. Cette dérogation ne s'applique pas à d'autres documents transmis par l'assuré social à son organisme assureur et ne s'applique pas non plus à l'ensemble des documents transmis par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.

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

Au 1er janvier 2030, il deviendra également obligatoire pour toutes les professions d'utiliser les autres services électroniques pour consulter et échanger des données aux organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Deze verplichtingen zullen niet gelden in de volgende uitzonderingssituaties, waarin de gegevensoverdracht uitzonderlijk op papier zal kunnen gebeuren:

1) als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is;

2) in geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt;

3) indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027.

Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om de voormelde uitzonderingssituaties aan te passen en/of andere uitzonderingen te voorzien, onder andere:

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

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

De uitzonderingssituaties op de verplichte elektronische facturatie binnen en buiten het kader van de derdebetalersregeling die specifiek voor artsen en tandartsen zijn voorzien in de koninklijke besluiten van 28 juni 2023 gelden als een *lex specialis*: de aanpassingen zoals voorgesteld in deze afdeling hebben er geen invloed op.

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State.

Afdeling 10

RIZIV-nummers

Art. 55

Dit artikel heeft als doel om in de gecoördineerde wet het basisbeginsel te verankeren dat zorgverleners moeten beschikken over een actief RIZIV-nummer, uitgereikt door het RIZIV, om prestaties te kunnen attesteren en/of aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering.

Met actief wordt bedoeld dat het nummer slechts kan worden gebruikt door de betrokken zorgverlener wanneer

Ces obligations ne vaudront pas dans les situations d'exception suivantes, dans lesquelles la transmission pourra se faire exceptionnellement par papier:

1) si la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et si la facturation électronique n'est techniquement pas possible;

2) en cas de force majeure qui rend la transmission de données électronique impossible;

3) si le dispensateur de soins a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1er janvier 2027.

Une compétence est accordée au Roi pour adapter les situations d'exceptions précitées et/ou pour prévoir d'autres exceptions entre autres:

— pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des attestations de soins donnés papier après le 1er janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire du transfert de données numériques dans et/ou en dehors du régime du tiers payant n'entrera pas en vigueur le 1er janvier 2030).

— pour une catégorie professionnelle, continuer à utiliser des formulaires papiers dans le cadre de l'assurance obligatoire après le 1er janvier 2030 (= l'utilisation obligatoire d'eAgreement light n'entrera pas en vigueur le 1er janvier 2030).

Les situations d'exceptions à la facturation électronique obligatoire dans et en dehors du tiers payant qui sont prévues spécifiquement pour les médecins et dentistes aux arrêtés royaux du 28 juin 2023 forment une *lex specialis*: les adaptations proposées à la présente section sont sans influence sur celles-ci.

Le projet a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'État.

Section 10

Numéros INAMI

Art. 55

Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir attester et/ou facturer des prestations à l'assurance maladie obligatoire.

Par "actif", on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il

het niet zou zijn geschorst door de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV op vraag van die Dienst in het kader van handhaving.

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

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

In het kader van de derdebetalersregeling worden de prestaties met prestatiedatum in de periode van verbod tot uitoefening van het beroep niet uitbetaald aan de betrokken zorgverlener door de verzekeringsinstellingen.

Buiten de derdebetalersregeling, voor de prestaties met prestatiedatum in de periode van verbod tot uitoefening van het beroep, kan de verzekeringsinstelling wel uitbetalen aan de verzekerde maar het bedrag nadien verhalen bij de zorgverlener.

Het ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State.

Om tegemoet te komen aan de opmerking van de Gegevensbeschermingsautoriteit in haar advies 91/2025 van 29 september 2025 dat de normatieve bevoegdheid inzake de toekenning en het gebruik van het RIZIV-nummer moet toebehoren aan een instantie die politieke verantwoordelijkheid draagt ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering, wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om nadere technische regels te bepalen voor de toekenning en het gebruik van het RIZIV-nummer. Dit betreft bijvoorbeeld het linken van attributen aan het RIZIV-nummer om het gebruik (attestering, voorschrijven, gegevensuitwisseling, enz.) ervan te kunnen moduleren. Er wordt tevens aangegeven dat het voormelde RIZIV-nummer ook kan dienen voor andere doeleinden die worden vermeld in de regelgeving betreffende de verplichte ziekteverzekering.

n'a pas été suspendu par les juridictions administratives installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et à la demande de ce Service dans le cadre de l'application de la législation.

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

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

Dans le cadre du tiers payant, les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession ne sont pas remboursées par les organismes assureurs au dispensateur de soins concerné.

En dehors du tiers payant, pour les prestations dont la date de prestation se situe dans la période d'interdiction d'exercer la profession, l'organisme assureur peut rembourser l'assuré et récupérer ensuite le montant indûment remboursé auprès du dispensateur de soins.

Le projet a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'État.

Afin de se conformer à la remarque de l'Autorité de protection des données dans son avis 91/2025 du 29 septembre 2025 que la compétence normative concernant l'attribution et l'utilisation du numéro INAMI doit appartenir à une instance qui porte une responsabilité politique envers une réunion élue démocratiquement, une compétence est donnée au Roi de fixer des modalités techniques pour l'octroi et l'utilisation du numéro INAMI. Ceci concerne par exemple l'utilisation d'attributs à lier au numéro INAMI afin de moduler son utilisation (attestation, prescription, échange de données, etc.). Il est également précisé que le numéro INAMI susmentionné peut également servir à d'autres fins mentionnées dans la réglementation relative à l'assurance maladie obligatoire.

Art. 56

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

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

De zorgverlener moet die verplichting respecteren vooraleer hij een prestatie zou uitvoeren. Op die manier kunnen de rechthebbenden vrij met kennis van zaken beslissen of zij deze of een andere zorgverlener wensen te raadplegen.

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

Art. 56

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

Il paraît donc logique de prévoir également dans cet article une obligation similaire lorsqu’une mesure de suspension du numéro INAMI ou une interdiction du tiers payant est prise par les organes visés à l’article 144, § 1er, de la loi.

Le dispensateur de soins doit respecter cette obligation avant d’exécuter toute prestation. Ainsi, les bénéficiaires sont libres de décider en toute connaissance de cause de consulter ce dispensateur de soins ou un autre.

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

Art. 57

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

In die periode mag de zorgverlener niet aanrekenen noch attesteren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Stel dat die zorgverlener dat toch zou proberen, en de verzekeringsinstellingen zouden toch uitbetalen aan de zorgverlener of aan de verzekerde, dan kunnen die prestaties gekwalificeerd worden als inbreuken zoals voorzien in artikel 73*bis*, 1° GVU-wet.

In dat geval, en bij gebrek aan een recuperatie van het bedrag door de verzekeringsinstellingen, zal de terugbetaling gevorderd worden bij de betrokken zorgverlener door de DGEC.

Deze inbreuk wordt dus voorzien om alle mogelijke hypotheses af te dekken.

Art. 57

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

Pendant cette période, le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l’assurance soins de santé.

Si le dispensateur de soins tentait tout de même de le faire, et que les organismes assureurs payaient le dispensateur de soins ou l’assuré, ces prestations pourraient être qualifiées d’infractions au sens de l’article 73*bis*, 1° de la loi SSI.

Dans ce cas, et à défaut de récupération de l’indu par l’organisme assureur, le remboursement sera poursuivi par le SECM auprès du dispensateur de soins concerné.

Cette infraction est donc prévue pour couvrir tous les cas de figures.

Art. 58

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

De GVU-wet voorziet momenteel al dat er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd kan worden door de administratieve rechtscolleges aan de zorgverleners die misbruik maakten van het regime (artikel 144, § 3/1 GVU-wet). Gedurende de periode van het verbod mag de zorgverlener nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen. Die maatregel kan dus een gevolg hebben voor de verzekerden.

De opschorting van het RIZIV-nummer dat ingevoegd wordt door dit ontwerp, is een andere maatregel die opgelegd kan worden aan de zorgverlener waarover de verzekerde ook geïnformeerd moet worden.

Het RIZIV-nummer van de zorgverlener wordt tijdelijk opgeschort, dat wil zeggen dat de zorgverlener zijn prestaties niet meer mag aanrekenen noch attesteren, of het nu via de derdebetalersregling is of niet. Dit is geen deontologische maatregel, maar een maatregel die enkel door de administratieve rechtscolleges (de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep ingesteld bij de DGEC) opgelegd kan worden. Het is niet de zorgverlener zelf die tijdelijk geschorst wordt, het is zijn RIZIV-nummer dat tijdelijk opgeschort wordt.

De zorgverlener is ertoe gehouden de verzekerden te informeren over dat soort maatregelen vooraleer een prestatie uit te voeren (verplichting ook ingevoegd via deze wet in artikel 73, § 1, laatste lid). Het is echter ook de verplichting van de Instituut zelf om het publiek hierover te informeren. Wanneer de afweging gemaakt wordt tussen het recht van de zorgverlener op bescherming van zijn persoonsgegevens en het recht van de verzekerden op correcte informatie, primeert het recht van de verzekerde in dit geval.

Het zijn enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerden die bekend gemaakt moeten worden. Noteer daarbij dat die maatregelen opgelegd worden in de beslissingen van de administratieve rechtscolleges. Dat zijn beslissingen die overeenkomstig

Art. 58

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

La loi SSI prévoit déjà actuellement qu'une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant peut être imposée par les juridictions administratives aux dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif de ce régime (article 144, § 3/1 de la loi SSI). Durant cette interdiction, le dispensateur de soins peut toujours exercer sa profession et facturer, mais il ne peut pas utiliser le système de tiers payant pour ce faire. Cela veut dire qu'il ne peut qu'attester en établissant une attestation de soins donnés à l'assuré, qui soumettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur et recevra ainsi son remboursement. Cette mesure peut donc avoir une conséquence pour les assurés.

La suspension du numéro INAMI insérée par ce projet est une autre mesure qui peut être imposée au dispensateur de soins dont l'assuré doit être aussi informé.

Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant. Il ne s'agit pas d'une mesure déontologique, mais d'une mesure qui peut être imposée uniquement par les juridictions administratives (les Chambres de 1re instance et les Chambres de recours installées auprès du SECM). Ce n'est pas le dispensateur de soins lui-même qui est temporairement suspendu, c'est son numéro INAMI qui est temporairement suspendu.

Le dispensateur de soins est tenu d'informer les assurés de ce type de mesures avant d'effectuer une prestation (obligation simultanément introduite par cette loi à l'article 73, § 1er, dernier alinéa).Toutefois, l'Institut lui-même a également l'obligation d'informer le public à ce propos. Lorsque l'on met en balance le droit du dispensateur de soins à la protection de ses données personnelles et le droit des assurés de recevoir des informations correctes, le droit de l'assuré prévaut dans ce cas.

Seules les mesures susceptibles d'affecter l'assuré doivent être divulguées. Il est à noter que ces mesures sont imposées dans les décisions des juridictions administratives. Il s'agit des décisions qui sont publiées sous une forme pseudonymisée sur le site Internet de l'INAMI

artikel 157, § 3 GVU-wet in gepseudonimiseerde vorm gepubliceerd worden op de website van het RIZIV. Dat principe blijft behouden aangezien het geheel van de beslissing niet noodzakelijk relevant is voor het publiek.

De aanpassing van artikel 218 GVU-wet laat toe om in de toekomst, wanneer je een zorgverlener opzoekt via de website van het RIZIV, naast de algemene gegevens ook te kunnen lezen of er een dergelijke maatregel werd opgelegd die gevolgen kan hebben voor de verzekerden. Die aanpassing is proportioneel aangezien het niet zo is dat er een apart register gepubliceerd wordt met "veroordeelde zorgverleners", noch is het zo dat er voor die zorgverleners plots meer informatie publiek gemaakt wordt dan enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerde. Alhoewel bepaalde informatie uit de beslissingen van zowel de Leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges nuttig kunnen zijn voor de verzekerden, denk aan een zorgverlener die overbodige prestaties aanrekent, wordt er enkel voorzien dat de maatregelen met een rechtstreeks gevolg voor de verzekerden zichtbaar worden wanneer de zorgverlener opgezocht wordt via de website van het RIZIV. Die verplichting sluit aan bij de informatieplicht en de vrije keuze van de verzekerde uit artikel 6 en 8 van de patiëntenrechtenwet. De verzekerde moet vrij kunnen kiezen op basis van alle informatie, ook de informatie die betrekking heeft op de aanrekenmogelijkheden van de zorgverleners. Die informatie zal dus zichtbaar zijn op de website van het RIZIV gedurende de periode dat de maatregel van toepassing is. De administratieve rechtscolleges bepalen de datum waarop de maatregel ingaat en de duur van de maatregel in hun beslissing. Gedurende die periode, bepaald door de administratieve rechtscolleges, zal de informatie terug te vinden zijn op de website van het RIZIV. De beslissingen van de administratieve rechtscolleges zijn overeenkomstig artikel 156, § 1, uitvoerbaar bij voorraad, niettegenstaande beroep. Een eventueel hoger beroep van de zorgverlener heeft dus geen schorsende werking.

Afdeling 11

Geneeskundige evaluatie en controle

Art. 59

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

conformément à l'article 157, § 3 de la loi SSI. Ce principe reste maintenu car l'intégralité de la décision n'est pas nécessairement pertinente pour le public.

L'adaptation de l'article 218 de la loi SSI permet, à l'avenir, lors de la recherche d'un dispensateur de soins sur le site web de l'INAMI, de lire, en plus des données générales, si une telle mesure a été imposée qui peut avoir des conséquences pour les assurés. Cette adaptation est proportionnée car il ne s'agit pas de publier un registre distinct des "dispensateurs de soins condamnés", ni de rendre soudainement publiques d'autres informations sur ces dispensateurs de soins mais uniquement les mesures susceptibles d'avoir des conséquences pour l'assuré. Bien que certaines informations tirées des décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives puissent être utiles aux assurés, par exemple dans le cas d'un dispensateur de soins qui facture des services inutiles, il est prévu que seules les mesures ayant une conséquence directe pour l'assuré soient visibles lorsque le dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche sur le site web de l'INAMI. Cette obligation est conforme à l'obligation d'information et au libre choix de l'assuré prévus aux articles 6 et 8 de la loi sur les droits des patients. L'assuré doit pouvoir choisir librement sur la base de toutes les informations, y compris celles relatives aux options de tarification des dispensateurs de soins. Cette information sera donc visible sur le site web de l'INAMI pendant la période d'application de la mesure. Les juridictions administratives fixent la date d'entrée en vigueur et la durée de la mesure dans leur décision. Pendant cette période, déterminée par les juridictions administratives, l'information sera disponible sur le site web de l'INAMI. Conformément à l'article 156, § 1er, les décisions des juridictions administratives sont exécutoires par provision, nonobstant tout recours. Un éventuel recours du dispensateur de soins n'a donc pas d'effet suspensif.

Section 11

Évaluation et contrôle médicaux

Art. 59

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

verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting): in beide gevallen gaat het om bestraft gedrag dat schade toebracht aan de ziekteverzekering.

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

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

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

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

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

Art. 60

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

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

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

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

en lien avec l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités (faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie): dans un cas comme dans l’autre, il s’agit de comportements sanctionnés qui portent préjudice à l’assurance soins de santé.

Le fait d’avoir une “dette ouverte” à l’égard de l’Institut constitue également un obstacle à une nomination pour siéger dans un des organes de l’Institut.

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

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

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

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

Art. 60

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

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

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

Il est nécessaire de prévoir que non seulement les constatations des médecins-conseil, mais aussi celles des auxiliaires kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux peuvent être utilisées par les inspecteurs et

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

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

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

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

Aangezien het Comité van de DGEC overeenkomstig artikel 141, § 1, eerste lid, 2°, van de GVU-wet de bevoegdheid heeft om de normen en richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle, is het logisch dat het Comité een opdracht zou kunnen geven aan het NCAA. Die bevoegdheid komt eveneens toe aan de Leidend ambtenaar van de DGEC aangezien dat valt onder de bevoegdheden van de DGEC zoals voorzien in artikel 139, vierde lid, van de GVU-wet. Artikel 146, § 2, van de GVU-wet voorziet dat de minister een opdracht zou kunnen geven aan de DGEC. Binnen diezelfde logica kan de minister ook een opdracht geven aan het NCAA. De Hoge raad van artsen-directeurs (HRAD) wordt overeenkomstig artikel 153, § 5, eerste lid, van de GVU-wet ingesteld bij de DGEC. Zij zijn onder andere belast met het zoeken naar en bevorderen van een georganiseerde aanpak in

les contrôleurs visés aux articles 146 et 162 en vue de constater des infractions.

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

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

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

Étant donné que le Comité du SECM est habilité, en vertu de l'article 141, § 1er, alinéa 1er, 2°, de la loi SSI, à établir les normes et les directives en vue de l'organisation du contrôle médical, il est logique que le Comité puisse donner une mission au CNMC. Ce pouvoir est également confié au fonctionnaire-dirigeant du SECM puisqu'il relève des compétences du SECM prévues à l'article 139, alinéa 4, de la loi SSI. L'article 146, § 2, de la loi SSI prévoit que le ministre peut donner une mission au SECM. Dans la même logique, le ministre peut également confier une mission au CNMC. Le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD) est établi conformément à l'article 153, § 5, alinéa 1er, de la loi SSI auprès du SECM. Il est notamment chargé de rechercher et de promouvoir une approche concertée dans les missions médicales de contrôle ou d'évaluation, tant entre les organismes assureurs qu'en complémentarité du

de medische controle- of evaluatieopdrachten, zowel tussen verzekeringsinstellingen, als ter aanvulling van de DGEC. Binnen die bevoegdheid is het logisch dat zij ook een opdracht zouden kunnen geven aan het NCAA.

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

HOOFDSTUK 3

Opheffingsbepalingen

Art. 61

Volgend op het advies van de Raad van State bij artikel 23 voorziet dit artikel in de opheffing van de bepalingen in de kwaliteitswet betreffende de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 % voor niet-geconventioneerde zorgverleners.

Art. 62

Volgend op het advies van de Raad van State bij artikel 23 voorziet dit artikel in de opheffing van het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft.

Art. 63

Volgens op het advies van de Raad van State bij artikel 25 voorziet dit artikel in de opheffing van het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan.

SECM. Dans le cadre de cette compétence, il est logique qu'il puisse également donner une mission au CNMC.

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

CHAPITRE 3

Dispositions abrogatoires

Art. 61

À la suite de l'avis du Conseil d'État concernant l'article 23, cet article prévoit l'abrogation des dispositions de la loi qualité relatives à la réduction de 25 % de l'intervention de l'assurance pour les dispensateurs de soins non conventionnés.

Art. 62

À la suite de l'avis du Conseil d'État concernant l'article 23, cet article prévoit l'abrogation de l'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées.

Art. 63

À la suite de l'avis du Conseil d'État concernant à l'article 25, cet article prévoit l'abrogation de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel.

Art. 64

Dit artikel voorziet in de opheffing van de nieuwe bepaling inzake de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 % voor niet-geconventioneerde zorgverleners.

Art. 65

De bepalingen van dit hoofdstuk treden in werking op dezelfde datum als de datum vanaf dewelke het nieuwe systeem van akkoorden van toepassing zal zijn, met uitzondering van de opheffing van het koninklijk besluit van 8 juni 1967 en de opheffing van de nieuwe wettelijke bepaling inzake de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming met 25 %, die in werking treden op een door de Koning na overleg in Ministerraad te bepalen datum.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank Vandenbroucke

Art. 64

Cet article prévoit l'abrogation de la nouvelle disposition relative à la réduction de l'intervention de l'assurance de 25 % pour les prestataires de santé non conventionnés.

Art. 65

Les dispositions du présent chapitre entrent en vigueur à la même date que celle à partir de laquelle le nouveau système d'accords sera d'application, à l'exception de l'abrogation de l'arrêté royal du 8 juin 1967 et de l'abrogation de la nouvelle disposition légale concernant la réduction de l'intervention de l'assurance de 25 %, qui entrent en vigueur à une date à déterminer par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank Vandenbroucke

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

ALGEMENE TOELICHTING

Dit wetsontwerp, dat zijn grondslag vindt in artikel 78 van de Grondwet (optioneel bicamerale procedure), vormt een aanvulling op het ontwerp van kaderwet, dat op zijn beurt artikel 74 van de Grondwet als grondslag heeft.

Overeenkomstig de opmerking van de Raad van State in zijn advies 78.104/2/2/V van 8 september 2025 met betrekking tot het voorontwerp van "Kaderwet" worden de bepalingen betreffende de bevoegdheden van de federale administratieve rechtscolleges in een afzonderlijk wetsontwerp ondergebracht.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

HOOFDSTUK 1

Inleidende bepaling

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

HOOFDSTUK 2

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

Afdeling 1

RIZIV-nummers

Art. 2

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

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Ce projet de loi, fondé sur l'article 78 de la Constitution (procédure bicamérale optionnelle), complète le projet de loi-cadre, laquelle est quant à elle fondée sur l'article 74 de la Constitution.

Conformément à l'observation formulée par le Conseil d'État dans son avis 78.104//2/2/V du 8 septembre 2025 sur l'avant-projet de "Loi-cadre", les dispositions relatives aux compétences des juridictions administratives fédérales font l'objet d'un projet de loi distinct.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 1ER

Disposition introductive

Article 1er

Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétence.

CHAPITRE 2

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section 1re

Numéros INAMI

Art. 2

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

We stellen echter vast dat sommige zorgverleners de definitieve beslissingen niet uitvoeren en dus hun administratieve geldboetes niet betalen, of dat de geldboete hen er niet toe aanzet hun aanrekengedrag aan te passen.

Wanneer een zorgverlener bijvoorbeeld consequent prestaties aanrekent die niet uitgevoerd werden, neemt die persoon consequent ten onrechte geld af van het gezondheidszorgbudget. Hetzelfde voor een zorgverlener die systematisch een nomenclatuurcode aanrekent die beter vergoed wordt dan de nomenclatuurcode van de prestatie die hij effectief uitvoerde. Het moet mogelijk zijn om de aanrekeningen van dergelijke zorgverleners, minstens tijdelijk, te doen stoppen.

Dat zijn voorbeelden van situaties waar een alternatieve maatregel meer passend is.

Daarom wordt de mogelijkheid gecreëerd voor de administratieve rechtscolleges om de administratieve geldboete te vervangen door een opschorting van het RIZIV-nummer. Het nummer waarvoor de wettelijke basis ook gecreëerd wordt in dit ontwerp.

Die maatregel zal enkel opgelegd kunnen worden door de administratieve rechtscolleges voor dossiers die in eerste aanleg behoren tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg. Op die manier wordt de mogelijkheid om de alternatieve maatregel op te leggen beperkt tot de inbreuken voorzien in artikel 73*bis*, 1° tot en met 4° van de GVU-wet wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro. Het gaat dus over dossiers die “in eerste aanleg” niet behoren tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar zoals omschreven in artikel 143, § 1.

De term “waarde van de betwiste verstrekkingen’” wordt momenteel al in de wet gebruikt om de inbreuken af te bakenen die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar en de Kamer van eerste aanleg behoren. In de memorie van toelichting bij de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) wordt uitdrukkelijk bepaald dat onder “waarde van de betwiste verstrekkingen”: “het verschuldigde bedrag begrepen (moet) worden dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg” (DOC 53 2600/001, blz. 14).

De “waarde van de betwiste verstrekkingen” zal hier niet anders beoordeeld worden.

De administratieve rechtscolleges worden voorgezeten door een voorzitter, rechter in functie of emeritus

Cependant, nous constatons que certains dispensateurs de soins n’exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l’amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification.

Lorsqu’un dispensateur de soins facture systématiquement des prestations qui n’ont pas été effectuées, il prélève indûment systématiquement de l’argent sur le budget des soins de santé. Il en va de même pour un dispensateur de soins qui facture systématiquement un code de nomenclature qui est mieux remboursé que le code de nomenclature de la prestation qu’il a réellement effectuée. Il devrait être possible d’arrêter la facturation de ces dispensateurs de soins, au moins temporairement.

Il s’agit là d’exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée.

C’est pourquoi est créée la possibilité pour les juridictions administratives de remplacer l’amende administrative par une suspension du numéro INAMI. Le numéro dont la base légale est également créée dans ce projet.

Cette mesure ne pourra être imposée que par les juridictions administratives pour les affaires relevant “en première instance” de la compétence des Chambres de première instance. Ainsi, la possibilité d’imposer la mesure alternative est limitée aux infractions prévues à l’article 73*bis*, 1° à 4° de la loi SSI lorsque la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros. Il s’agit donc de dossiers qui ne relèvent pas “en première instance” de la compétence du Fonctionnaire dirigeant telle que définie à l’article 143, § 1.

La notion de “valeur des prestations litigieuses” est déjà utilisée dans la loi pour délimiter les infractions relevant de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant et celles relevant des Chambres de 1re instance. Dans l’exposé des motifs de la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (I), il a été clairement précisé que “la ”valeur des prestations litigieuses” s’entend du montant dû après déduction de tout remboursement effectué entre la notification du procès-verbal de constat d’infraction et la saisine du Fonctionnaire dirigeant ou d’une Chambre de première instance.” (DOC 53 2600/001, p. 14).

“La valeur des prestations litigeuses” ne sera pas appréciée autrement ici.

Les juridictions administratives sont présidées par un président, juge en exercice ou émérite, et sont en outre

en zijn verder paritair samengesteld door twee leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en twee leden voorgedragen door de betrokken beroepsgroep. Die samenstelling laat toe de ernst van de feiten te beoordelen en de afweging te maken welke maatregel het meest passend is voor de vastgestelde feiten.

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

Het feit dat er een “vork” voorzien wordt tussen een minimum en een maximum voor de administratieve rechtscolleges waarbinnen zij kunnen oordelen, leidt niet tot rechtsonzekerheid maar laat de administratieve rechtscolleges net toe om per geval de meest gepaste maatregel op te leggen rekening houdende met de elementen van het dossier. Die “vork” is net in het voordeel van de zorgverlener. Net zoals in de tuchtrechtelijke procedures, kunnen er ook in de administratieve procedures verschillen zijn die in het ene geval een strengere maatregel rechtvaardigen dan in het andere geval. Net zoals het niet mogelijk is om in tuchtrechtelijke procedures een exhaustieve opsomming te geven wanneer welke maatregel opgelegd zal worden, is het evenmin mogelijk dergelijk exhaustief overzicht te geven voor de administratieve procedures. Dat zou bovendien afbreuk doen aan de bevoegdheid van de administratieve rechtscolleges die overeenkomstig artikel 144, § 2 en § 3 oordelen met volle rechtsmacht.

Deze maatregel wordt voorzien als alternatief van de administratieve geldboete en zal dus opgelegd kunnen worden door de administratieve rechtscolleges tijdens de tegensprekelijke administratieve procedure. Er wordt voor deze maatregel geen aparte administratieve procedure voorzien. Zoals steeds, zal de DGEC de procedure voor de Kamer van eerste aanleg opstarten door een verzoekschrift bij die Kamer neer te leggen (artikel 3 van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, Procedurereglement). De zorgverlener zal zich schriftelijk kunnen verdedigen door conclusies neer te leggen bij de griffie van de Kamer van eerste aanleg zoals voorzien in artikels 15-17 van het

composées à parts égales de deux membres présentés par les organismes assureurs et de deux membres présentés par la catégorie professionnelle concernée. Cette composition leur permet d’apprécier la gravité des faits et de peser la mesure la plus appropriée aux faits constatés.

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

Le fait qu’une “fourchette” entre un minimum et un maximum soit prévue pour les juridictions administratives, dans laquelle elles peuvent statuer, n’entraîne pas d’insécurité juridique, mais permet simplement aux juridictions administratives d’imposer la mesure la plus appropriée au cas par cas en fonction des éléments du dossier. Cette “fourchette” est juste en faveur du dispensateur de soins. Comme dans les procédures disciplinaires, il peut également y avoir des différences dans les procédures administratives qui justifient une mesure plus stricte dans un cas que dans l’autre. De même qu’il n’est pas possible de dresser une liste exhaustive des cas dans lesquels une mesure sera imposée dans le cadre d’une procédure disciplinaire, il n’est pas non plus possible de dresser une telle liste exhaustive pour les procédures administratives. En outre, cela porterait atteinte à la compétence des juridictions administratives qui statuent avec un pouvoir de pleine juridiction conformément à l’article 144, § 2 et § 3.

Cette mesure est prévue comme une alternative à l’amende administrative et pourra donc être imposée par les juridictions administratives dans le cadre d’une procédure administrative contradictoire. Il n’est pas prévu ici une procédure spécifique distincte. Comme toujours, le SECM entamera la procédure devant la Chambre de première instance en lui adressant une requête (article 3 de l’arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d’évaluation et de contrôle médicaux de l’INAMI, le règlement de procédure). Le dispensateur de soins pourra se défendre par écrit en déposant des conclusions au greffe de la chambre de première instance, comme le prévoient les articles 15 à 17 du règlement de procédure. Le dispensateur de soins

Procedurereglement. De zorgverlener kan zich tijdens de procedure ook, zoals steeds, laten bijstaan door een persoon van zijn keuze (artikel 145, § 4). Overeenkomstig artikel 18 van het Procedurereglement, worden de partijen opgeroepen om te verschijnen voor de Kamer van eerste aanleg wanneer het dossier in staat van wijzen is. Tijdens de zitting heeft de zorgverlener ook de kans om zijn standpunt uiteen te zetten. Het is daarna de paritair samengestelde Kamer, voorgezeten door een voorzitter, rechter in functie of emeritus, die haar beslissing zal nemen.

Zoals momenteel al duidelijk geschreven staat in artikel 142, § 1 GVU-wet kunnen de maatregelen die daar opgesomd worden, opgelegd worden "onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties". Ook dat wordt hier niet aangepast. Deze maatregel doet dus geen afbreuk aan eventuele tuchtrechtelijke maatregelen die voor dezelfde feiten opgelegd zouden kunnen worden. De tuchtrechtelijke en administratieve bevoegdheid bestaat momenteel naast elkaar, en zal langs elkaar blijven bestaan.

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

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

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

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

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

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

peut également, comme toujours, se faire assister au cours de la procédure par une personne de son choix (article 145, § 4). Conformément à l'article 18 du règlement de procédure, les parties sont convoquées devant la chambre de première instance lorsque l'affaire est en état d'être plaidée. Au cours de l'audience, le dispensateur de soins a également la possibilité de présenter son point de vue. C'est ensuite la chambre composée de manière paritaire, présidée par un président, juge en exercice ou émérite, qui rendra sa décision.

Comme l'indique déjà clairement l'article 142, § 1er, de la loi SSI, les mesures qui y sont énumérées peuvent être imposées "sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires". Cette disposition n'est pas non plus modifiée ici. Cette mesure est donc sans préjudice des mesures disciplinaires qui pourraient être imposées pour les mêmes faits. Les compétences disciplinaires et administratives coexistent actuellement et continueront à coexister.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Afdeling 2

Geneeskundige evaluatie en controle

Art. 3

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

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

Art. 4

1° Deze wijziging van de huidige tekst van artikel 145, § 2, tweede lid van de GVU-wet houdt verband met de invoeging in dezelfde wet van een nieuw artikel 13/3 betreffende belemmeringen voor een benoeming als lid van een van de organen van het Instituut.

2° Het is niet altijd mogelijk om de mandaten van leden die gaan aflopen snel te vervangen of te verlengen om

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

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

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

Section 2

Évaluation et contrôle médicaux

Art. 3

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

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

Art. 4

1 °Cette modification du texte actuel de l'article 145, § 2, alinéa 2, de la loi SSI est liée à l'insertion dans la même loi d'un nouvel article 13/3 concernant les empêchements à une nomination comme membre d'un des organes de l'Institut.

2° Il n'est pas toujours possible de remplacer ou renouveler rapidement les mandats des membres arrivés

"lege stoelen" te voorkomen, wat de behandeling van zaken die worden voorgelegd aan de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep (administratieve rechtscolleges) kan "vertragen". Dat kan een probleem vormen met betrekking tot de verplichting om binnen een redelijke termijn recht te spreken.

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

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

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

Het Hof van Cassatie heeft geoordeeld dat het algemeen rechtsbeginsel van de continuïteit van de openbare dienst, dat van toepassing is op de Orde der Artsen, impliceert dat de personen die een ambt bekleden in de raden van beroep van de Orde der Artsen, na afloop van hun ambtstermijn het recht hebben om hun functie te blijven uitoefenen totdat zij worden vervangen of herbenoemd (Cass., 9 december 1977, Pas., 1978, I, blz. 409).

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

Om een "risico van verlamming" van de werking van voornoemde Kamers te voorkomen en een "goede rechtsbedeling" te waarborgen, moet het continuïteitsbeginsel de leden wier ambtstermijn gaat verstrijken in

à expiration pour éviter "des chaises vides" de sorte que cela peut "freiner" le traitement des dossiers soumis aux Chambres de 1re instance et aux Chambres de recours (juridictions administratives). Ce qui pourrait poser problème au regard de l'obligation d'administrer la justice dans un délai raisonnable.

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

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

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

La Cour de cassation a jugé que le principe général du droit de la continuité du service public, applicable à l'Ordre des médecins, implique que des personnes qui remplissent un mandat aux conseils d'appel de l'Ordre des médecins, sont en droit, lorsque leur mandat est arrivé à échéance, de poursuivre l'exercice de leurs fonctions jusqu'au moment de leur remplacement ou de leur nouvelle désignation (Cass., 9 décembre 1977, Pas., 1978, I, p. 409).

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

Dès lors, pour éviter un "risque de paralysie" dans le fonctionnement des chambres précitées, et afin d'assurer la "bonne administration de la justice", le principe de continuité doit permettre aux membres, dont le mandat

staat stellen hun functie te blijven uitoefenen totdat zij worden vervangen of hun ambtstermijn wordt verlengd.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank Vandenbroucke

De minister van Justitie,

Annelies Verlinden

est arrivé à expiration, de continuer à exercer leur mission jusqu'à leur remplacement ou jusqu'au renouvellement de leur mandat.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank Vandenbroucke

Le ministre de la Justice,

Annelies Verlinden

VOORONTWERP VAN WET
onderworpen aan het advies van de Raad van State
Voorontwerp van Kaderwet

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

Afdeling X – Begrotingsproces

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

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

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

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

"12° beslist om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar op beduidende niet gerechtvaardigde wijze dreigt overschreden te worden;"

Art. X+1. In artikel 18 van dezelfde wet wordt het tweede lid, ingevoegd bij de wet van 18 december 2016, vervangen als volgt:

AVANT-PROJET DE LOI
soumis à l'avis du Conseil d'État
Avant-projet de Loi-cadre

Chapitre 1er – Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section X – Processus budgétaire

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

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

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

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

"12° décide d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparait que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé de manière significativement non justifiée;"

Art. X+1. Dans l'article 18, de la même loi, l'alinéa 2, inséré par la loi du 18 décembre 2016, est remplacé par ce qui suit:

"De Commissie voor begrotingscontrole analyseert het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 op de conformiteit met het begrotingskader, in voorkomend geval met de opdrachtbrief bedoeld in artikel 39, eerste lid, en met het meerjarentraject zoals de Ministerraad heeft besloten, analyseert de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar op de conformiteit met het voorstel van het Verzekeringscomité, en brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober advies uit, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité."	"La Commission de contrôle budgétaire analyse la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 avec le cadre budgétaire, le cas échéant, avec la lettre de mission visée à l'article 39, alinéa 1er, et avec la trajet pluriannuel tel que décidé par le Conseil des ministres, analyse la conformité des accords qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec la proposition du Comité de l'assurance, et émet au plus tard le deuxième lundi d'octobre un avis qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance."
Art. X+2. Artikel 18/2, § 1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt vervangen als volgt:	**Art. X+2.** Dans l'article 18/2, § 1er, de la même loi, l'alinéa 3, inséré par la loi du 6 novembre 2023, est remplacé par ce qui suit:
"De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober een advies uit over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité."	"La Commission rend, au plus tard le deuxième lundi d'octobre, un avis sur la conformité aux objectifs en matière de soins de santé, de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39, qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance."
Art. X+3. In artikel 38 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:	**Art. X+3.** À l'article 38 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées:
1° het vierde lid wordt vervangen als volgt:	1° l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit:
"De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, de financiële middelen voor de financiering van prioritaire aanpassingen en voorstellen gericht op het verhogen van de doelmatigheid van de zorg binnen hun sector meedelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.";	"Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance les moyens financiers destinés à financer les adaptations prioritaires et les propositions visant à accroître l'efficacité des soins dans leur secteur.";
2° het vijfde lid wordt vervangen als volgt:	2° l'alinéa 5 est remplacé par ce qui suit:
"De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, voorstellen meedelen van maatregelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité, enerzijds op basis van de technische ramingen, zoals opgemaakt door de Dienst uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, en anderzijds om eventueel een nieuw beleid te financieren. Deze voorstellen van maatregelen worden uiterlijk op 30 juni alleszins aan die organen meegedeeld indien er een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding geraamd wordt van de partiele begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.";	"Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance des propositions de mesures, d'une part, sur base des estimations techniques telles qu'établies par le Service au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire, et d'autre part, pour éventuellement financer une nouvelle politique. Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé.";
3° het zesde lid wordt aangevuld met de volgende zin:	3° l'alinéa 6 est complété par la phrase suivante:

"De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad."

"Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres."

Art. X+4. In artikel 39 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. X+4. À l'article 39 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, les modifications suivantes sont apportées:

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

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

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

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

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

2° l'ancien alinéa 1er, qui devient l'alinéa 2, est complété par les mots "et, le cas échéant, la lettre de mission visée à l'alinéa 1er";

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

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

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

4° l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, est complété par les mots "et, le cas échéant, tient compte de la lettre de mission visée à l'alinéa 1er";

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

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

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

"Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le Ministre soumet, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres au plus tard le deuxième vendredi d'octobre."

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

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

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

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

"§ 1. Gelet op het ontwerp van de Ministerraad bedoeld in artikel 39, zesde lid, of indien dat ontbreekt op het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, derde lid, of indien dat ook ontbreekt op volledig eigen initiatief, en rekening houdende met zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur bedoeld in artikel 16, 18°, met de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor Begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, bepaalt de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de akkoordencommissies en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. De Algemene Raad bepaalt eveneens de structurele besparingen [inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding] die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.";

"§ 1er. Compte tenu du projet du Conseil des ministres visé à l'article 39, alinéa 6, ou à défaut de celui-ci de la proposition du Comité de l'assurance visée à l'article 39, alinéa 3, ou à défaut d'une telle proposition, de sa propre initiative, et compte tenu tant du rapport annuel que de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, respectivement à l'alinéa 2 et 3, des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la législature visés à l'article 16, 18°, des propositions de mesures d'économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l'article 18, et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition du Comité de l'assurance visé à l'article 18, le Conseil général détermine au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, le budget de l'assurance soins de santé, y compris l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions d'accords et la partie hors objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général fixe également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d'entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l'augmentation de l'indice santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.";

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

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

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

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

Afdeling X+1 – Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

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

Art. X+6. In Titel III, Hoofdstuk I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling VIII vervangen als volgt:

Art. X+6. Dans le Titre III, Chapitre Ier, de la même loi, l'intitulé de la section VIII est remplacé par ce qui suit:

"Akkoordencommissies".

"Des commissions d'accords"

Art. X+7. In artikel 26 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 13 december 2006, 27 december 2006 en 11 augustus 2017, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. X+7. Dans l'article 26 de la même loi, modifié par les lois des 13 décembre 2006, 27 décembre 2006 et 11 août 2017, dont le texte actuel formera le paragraphe 1er, les modifications suivantes sont apportées:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

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

"De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden in de schoot van de dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten en de in artikel 22, 6°, en 6°bis, bedoelde ontwerpen van overeenkomsten worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgesteld door akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben."	"Les accords prévus à l'article 42 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé (et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6°bis, développés au sein du Service des soins de santé), par des commissions d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés."
2° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:	2° l'article est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit:
"§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het artsenkorps en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.	"§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.
Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.	Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.
De Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.	La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la commission concernée.
De beslissingen worden genomen bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het artsenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het artsenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het artsenkorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als arts-specialist moeten bevatten.	Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quart des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. (Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.
De voorzitter is niet stemgerechtigd."	Le président n'a pas voix délibérative."
3° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:	3° l'article est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit:

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

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

Art. X+8. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling I vervangen als volgt:

Art. X+8. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section I^re^ est remplacé par ce qui suit:

"Akkoorden."

"Des accords."

Art. X+9. Artikel 42 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998 en 19 maart 2013, wordt vervangen als volgt:

Art. X+9. L'article 42 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998 et 19 mars 2013, est remplacé par ce qui suit:

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

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

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

Les accords mentionnés dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.

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

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

Art. X+10. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I, van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt B vervangen als volgt:

Art. X+10. Dans le Titre III, Chapitre V, Section I^re^, de la même loi, l'intitulé du point B est remplacé par ce qui suit:

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

"Accords avec les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, et les fournisseurs d'implants"

Art. X+11. Artikel 43 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 22 februari 1998, wordt opgeheven.

Art. X+11. L'article 43 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 22 février 1998, est abrogé.

Art. X+12. Artikel 44 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 15 december 2013, wordt vervangen als volgt:

Art. X+12. L'article 44 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 15 décembre 2013, est remplacé par ce qui suit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Les accords peuvent fixer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé.

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

§ 5. De akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen kunnen voorzien in een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. In voorkomend geval mag de arts en de tandheelkundige die gedeeltelijk is toegetreden de honoriumbedragen die zijn vastgesteld in het akkoord overschrijden overeenkomstig de in het akkoord vastgestelde voorwaarden en modaliteiten."

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

Art. X+13. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt C vervangen als volgt:

Art. X+13. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point C est remplacé par ce qui suit:

"Akkoorden met de verplegingsinrichtingen".

"Des accords avec les établissements hospitaliers".

Art. X+14. In artikel 46 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt het woord "overeenkomsten" telkens vervangen door het woord "akkoorden".

Art. X+14. Dans l'article 46 de la même loi, modifié par la loi du 11 août 2017, le mot "conventions" est chaque fois remplacé par le mot "accords".

Art. X+15. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt D vervangen als volgt:

Art. X+15. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point D est remplacé par ce qui suit:

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

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

Art. X+16. In artikel 47 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. X+16. Dans l'article 47 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° de woorden "bedoelde overeenkomsten" worden vervangen door de woorden "bedoelde akkoorden";

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

2° de woorden "De overeenkomsten worden" worden vervangen door de woorden "De akkoorden worden";

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

3° de woorden "die overeenkomsten" worden vervangen door de woorden "die akkoorden";

3° les mots "ces conventions" sont remplacés par les mots "ces accords";

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

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

5° het woord "overeenkomstencommissie" wordt vervangen door het woord "akkoordencommissie".

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

Art. X+17. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt E vervangen als volgt:

Art. X+17. Dans le Titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l'intitulé du point E est remplacé par ce qui suit:

"Akkoord met de apothekers".

"De l'accord avec les pharmaciens".

Art. X+18. Artikel 48 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt vervangen als volgt:

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

Art. X+18. L'article 48 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, est remplacé par ce qui suit:

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

Art. X+19. Artikel 49 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 april 2019, wordt vervangen als volgt:

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

Art. X+19. L'article 49 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 avril 2019, est remplacé par ce qui suit:

"Art. 49. La commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature."

Art. X+20. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling II opgeheven.

Art. X+20. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section II est abrogé.

Art. X+21. Artikel 50 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, wordt vervangen als volgt:

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

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

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

Bovenop die correctiemechanismen moet elk akkoord bevatten:

Art. X+21. L'article 50, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, est remplacé par ce qui suit:

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

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

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

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

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

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

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

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

De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2. Il appartient au Conseil général de déterminer la suite à donner à tout dépassement significativement non justifié ou risque de dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire partiel.

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

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

De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren. Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

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

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

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

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

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

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

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement significativement non justifié de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement significativement non justifié mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

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

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

§ 5. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

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

Art. X+22. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling III vervangen als volgt:

"Proces sluiten van akkoorden en toetreding tot akkoorden".

Art. X+23. Artikel 51 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 mei 2022, wordt vervangen als volgt:

"Art. 51. § 1. De in artikel 42 bedoelde akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vóór 31 december, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord is gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als dit laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen.

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

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

Art. X+22. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section est remplacé par ce qui suit:

"Processus de conclusion des accords et adhésion aux accords".

Art. X+23. L'article 51 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est remplacé par ce qui suit:

"Art. 51. § 1er. Les accords visés à l'article 42 doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour constater leurs compatibilités budgétaires, avant le 31 décembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Le total des montants de dépenses résultant des accords nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels.

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

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

Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de Minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

In dat document worden in het bijzonder de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten toegetreden te zijn.

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

Art. X+24. In dezelfde wet wordt een artikel 51/1 ingevoegd, luidende:

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

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

Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le Ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1er mars afin de déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard le dernier jour de février. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le Ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

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

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

Art. X+24. Dans la même loi, il est inséré un article 51/1 rédigé comme suit:

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

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

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

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

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

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

§ 2. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Ce refus ne produit ses effets que s'il a été notifié pendant la période de trente jours à compter de la date de transmission de l'accord ou du document. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'indentification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si les dispensateurs de soins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accord, selon le cas, constate que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse le pourcentage visé au paragraphe 1er."

Art. X+25. In dezelfde wet wordt een artikel 51/2 ingevoegd, luidende:

Art. X+25. Dans la même loi, il est inséré un article 51/2 rédigé comme suit:

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. X+26. In dezelfde wet wordt een artikel 51/3 ingevoegd, luidende:

Art. X+26. Dans la même loi, il est inséré un article 51/3 rédigé comme suit:

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

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

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

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

Art. X+27. In dezelfde wet wordt een artikel 51/4 ingevoegd, luidende:

Art. X+27. Dans la même loi, il est inséré un article 51/4 rédigé comme suit:

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

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

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

Les accords peuvent être dénoncés par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette dénonciation se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la dénonciation se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la dénonciation se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'indentification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

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

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

Wanneer die quorums niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kunnen dezelfde gronden voor opzegging opnieuw ter stemming worden gebracht en worden opgenomen in de akkoorden, op voorwaarde dat een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen akkoord gaan.

Lorsque ces quorums ne sont pas atteints lors d'une première séance, les mêmes motifs de dénonciation peuvent être soumis à un nouveau vote et être inclus dans les accords, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit schriftelijk aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accord par écrit dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées se soit produite.

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

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

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

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

Art. X+28. In dezelfde wet wordt een artikel 51/5 ingevoegd, luidende:

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

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51 bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is goedgekeurd, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de Minister en goedgekeurd door de Algemene raad, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, tot de laatste dag van februari.

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

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

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

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

Art. X+28. Dans la même loi, il est inséré un article 51/5 rédigé comme suit:

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

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

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

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

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

Si aucun arrêté n'est prise en exécution de l'alinéa 2, les montants et honoraires fixés dans l'accord expiré ou dans le document expiré continuent à servir provisoirement de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou d'un autre texte légalement valable.

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

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

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord een nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad kan de indexmassa worden aangewend vanaf 1 januari zoals bepaald in het akkoord. Als het akkoord niet in werking kan treden, vervalt de indexering vanaf 1 maart."

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

Art. X+29. In dezelfde wet wordt een artikel 51/6 ingevoegd, luidende:

Art. X+29. Dans la même loi, il est inséré un article 51/6 rédigé comme suit:

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

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

Art. X+30. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet wordt na artikel 51/6 een afdeling III/1 ingevoegd, luidende:

Art. X+30. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, une section III/1 est insérée après l'article 51/6, rédigée comme suit:

"Gevolgen van toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden."

"Conséquences d'une adhésion ou d'un refus d'adhésion aux accords."

Art. X+31. In artikel 52 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999, 14 januari 2002, 13 december 2005 en 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. X+31. Dans l'article 52 de la même loi, modifié par les lois des 24 décembre 1999, 14 janvier 2002, 13 décembre 2005 et 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées:

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

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

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

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

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

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

“De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of een document zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.”

Art. X+32. In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel X+30, wordt een artikel 52/1 ingevoegd, luidende:

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

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

Buiten de dagen en de uren daarin meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheelkundigen geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en de uren daarin waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

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

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

4° dans le paragraphe 3, l’alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:

“Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l’article 42 ou des documents visés à l’article 51 , entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n’ont pas notifié leur refus d’adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.”

Art. X+32. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l’article X+30, il est inséré un article 52/1 rédigé comme suit:

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

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

En dehors des jours et des heures de ceux-ci communiqués conformément à l’alinéa 2, les médecins et les praticiens de l’art dentaire sont réputés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu’ils n’ont pas informé au préalable les bénéficiaires des jours et heures de ceux-ci pendant lesquels ils n’ont pas adhéré aux accords.

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

Art. X+33. In afdeling III/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel X+30, wordt een artikel 52/2 ingevoegd, luidende:

"Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36*sexies*, 36*octies*, 36*undecies* en 36*quinquiesdecies* van deze wet en in artikel 59*quater* van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, bepaalt de Koning dat de financiële tegemoetkomingen pro rata worden toegekend."

Art. X+34. In artikel 37sexies van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023, wordt het zesde lid vervangen als volgt:

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

Art. X+35. Afdeling X+1 treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Afdeling X+2 – Definities

Art. X+36. In artikel 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

2° het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder z), luidende:

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

Art. X+. Artikel X+36, 2°, treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Art. X+33. Dans la section III/1 de la même loi, inséré par l'article X+30, il est inséré un article 52/2 rédigé comme suit:

"Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles 36*sexies*, 36*octies*, 36*undecies* et 36*quinquiesdecies* de la présente loi et dans l'article 59*quater* de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui s'engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, le Roi détermine que les interventions financières sont accordées au prorata."

Art. X+34. Dans l'article 37sexies de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, l'alinéa 6 est remplacé par ce qui suit:

"Est également considéré comme une intervention personnelle, le montant des tarifs indicatifs."

Art. X+35. La section X+1 entre en vigueur le 1er juillet 2027 et s'applique aux accords applicables à partir du 1er janvier 2028.

Section X+2 – Définitions

Art. X+36. À l'article 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées:

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

2° l'article est complété par le z) rédigé comme suit:

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

Art. X. L'article X+36, 2°, entre en vigueur le 1er juillet 2027 et s'applique aux accords applicables à partir du 1er janvier 2028.

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

Art. X+37. Artikel 9*bis* van dezelfde wet, ingevoegd bij wet van 22 februari 1998 en vervangen door het koninklijk besluit van 19 juli 2013, wordt aangevuld met een lid, luidende:

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

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

Art. X+37. L'article 9*bis* de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par l'arrêté royal du 19 juillet 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

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

Afdeling X+4 – Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

Art. X+38. In artikel 15, eerste lid, f), van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt het woord "zeven" vervangen door het woord "acht".

Art. X+39. In artikel 21 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

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

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

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

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

Section X+4 – Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Art. X+38. Dans l'article 15, alinéa 1er, f), de la même loi, inséré par la loi du 6 novembre 2023, le mot "sept" est remplacé par le mot "huit".

Art. X+39. À l'article 21 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

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

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

2° dans le paragraphe 1er, alinéa 3, les mots "et g)" sont insérés entre les mots "alinéa 1er, f)" et les mots "; ont voix consultative".

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

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

Afdeling X+5 – Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

Art. X+40. In artikel 35, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

"De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de termijn van minimum één maand. Indien de bevoegde technische raad een voorstel geformuleerd heeft dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen of indien niet binnen de vooropgestelde termijn gevolg gegeven wordt aan het verzoek, kan de verzoeker een voorstel doen overeenkomstig de bepalingen onder 3°.";

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

3° de bepaling onder 4° wordt opgeheven.

Art. X+41. In artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 november 2018, wordt paragraaf 8 opgeheven.

Afdeling X+6 – Ereloonsupplementen

Art. X+42. Artikel 35, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 november 2023, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

"§ 5. Onder voorbehoud van supplementen verboden door of krachtens een wet, plafonneert de Koning uiterlijk tegen 1 januari 2028, op voorstel van de bevoegde akkoordencommissie of -bij ontstentenis hiervan-op voorstel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in een ministerraad overlegd besluit het aanrekenen van supplementen.

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

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

Art. X+40. À l'article 35, § 2, alinéa 1er, de la même loi, modifiée en dernier lieu par la loi du 22 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées:

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

"Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai de minimum un mois. Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s'il n'est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°.";

2° dans le 3°, l'alinéa 2 est abrogé;

3° le 4° est abrogé.

Art. X+41. Dans l'article 10 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 novembre 2018, le paragraphe 8 est abrogé.

Section X+6 – Suppléments d'honoraires

Art. X+42. L'article 35, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 26 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit:

"§ 5. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, le Roi, sur proposition de la commission d'accord concernée ou – à défaut – sur proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, plafonne la facturation des suppléments au plus tard le premier janvier 2028.

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

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

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

Het maximumsupplement kan bepaald worden door onder meer het vaststellen van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.

Le supplément maximal peut être fixé, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou d'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.

La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'Il désigne, peut en outre être limité à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

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

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

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

Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35*septies*/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.

Art. X+43. Artikel 53, § 5, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 29 november 2022, wordt aangevuld met de woorden ", onverminderd de bepalingen die zijn voorzien in de akkoorden".

Art. X+43. L'article 53, § 5, de la même loi, inséré par la loi du 29 novembre 2022, est complété par les mots "sans préjudice des dispositions prévues dans les accords".

Art. X+44. In artikel 73, § 1/1, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 10 april 2014 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de woorden "van artikel 35, § 5, en" ingevoegd tussen de woorden "Onder voorbehoud" en "van artikel 152, § 5,".

Art. X+44. À l'article 73, § 1er/1, alinéa 1er, de la même loi, inséré par la loi du 10 avril 2014 et modifié par la loi du 11 août 2017, les mots "de l'article 35, § 5, et" sont insérés entre les mots "Sous réserve de l'application" et "de l'article 152, § 5".

Art. X+45. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel X+43, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2025.

Art. X+45. La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception de l'article X+43, qui produit ses effets le 1er janvier 2025.

De Koning kan, in een in ministerraad overlegd besluit, de datum van inwerkingtreding van deze afdeling, met uitzondering van artikel X+43, uitstellen tot uiterlijk 1 januari 2029.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, reporter la date d'entrée en vigueur de la présente section, à l'exception de l'article X+43, au plus tard au 1er janvier 2029.

Afdeling X+7 – Financiering representatieve beroepsorganisaties

Art. X+46. In artikel 36*nonies* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden “overeenkomsten- of” worden opgeheven;

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

“De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de akkoorden. Het aanvullend bedrag bedraagt vijftien procent van de totale tegemoetkoming voor de betrokken sector of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie, de modaliteiten waarop het basisbedrag en het aanvullend bedrag worden bepaald en verdeeld. In afwezigheid van een voorstel van de betrokken akkoordencommissie legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit.“

Art. X+47. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Section X+7 – Financement des organisations professionnelles représentatives

Art. X+46. À l’article 36*nonies* de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° les mots “de conventions ou” sont abrogés;

2° l’article est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“L’intervention financière visée dans l’alinéa 1er se compose d’un montant de base et d’un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux accords. Le montant complémentaire s’élève à quinze pour cent de l’intervention totale pour le secteur ou l’organisation professionnelle concerné. Le Roi fixe, sur proposition de la commission d’accords concernée, les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire sont déterminés et répartis. En l’absence de proposition de la commission d’accords concernée, le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres.”

Art. X+47. La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2026.

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

Art. X+48. Artikel 53, § 1, zesde lid, van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

“In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling, en op 1 januari 2027 voor de kinesitherapeuten voor wat de elektronische kennisgevingen en akkoordaanvragen betreft alsook de elektronische gegevensoverdracht binnen of buiten de derdebetalersregeling. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 eveneens beschikken over alle elektronische diensten om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering.

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

Art. X+48. L’article 53, § 1er, alinéa 6, de la même loi, est remplacé par ce qui suit:

“Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l’obligation visée à l’alinéa 2 prend effet le 1er juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le 1er janvier 2027 pour les kinésithérapeutes en ce qui concerne les notifications électroniques et les demandes d’accord électroniques ainsi que le transfert de données électronique dans ou en dehors du régime du tiers payant. Tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d’attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l’assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, au plus tard le 1er janvier 2029, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l’assurance.

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

Afdeling X+9 – RIZIV-nummers

Art. X+49. In artikel 53 van dezelfde wet wordt een paragraaf 6 toegevoegd, luidende:

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

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

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

Art. X+50. Artikel 73, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 mei 2022, wordt aangevuld met een lid, luidende:

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

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

Section X+9 – Numéros INAMI

Art. X+49. L'article 53 de la même loi est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit:

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

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

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

Art. X+50. L'article 73, § 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

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

Art. X+51. In artikel 73*bis*, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt de bepaling onder 1° aangevuld met de woorden "of gedurende een periode van opschorting van het RIZIV-nummer".

Art. X+51. À l'article 73*bis*, alinéa 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, le 1° est complété par les mots "ou durant une période de suspension du numéro Inami".

Art. X+52. In artikel 142 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 6 november 2023, wordt een §1/1 ingevoegd, luidende:

Art. X+52. Dans l'article 142 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, il est inséré un § 1er/1, rédigé comme suit:

"§ 1/1. De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep kunnen, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, een opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete voor de inbreuken voorzien in artikel 73*bis*, 1° tot en met 4° wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro.

"§ 1er/1. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, imposer la suspension du numéro INAMI comme alternative à l'amende administrative pour les infractions prévues à l'article 73*bis*, 1° à 4°, quand la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros.

Die opschorting kan opgelegd worden voor minimum één maand en maximum twee jaar.

Cette suspension peut être imposée pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans.

De datum waarop de opschorting ingaat en de duur er van, worden gespecifieerd in de uitgesproken beslissing. De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van opschorting valt niet aanrekenen of attesteren binnen de verzekering geneeskundige verzorging, ook niet na de periode van opschorting.

La date de l'entrée en vigueur de la suspension et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte ni attester dans le cadre de l'assurance soins de santé les prestations dont la date de prestation est comprise dans la période de suspension, même après la période de suspension.

Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die de opschorting uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen.

Simultanément à la notification visée à l'article 156, § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant la suspension.

De waarde van de aan een rechthebbende uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald aan de verzekeringsinstelling door de zorgverlener die de opschorting niet respecteerde."

La valeur des prestations versées à un bénéficiaire est remboursée à l'organisme assureur par le dispensateur de soins qui n'a pas respecté la suspension."

Art. X+53. In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt:

Art. X+53. À l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:

"Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden. Voor de artsen en de tandheelkundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de tijdstippen daarin vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners en of dat nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook."

"L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Pour les médecins et praticiens de l'art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré sont également mentionnés. Cette liste contient également les numéros Inami des dispensateurs de soins et si ce numéro est temporairement suspendu ou non. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également."

Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle

Art. X+54. In Titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/3 ingevoegd, luidende:

"Art 13/3. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen.

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

Art. X+55. Artikel 144, § 3/1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt aangevuld met de volgende zin:

"De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod valt, niet aanrekenen met toepassing van de derdebetalersregeling na de periode van het verbod."

Art. X+56. In artikel 145 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 6 november 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 2, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

"Een lid kan niet benoemd worden wanneer hij in de vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming veroordeeld werd voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of als hij door de rechterlijke macht veroordeeld werd voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek. Een lid kan ook niet benoemd worden wanneer hij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moet voldoen."

2° in § 2, wordt tussen het derde en het vierde lid een lid ingevoegd, luidende:

"Om de continuïteit van de normale rechtsgang niet in gevaar te brengen, worden de mandaten van de voorzitters en de leden die zouden verstrijken, automatisch verlengd totdat in hun vervanging of in hun herbenoeming is voorzien."

Section X+10 – Évaluation et contrôle médicaux

Art. X+54. Dans le Titre II de la même loi, il est inséré un article 13/3 rédigé comme suit:

"Art. 13/3. Les membres des organes de gestion ou d'autres organes de l'Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut.

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

Art. X+55. L'article 144, § 3/1, alinéa 3, de la même loi, inséré par la loi du 30 octobre 2018, est complété par la phrase suivante:

"Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte les prestations dont la date de prestation se situe pendant la période d'interdiction, en utilisant le régime du tiers payant après la période d'interdiction."

Art. X+56. À l'article 145 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° au § 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit:

"Un membre ne peut être nommé si, dans les cinq années précédant sa nomination, il a été condamné pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou s'il a été condamné par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social. Un membre ne peut pas non plus être nommé quand il a encore une dette à l'égard de l'Institut."

2° au § 2, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 3 et 4:

"Afin d'assurer la continuité du cours normal de la justice, les mandats des Présidents et des membres arrivés à leur terme, sont prolongés de plein droit jusqu'au moment où il est pourvu à leur remplacement ou leur renouvellement."

Art. X+57. In artikel 153 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 29 november 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

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

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

"De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken op de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen en de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen uit § 1 een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de samenstelling, de werking en het soort opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges. De minister, het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Hoge raad van artsen-directeurs kunnen het Nationaal College van adviserend-artsen verzoeken een opdracht uit te voeren. Daarnaast kan het Nationaal College ook ambtshalve optreden."

Afdeling X+11 – Financiële Responsabilisering van de verzekeringsinstellingen

Art. X+58. In artikel 195, § 1, 2°, van dezelfde wet wordt tussen het achtste en het negende lid een lid ingevoegd, luidende:

Art. X+57. À l'article 153 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, les modifications suivantes sont apportées:

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

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

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

"Sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations de santé visées à l'article 34 et le suivi des missions des médecins-conseils du § 1er, un Collège national des médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et le type de missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. Le ministre, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Conseil supérieur des médecins-directeurs peuvent demander au Collège national des médecins-conseils d'exécuter une mission. En outre, le Collège national peut également agir d'office."

Section X+11 – Responsabilisation financière des organismes assureurs

Art. X+58. À l'article 195, § 1er, 2°, de la même loi, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9:

"Vanaf 2026 worden de verzekeringsinstellingen geresponsabiliseerd op hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de in artikel 40 van deze wet bedoelde akkoordencommissies. Deze responsabilisering heeft betrekking op een bedrag van 25.000.000 euro in 2026, 50.000.000 euro in 2027 en 75.000.000 euro in 2028, tot 100.000.000-euro voor de volgende jaren vanaf 2029. De verzekeringsinstellingen worden jaarlijks geëvalueerd op de behaalde resultaten, met het oog op, in voorkomend geval, de toekenning van het gedeelte van de administratiekosten, dat met dit doel werd gereserveerd op een rekening van het Instituut. De Koning bepaalt de modaliteiten van de evaluatie, de periodiciteit, en de voorwaarden op basis waarvan het gereserveerd gedeelte van de administratiekosten al dan niet wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen."

"À partir de 2026, les organismes assureurs sont responsabilisés sur leurs frais d'administration relativement aux actions qu'ils auront menées chaque année pour maitriser les dépenses dans le secteur des soins de santé et en particulier quant aux économies qu'ils auront réalisées vis-à-vis de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et des objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions d'accords visés à l'article 40 de la présente loi. Cette responsabilisation porte sur un montant de 25.000.000 EUR en 2026, 50.000.000 EUR en 2027 et 75.000.000 EUR en 2028, jusqu'à atteindre 100.000.000 EUR pour les années suivantes à partir de 2029. Les organismes assureurs sont évalués annuellement sur les résultats obtenus en vue, le cas échéant, de se voir attribuer la partie des frais d'administration qui a été réservée à cette fin sur un compte de l'Institut. Le Roi détermine les modalités d'évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d'administration réservée est attribuée ou non aux organismes assureurs."

Hoofdstuk 2 – Wijzigingen van de programmawet (I) van 24 december 2002

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

Art. X+59. In artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 21 december 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

Art. X+59. À l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, modifié en dernier lieu par la loi du 21 décembre 2018, les modifications suivantes sont apportées:

1° het vierde lid wordt aangevuld met de bepaling onder 4°, luidende:

1° l'alinéa 4 est complété par le 4°, rédigé comme suit:

"4° op verzoek van de verzekeringsinstellingen, die optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken in de zin van artikel 26 van de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG, met als doel het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners."

"4° à la demande des organismes assureurs, agissant en qualité de responsables conjoints du traitement au sens de l'article 26 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, afin de vérifier la bonne application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les dispensateurs de soins individuels."

2° tussen het vierde en het vijfde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

2° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 4 et 5:

"In het kader van de in het eerste en vierde lid bedoelde bevoegdheden kan het Intermutualistisch Agentschap de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens analyseren om zorgverleners te identificeren met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het Intermutualistisch Agentschap deelt de resultaten van deze analyses, met inbegrip van de identiteit van de betrokken zorgverleners, mee aan de verzekeringsinstellingen en aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, die apart of desgevallend gezamenlijk optreden en deze resultaten kunnen gebruiken in het kader van hun respectievelijke controlebevoegdheden."

"Dans le cadre des compétences visées aux alinéas 1er et 4, l'Agence intermutualiste peut analyser les données collectées et traitées par les organismes assureurs pour identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. L'Agence intermutualiste communique les résultats de ces analyses, y compris l'identité des dispensateurs de soins concernés, aux organismes assureurs et au Service d'évaluation et de contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui agissent séparément ou, le cas échéant, conjointement et peuvent utiliser ces résultats dans le cadre de leurs compétences de contrôle respectives."

3° in het vroegere vijfde lid, dat het zesde lid wordt, in het vroegere tiende lid, dat het elfde lid wordt, en in het vroegere elfde lid, dat het twaalfde lid wordt, worden de woorden "de Commissie tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer" vervangen door de woorden "de Gegevensbeschermingsautoriteit";

3° dans l'ancien alinéa 5, devenant l'alinéa 6, l'ancien alinéa 10, devenant l'alinéa 11, et l'ancien alinéa 11, devenant l'alinéa 12, les mots "la Commission de la protection de la vie privée" sont chaque fois remplacés par les mots "l'Autorité de protection des données";

4° in het vroegere achtste lid, dat het negende lid wordt, worden de woorden "het vijfde lid" vervangen door de woorden "het zesde lid";

4° dans l'ancien alinéa 8, devenant l'alinéa 9, les mots "à l'alinéa 5" sont remplacés par les mots "à l'alinéa 6";

5° in het vroegere twaalfde lid, dat het dertiende lid wordt, worden de bepalingen onder 2° en 3° vervangen als volgt:

5° dans l'ancien alinéa 12, devenant l'alinéa 13, les 2° et 3° sont remplacés par ce qui suit:

"2° Mits een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité opgericht bij de wet van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG, kunnen de in de permanente representatieve steekproef vervatte persoonsgegevens, op permanente wijze in verband worden gebracht met andere persoonsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken binnen het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdrachten.

"2° Moyennant une délibération du comité de sécurité de l'information créé en vertu de la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, les données à caractère personnel contenues dans l'échantillon représentatif permanent peuvent être corrélées de manière permanente avec d'autres données à caractère personnel dont les organismes assureurs disposent dans le cadre de l'exécution de leurs missions légales.

3° Binnen het kader van een eenmalige en tijdelijke studie, waarvan de finaliteit kadert binnen de wettelijke opdrachten van de instellingen die toegang hebben tot de permanente representatieve steekproef, kan het voormelde informatieveiligheidscomité een beraadslaging verlenen om de in de permanente representatieve steekproef vervatte gegevens in verband te brengen met andere persoonsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen niet beschikken."

3° Dans le cadre d'une étude unique et temporaire, dont la finalité s'inscrit dans les missions légales des organismes qui ont accès à l'échantillon représentatif permanent, le comité de sécurité de l'information susvisé peut donner une délibération pour la mise en corrélation des données contenues dans l'échantillon représentatif permanent avec d'autres données à caractère personnel dont les organismes assureurs ne disposent pas."

Art. X+60. Artikel 279 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 27 december 2005 en 1 maart 2007, wordt vervangen als volgt:

"Art. 279. Elke overdracht van persoonsgegevens vanuit het Intermutualistisch Agentschap vereist een beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité.

Er is evenwel geen beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité vereist voor de in artikel 278, zesde lid, omschreven terbeschikkingstelling van de gecodeerde permanente representatieve steekproef."

Art. X+61. In artikel 285, tweede lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 1 maart 2007, worden de woorden "principiële machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door de woorden "beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité".

Art. X+62. In artikel 296, tweede lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 1 maart 2007, worden de woorden "principiële machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door de woorden "beraadslaging van het voormelde informatieveiligheidscomité".

Art. X+60. L'article 279 de la même loi, modifié par les lois du 27 décembre 2005 et du 1er mars 2007, est remplacé par ce qui suit:

"Art. 279. Toute transmission de données à caractère personnel de l'Agence intermutualiste requiert une délibération du comité de sécurité de l'information susvisé.

Aucune délibération n'est toutefois requise de la part du comité de sécurité de l'information susvisé, pour la mise à disposition de l'échantillon représentatif permanent codé décrit à l'article 278, alinéa 6."

Art. X+61. À l'article 285, alinéa 2, de la même loi, modifié par la loi du 1er mars 2007, les mots "autorisation de principe du comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant création et organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots "délibération du comité de sécurité de l'information susvisé".

Art. X+62. À l'article 296, alinéa 2, de la même loi, modifié par la loi du 1er mars 2007, les mots "autorisation de principe du comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant création et organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots "délibération du comité de sécurité de l'information susvisé".

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	**Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding**
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitverzekering**
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Matthias Geenens; JUR_REG@riziv-inami.fgov.be; 02/739.79.23**

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X Begrotingsproces
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Het proces betreffende de opmaak van de gezondheidszorgbegroting in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt gewijzigd. Er wordt daarnaast ook verduidelijkt dat de in de gecoördineerde wet bestaande responsabiliseringsmechanismen ten alle tijde gedurende het begrotingsjaar zullen worden geactiveerd wanneer blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling voor dat jaar op niet-verantwoorde wijze overschreden zou worden.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	**Verzekeringscomité, Inspecteur van Financiën, Minister voor Begroting, Ministerraad, Raad van State**

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Ontwerp van wettekst en ontwerp Memorie van Toelichting

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

03/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp geen specifieke impact op de ene groep van personen t.o.v. een andere groep van personen. Uiteraard is er een indirecte impact voor zorgverleners in die zin dat deze vertegenwoordigd zijn in diverse organen die een zekere bevoegdheid hebben in het proces tot het vastleggen van de jaarlijkse gezondheidszorgbegroting (en de beheersing ervan).

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen verschillen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Het hertekenen van het proces van de gezondheidszorgbegroting laat toe om nog meer rekening te houden met (politieke) beleidskeuzes op het vlak van gezondheid, en om daarvoor de nodige middelen te voorzien in de begroting.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   Het wijzigen van het begrotingsproces betreft een wijziging van interne procedures eigen aan de federale overheid en het RIZIV en heeft geen impact op ondernemingen.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.
   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit
   _ _
4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit
   _ _
5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?
   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

a. _ _huidige regelgeving*

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

b. _ _ontwerp van regelgeving**

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _* b. _ _**
3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _* b. _ _**
4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _* b. _ _**
5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?
   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Er worden extra stappen toegevoegd in het begrotingproces m.b.t. de gezondheidszorgbegroting en er wordt over gewaakt dat alle relevante informatie en documenten steeds voor elke actor in het begrotingproces tijdig beschikbaar zijn.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Betreft louter de Belgische gezondheidszorgbegroting.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Erlend Pulinx, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+1 Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen / Afdeling X+2 Definities
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	In uitvoering van het regeerakkoord wordt een nieuw conventiemodel voorgesteld. De regels inzake de akkoorden voor artsen en tandartsen enerzijds en de overeenkomsten voor andere zorgverleners anderzijds worden geharmoniseerd en vereenvoudigd. De terminologie wordt geüniformiseerd. Voor alle sectoren zullen voortaan de termen “akkoorden” en “akkoordencommissies” worden gebruikt. Er wordt voorzien in een strikt tijdsschema voor het sluiten en goedkeuren van de akkoorden. Het kader voor de gedeeltelijke conventionering van artsen en tandartsen wordt vastgesteld in de wet. De toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria (richttarieven) die nu enkel kunnen worden vastgesteld in de akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen worden mogelijk in alle sectoren en worden opgenomen in de maximumfactuur. Verschillende premies en financiële tegemoetkomingen die het Riziv aan zorgverleners betaalt, zullen enkel nog worden toegekend als de zorgverlener is geconventioneerd. Tenslotte worden in dezelfde beweging een aantal herschikkingen doorgevoerd die de leesbaarheid en structuur van het geheel ten goede moeten komen.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Verzekeringscomité, Inspecteur van Financiën, Minister van Begroting, Raad van State, informele raadpleging van de stakeholders

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Voorontwerp van wet en memorie van toelichting, bestaande regelgeving en praktijken hieromtrent

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

04/07/2025

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp heeft een impact op de zorgverleners die geneeskundige verstrekkingen verrichten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en op de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De hervorming van het conventiemodel beoogt zoveel mogelijk zorgverleners aan te sporen om zich te conventioneren opdat zoveel mogelijk patiënten een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De mogelijkheid om beroep te doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven vermijdt dat patiënten om financiële redenen zorg uitstellen of geen beroep doen op zorg en draagt aldus bij tot de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   De toetreding tot de akkoorden heeft betrekking op individuele zorgverleners.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   – –

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   – –

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   – –

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   – –

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. De zorgverleners die niet wensen toe te treden tot een akkoord, moeten binnen een bepaalde termijn na kennisgeving van het akkoord hun weigering tot toetreding meedelen.

   b. De zorgverleners die niet wensen toe te treden tot een akkoord, moeten binnen een bepaalde termijn na kennisgeving van het akkoord hun weigering tot toetreding meedelen.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

   a. De zorgverleners die niet wensen toe te treden tot een akkoord moeten hun weigering tot toetreding meedelen aan het Riziv.

   b. De zorgverleners die niet wensen toe te treden tot een akkoord moeten hun weigering tot toetreding meedelen aan het Riziv.

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

   a. De mededeling moet gebeuren via elektronische weg of per post. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Riziv.

   b. De beveiligde online toepassing zal in de toekomst ter beschikking worden gesteld voor alle sectoren.

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

   a. In principe tweejaarlijks, telkens als er een nieuw akkoord wordt gesloten of een wijzigingsclausule.

   b. In principe tweejaarlijks, telkens als er een nieuw akkoord wordt gesloten of een wijzigingsclausule.

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   – –

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Optimalisatie van het proces om te komen tot een akkoord en de procedure tot toetreding.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

   - o voedselveiligheid
   - o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
   - o waardig werk
   - o lokale en internationale handel
   - o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
   - o mobiliteit van personen
   - o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
   - o vrede en veiligheid

   Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp beoogt de zorgverleners die in België werkzaam zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

   ↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

   _ _

   ↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Frank Vandenbroucke
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Pascal Breyne en Jennifer Hernould, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet - Afdeling X+3 (Het gebruik van kopieën bestendigen, met name om de digitale verzending mogelijk te maken van documenten inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid) en X+8 (Verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners)
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Afdeling X+8 voorziet een verplichting voor kinesitherapeuten om vanaf 1 januari 2027 de diensten eAgreement, eFact en eAttest te gebruiken. Meer in het algemeen wordt er voorgesteld om in de gecoördineerde wet aan te geven dat alle zorgverleners tegen uiterlijk 1 januari 2029 zullen beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen digitaal te attesteren (= digitale gegevensoverdracht buiten het kader van de derdebetalersregeling) en/of te factureren (= digitale gegevensoverdracht binnen het kader van de derdebetalersregeling) in het kader van de verplichte verzekering of beide mogelijkheden, naargelang de kenmerken van de facturatie in de betrokkene sector. Er wordt tevens voorgesteld om in de gecoördineerde wet aan te geven dat alle zorgverleners tegen uiterlijk 1 januari 2029 tevens, naargelang de kenmerken van de betrokken sector, ook zullen beschikken over alle nodige elektronische diensten, in het kader van de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering, om gegevens te consulteren en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen. Er wordt verder gepreciseerd dat het gebruik van deze digitale diensten verplicht wordt voor alle zorgverleners vanaf 1 januari 2030 uitgezonderd in een aantal uitzonderingssituaties die in de wet worden ingeschreven. Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning om deze uitzonderingssituaties aan te passen of er bijkomende te voorzien. Afdeling X+3 voert een afwijking in op de algemene regel die de voorlegging van originele documenten vereist voor sociaal verzekerden, met een scope die strikt beperkt is tot documenten die nodig zijn voor het beheer van hun dossier inzake verzekerbaarheid en evenals voor documenten betreffende de financiële

	toegankelijkheid in strikte zin (bijvoorbeeld voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming). Het betreft zowel papieren als digitale kopieën van enerzijds attesten en documenten die door derden zijn opgemaakt, en anderzijds formulieren of verklaringen die door de sociaal verzekerden dienen te worden ingevuld.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Bespreking in het Verzekeringscomité

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Statistieken RIZIV

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

04/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Niet alle sociaal verzekerden beschikken over de middelen om originele elektronische documenten voor te leggen. Bijgevolg zorgt de mogelijkheid voor sociaal verzekerden om kopieën van digitale documenten te kunnen overmaken aan hun ziekenfonds voor hun dossier inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid voor een gelijke behandeling onder alle sociaal verzekerden.

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp heeft betrekking op de zorgverleners die geneeskundige verstrekkingen leveren die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en op de sociaal verzekerden die dergelijke verstrekkingen genieten. Tijdens het tweede semester van 2024 waren 5.925.175 vrouwen en 5.766.308 mannen aangesloten bij een ziekenfonds. Op 31/12/2023 hadden 277.896 individuele zorgverleners recht om prestaties te verrichten in België die worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. De meerderheid van zorgverleners in België is een vrouw.

   ↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Het ontwerp maakt geen verschil tussen mannen en vrouwen.

   ↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   De betrokken ondernemingen zijn de zorgverleners in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Sommige van deze zorgverleners oefenen hun beroepspraktijk uit als zelfstandige, hetzij als natuurlijk persoon, hetzij in vennootschapsverband, in welke gevallen het een KMO betreft.Bepaalde zorgverleners oefenen hun beroepspraktijk uit in grotere ondernemingen (bv. de laboratoria).Tenslotte zijn er structuren onder deze zorgverleners, die privaat, commercieel of openbaar van aard kunnen zijn, zoals de ziekenhuizen. In dit geval gaat het over middelgrote tot grote ondernemingen. Daarnaast zijn ook de zeven verzekeringsinstellingen betrokken als deelnemers aan de verplichte ziekteverzekering. Dit zijn geen KMO's.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   Doordat zorgverleners beschikken over digitale diensten om gegevens uit te wisselen met de ziekenfondsen, daalt de administratieve last voor hen.

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   – –

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   – –

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   – –

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. huidige regelgeving*: de zorgverlener moet gegevens op papier uitwisselen met de ziekenfondsen en de sociaal verzekerde moet originele documenten overmaken aan zijn ziekenfonds om zijn dossier inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid te regelen.

   b. ontwerp van regelgeving**: de zorgverlener beschikt over digitale diensten om gegevens uit te wisselen met de ziekenfondsen en de sociaal verzekerde kan tevens kopieën bezorgen aan zijn ziekenfonds om zijn dossier inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid te regelen.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

   a. Huidige regelgeving*: de zorgverlener maakt gebruik van papieren documenten en de sociaal verzekerde maakt gebruik van originele documenten in het kader van zijn verzekerbaarheid en dossier van financiële toegankelijkheid

   b. Ontwerp van regelgeving**: de zorgverlener gebruikt digitale diensten en de sociaal verzekerde kan gebruik maken van kopieën van documenten in het kader van zijn verzekerbaarheid en dossier van financiële toegankelijkheid

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

   a. huidige regelgeving*: de zorgverlener bestelt getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of drukt een formulier af. De sociaal verzekerde ontvangt een origineel document of vult zelf een origineel document in

   b. Ontwerp van regelgeving**: de zorgverlener moet geen documenten meer inzamelen aangezien hij gebruik maakt van digitale diensten om gegevens te consulteren bij de ziekenfondsen en gegevens uit te wisselen met de ziekenfondsen. De sociaal verzekerde kan ook een kopie van een document die hij ontvangt of zelf invult, overmaken aan zijn ziekenfonds.

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

   a. Huidige regelgeving*: De periodiciteit hangt af van de voorliggende situatie

   b. Ontwerp van regelgeving**: De periodiciteit hangt af van de voorliggende situatie

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   Er is geen negatieve impact.

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

   - o voedselveiligheid
   - o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
   - o waardig werk
   - o lokale en internationale handel
   - o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
   - o mobiliteit van personen
   - o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
   - o vrede en veiligheid

   Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

   Er is geen enkel ontwikkelingsland betrokken aangezien het ontwerp betrekking heeft op gezondheidszorg die in België wordt terugbetaald en sociaal verzekerden die zich in België willen verzekeren bij een ziekenfonds.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	**Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding**
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitverzekering**
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Matthias Geenens; JUR_REG@riziv-inami.fgov.be; 02/739.79.23**

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+4 Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	**In het het streven naar een coherent gezondheidszorgbeleid ten bate van de patiënt tussen de federale overheid en de deelstaten, wordt voorzien in de mogelijkheid voor de deelstaten om, met raadgevende stem, vertegenwoordigd te zijn in het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging bij het RIZIV en zodoende de vergaderingen van dat orgaan bij te wonen. Dit werd eerder ook al wettelijke verankerd voor de Algemene Raad.**
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	**Verzekeringscomité, Inspecteur van Financiën, Minister voor Begroting, Ministerraad, Raad van State**

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Ontwerp van wettekst en ontwerp Memorie van Toelichting

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

03/07/2025

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp geen specifieke impact op de ene groep van personen t.o.v. een andere groep van personen. Er wordt voorzien dat de verschillende deelstaten met bevoegdheden op het vlak van gezondheid a.d.h.v. enkele afgevaardigden vertegenwoordigd zullen zijn in het desbetreffende federale beheersorgaan.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen verschillen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Dit is een stap vooruit in het het streven naar een coherent gezondheidszorgbeleid tussen de federale overheid en de deelstaten ten bate van de patiënt.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   Dit betreft louter een bepaling inzake het voorzien van enkele extra leden in een federaal beheersorgaan, en heeft op geen enkel vlak betrekking op ondernemingen.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit.

– –

☒ Geen impact

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit.

Door het voorzien van leden van de deelstaten in beheersorganen van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV wordt de relatie versterkt tussen de federale overheid en de deelstatelijke overheden, en dit met het oog op een coherent interfederaal gezondheidszorgbeleid.

☐ Geen impact

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Betreft de samenstelling van een orgaan bij het RIZIV (enkel optredend in het kader van de gezondheidszorg uitgevoerd binnen de landsgrenzen).

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

– –

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

– –

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Ilse Camps (jur_reg@riziv-inami.fgov.be)

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+5 Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Deze bepalingen beogen de administratieve procedure voor het wijzigen van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen te vereenvoudigen. De Minister van sociale zaken, de bevoegde akkoordencommissie en het verzekeringscomité kunnen nu sneller zelf een ontwerp voorstellen (na advies van de technische raad); Daarenboven moeten door het Verzekeringscomité voorgestelde wijzigingen niet meer voorgelegd worden aan de bevoegde technische raad. Deze wijzigingen zouden moeten toelaten om in functie van de dringendheid en het belang van de vooropgestelde wijziging een meer op maat aanpak mogelijk te maken, zodat beter ingespeeld kan worden op de vaststellingen op het terrein.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Informele raadpleging van de stakeholders, het verzekeringscomité, IF, Minister van Budget, Raad van State,

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Ontwerp van wettekst en ontwerp Memorie van Toelichting, bestaande regelgeving hieromtrent.

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

03/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Dit ontwerp heeft impact op de minister, de technische raden, de akkoordencommissies en het verzekeringscomité met het oog op het vereenvoudigen van de procedure voor het wijzigen van de nomenclatuur, hetgeen onrechtstreeks een impact kan hebben op zorgverleners en rechthebbenden binnen de verplichte ziekteverzekering.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Er zijn geen verschillen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De maatregel kan zorgen voor een snellere terugbetaling van bepaalde verstrekkingen.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   De maatregel beoogt om sneller tot een wijziging van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen te komen. Deze verstrekkingen kunnen worden verleend door zorgverleners die hun activiteit in ondernemingverband uitoefenen. Het impacteert de onderneming als zodanig niet.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. De bevoegde akkoordencommissie, de Minister of het Verzekeringscomité kan slechts zelf rechtstreeks een voorstel tot wijzing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen doen (na advies van de betrokken technische raad), indien voorafgaand een voorstel werd gevraagd aan de betrokken technische raad. Wijzigingen die het Verzekeringscomité aanbrengt aan een voorstel of een advies van de akkoordencommissie dienen opnieuw voor een onderzoek aan de desbetreffende akkoordencommissie voorgelegd te worden.

   b. De bevoegde akkoordencommissie, de Minister of het Verzekeringscomité kan rechtstreeks een voorstel tot wijzing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen doen. Wijzigingen die het Verzekeringscomité aanbrengt aan een voorstel of een advies van de akkoordencommissie dienen niet meer opnieuw voor een onderzoek aan de desbetreffende akkoordencommissie voorgelegd te worden.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

   a. _ _*

   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

   a. _ _*

   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

   a. _ _* b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de

ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Het voorontwerp beoogt de administratieve procedure te vereenvoudigen met het oog op efficiënter te kunnen ingrijpen op de evoluties in de praktijk.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Er is geen impact op ontwikkelingslanden. Het betreft een wijziging van de procedure om de nomanclatuur van geneeskundige verstrekkingen te wijzigen en is bijgevolg beperkt tot de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	FrankVandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Ilse Camps (jur_reg@riziv-inami.fgov.be)

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+6 Ereloonsupplementen
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Deze bepalingen beogen in alle sectoren supplementen te beperken, met name door het aanpakken van de excessen en het harmoniseren van de maximale percentagen van ereloonsupplementen in ziekenhuizen. Voor de patiënt betekent dit een hogere tariefzekerheid en betere betaalbaarheid van de zorg.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Informele raadpleging van de stakeholders, het verzekeringscomité, IF, Minister van Budget, Raad van State,

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Ontwerp van wettekst en ontwerp Memorie van Toelichting, bestaande regelgeving hieromtrent, IMA-data

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

03/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Deze maatregel beoogt een betere bescherming te bieden aan rechthebbenden die nood hebben aan zorg en te voorkomen dat deze kwetsbare personen niet nog kwetsbaarder worden door hoge kosten van de zorg.

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Deze maatregel beoogt door een hogere voorzienbaarheid (tariefzekerheid) en betere betaalbaarheid de toegang tot zorg te verbeteren.

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Dit ontwerp heeft voornamelijk een impact op zorgverleners voor de zorg verleend aan gehospitaliseerde patiënten in een individuele kamer en gedeconventioneerde zorgverleners voor de ambulant verleende zorg aan rechthebbenden zonder verhoogde tegemoetkoming, voor zover er geen verbod op het vragen van supplementen is. Dit ontwerp heeft eveneens impact op gehospitaliseerde patiënten opgenomen in een individuele kamer en ambulante patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming (verzorgd door een gedeconventioneerde zorgverlener of, ingeval van bijzondere eisen, een geconventioneerde zorgverlener). De mogelijkheid tot het vragen van supplementen wordt beperkt.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Er zijn geen verschillen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   /

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

/

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

/

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Deze maatregel beoogt door een hogere voorzienbaarheid (tariefzekerheid) en betere betaalbaarheid de toegang tot zorg te verbeteren

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

/

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

/

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

/

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

/

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

/

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   Deze maatregel heeft een impact op zorgverleners die hun activiteiten in ondernemingsverband kunnen uitoefenen. Voor de zorgverleners die hun activiteiten in ondernemingsverband uitoefenen kan de maatregel een impact hebben op de inkomsten van de onderneming. Daarnaast vormen afdrachten op ereloonsupplementen van artsen een bron van financiering van de ziekenhuizen. In die zin heeft de maatregel ook een impact op ziekenhuizen en vervolgens de privéverzekeraars (cfr. hospitalisatieverzekering).

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   Een groot deel van de zorgverleners die supplementen mogen aanrekenen, hanteren echter nu al percentages die niet hoger liggen dan de wettelijk vastgestelde maxima. De bedoeling is immers om de excessen eruit te halen. Daarenboven zal de beperking pas in werking treden na de hervorming van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, hetgeen voor de artsen betekent na een herijking van de honoraria, en na de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Voor patiënten bevordert de maatregel in het algemeen hun financiële draagkracht (behoud van koopkracht.

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   Neen. Cijfers wijzen niet uit dat de afdrachten bij kleinere ziekenhuizen hoger liggen dan bij grotere ziekenhuizen.

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   Ja. Voor de ziekenhuizen zou het een impact kunnen hebben van gemiddeld een verlies van 0.34% van de omzet bij ongewijzigd beleid. Daarentegen wordt de voorzienbaarheid en de toegankelijkheid voor de patiënten verhogen.

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   Voorafgaand aan de maatregel wordt de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (herijking van de honoraria van de artsen) en de ziekenhuisfinanciering hervormd.

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. /

   b. /

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

   a. /

   b. /

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

   a. /

   b. /

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

   a. /

   b. /

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

/

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Er is geen impact op ontwikkelingslanden. Het betreft een betreft een beperking van ereloonsupplementen in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

/

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

/

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Erlend Pulinx, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+7 financiering representatieve beroepsorganisaties
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	De representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners ontvangen een financiering voor het werk dat die organisaties verrichten in de instanties die zitting hebben in het Riziv. Dit ontwerp voorziet dat een bepaald gedeelte van die financiering zal afhangen van het aantal geconventioneerde zorgverleners in de betreffende sector. De variabele financiering is bedoeld als incentive voor de beroepsorganisaties, opdat ze ertoe bijdragen dat zoveel mogelijk van hun leden zich conventioneren.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Verzekeringscomité, Inspecteur van Financiën, Minister van Begroting, Raad van State, informele raadpleging van de stakeholders

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	Voorontwerp van wet en memorie van toelichting, bestaande regelgeving hieromtrent

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

RIA formulier - v2 - oct. 2014

04/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp heeft een impact op de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Het toevoegen van een parameter "aantal geconventioneerden" in de financiering van de beroepsorganisaties is bedoeld als incentive opdat de beroepsorganisaties ertoe bijdragen dat zoveel mogelijk van hun leden zich conventioneren. Hoe meer zorgverleners zich conventioneren, hoe meer patiënten een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De mogelijkheid om beroep te doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven vermijdt dat patiënten om financiële redenen zorg uitstellen of geen beroep doen op zorg en draagt aldus bij tot de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De tegemoetkoming kan worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaukosten.

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   De maatregel betreft de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners. In elke sector zijn er een of meer representatieve beroepsorganisaties die de belangen van hun leden vertegenwoordigen in de organen van het Riziv.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. Het bedrag van de tegemoetkoming wordt berekend en betaald door het Riziv. De representatieve beroepsorganisaties dienen enkel het bankrekeningnummer mee te delen waarop de tegemoetkoming moet worden betaald.

   b. Het bedrag van de tegemoetkoming wordt berekend en betaald door het Riziv. De representatieve beroepsorganisaties dienen enkel het bankrekeningnummer mee te delen waarop de tegemoetkoming moet worden betaald.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _* b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _* b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _* b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. _ _	☒ Geen impact

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. _ _	☒ Geen impact

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. Het bedrag van de tegemoetkoming voor de representatieve beroepsorganisaties wordt berekend en betaald door het Riziv.	☐ Geen impact

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

   - o voedselveiligheid
   - o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
   - o waardig werk
   - o lokale en internationale handel
   - o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
   - o mobiliteit van personen
   - o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
   - o vrede en veiligheid

   Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp betreft de representatieve beroepsorganisaties van zorgverleners die in België werken in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+9 RIZIV-nummers
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	De artikels X+49 tot en met X+53 houden verband met het RIZIV-nummer van de zorgverlener, de mogelijkheid om dat nummer om te schorten, de communicatieplicht voor de zorgverlener en voor de instelling en de inbreuk die voorzien wordt wanneer de zorgverlener de opschorting van het RIZIV-nummer niet zou respecteren.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / Akkoord minister van begroting / advies gegevensbeschermingsautoriteit voor artikel X+53 / Advies afdeling wetgeving van de Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	_ _

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

02/07/2025

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp is gericht op de zorgverleners

   ↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Het ontwerp maakt geen enkel onderscheid op basis van het geslacht van de zorgverleners.

   ↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

   ↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Door een wettelijke basis te voorzien voor het RIZIV-nummer (artikel X+49) en de zorgverlener te verplichten duidelijk te communiceren naar de verzekerden toe over eventuele maatregelen die aan hem opgelegd werden (artikel X+50), weten de verzekerden duidelijk waar ze terecht kunnen binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering. De communicatie via de website van het RIZIV zoals voorzien in artikel X+53 dient hetzelfde doel.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   Enkel gevolgen voor de zorgverleners en de verzekerden.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Bepalingen enkel van toepassing in België.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+10 Geneeskundige evaluatie en controle
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Artikel X+54 van het voorontwerp heeft tot doel om in de GVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994 een benoemingsvoorwaarde / onverenigbaarheid toe te voegen voor de leden van de verschillende organen binnen het RIZIV.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / Akkoord minister van begroting / Advies gegevensbeschermingsautoriteit / Advies afdeling wetgeving van de Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	_ _

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

02/07/2025

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp is van toepassing op de personen die benoemd willen worden of blijven als lid van één van de organen van het RIZIV

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen enkel onderscheid op basis van geslacht

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   De bepaling uit het ontwerp heeft enkel betrekking op personen die benoemd willen worden of blijven als lid van de organen van het RIZIV.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De goede werking en de reputatie van het RIZIV verzekeren. De eerlijkheid van de leden garanderen vooraleer ze zetelen in de organen van het RIZIV.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

De bepaling uit het ontwerp betreft enkel de leden van de organen van het RIZIV.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.**

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+10 Geneeskundige evaluatie en controle
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Artikel X+55 van het voorontwerp brengt een verduidelijking aan in een bestaande bepaling over de mogelijkheid van de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC, om een verbod tot de uitoefening van de derdebetalersregeling uit te spreken ten aanzien van de zorgverlener.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / akkoord minister van begroting / advies afdeling wetgeving Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	_ _

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

02/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   De ontwerpbepaling is van toepassing voor zorgverleners

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen enkel onderscheid op basis van geslacht

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   De ontwerpbepaling betreft de zorgverleners

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De bepaling preciseert heel duidelijk de draagwijdte van het tijdelijk verbod om de derdebetalersregling toe te passen.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

De ontwerpbepaling heeft enkel betrekking op de zorgverleners

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+10 Geneeskundige evaluatie en controle
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Artikel X+56 van het voorontwerp van wet heeft tot doel om in de GVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994 een benoemingsvoorwaarde voor de leden van de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC, te wijzigen (een link met artikel X+54) en om een bepaling in te voeren om de continuïteit van de dienstverlening van die administratieve rechtscolleges te verzekeren.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / Akkoord minister van begroting / advies gegevensbeschermingsautoriteit / advies afdeling wetgeving Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	_ _

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

RIA formulier - v2 - oct. 2014

02/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   De bepaling uit het ontwerp heeft betrekking op de leden van de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC

   ↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen enkel onderscheid op basis van geslacht

   ↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

   ↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   De bepaling uit het ontwerp heeft betrekking op de leden van de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De eerlijkheid / integriteit van de leden die zetelen in de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC garanderen + De goede werking (en continuïteit) van die rechtscolleges verzekeren.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

De bepaling uit het ontwerp heeft betrekking op de leden van de administratieve rechtscolleges, ingesteld bij de DGEC

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+10 Geneeskundige evaluatie en controle
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	Artikel X+57 voorziet enerzijds de bijzondere bewijswaarde voor vaststellingen gedaan door medewerkers naar wie de adviserend arts een opdracht delegeerde en anderzijds een uitbreiding van de bevoegdheid van het Nationaal college van adviserend artsen en wie dat Nationaal college opdrachten kan geven.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / akkoord minister van begroting / Advies afdeling wetgeving van de Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	_ _

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

02/07/2025

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Het ontwerp heeft betrekking op de personeelsleden van de verzekeringsinstellingen

   ↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Het ontwerp maakt geen enkel onderscheid op basis van geslacht maar handelt over de adviserend arts en zijn medewerkers, wat het geslacht ook is en het nationaal college dat in zijn samenstelling geen rekening houdt met geslacht.

   ↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   _ _

   ↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Door de uitbreiding van de bevoegdheid van het Nationaal college kan de controle die dat college uitoefent theoretisch op grotere schaal gebeuren waardoor er een betere besteding van de middelen zou kunnen volgen hetgeen de efficiëntie van het zorgaanbod ten goede zou kunnen komen.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   Het zijn alleen de verzekeringsinstellingen zoals gedefinieerd in artikel 2, i) van de GVU-wet die betrokken zijn.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Door te voorzien welke personen en organen een opdracht kunnen geven aan het Nationaal college, krijgen die personen en organen ook een inbreng en is er mogelijks een impact op de wijze waarop het Nationaal college zijn opdrachten uitoefent.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

Enkel impact in België.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Regelgevingsimpactanalyse

RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	Dhr. Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Overheidsdienst	RIZIV – Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 57 en Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, 02/739 79 59.

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van kaderwet – Afdeling X+10 Geneeskundige evaluatie en controle
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering.	De artikels X+59 tot en met X+62 hebben betrekking op het intermutualistisch agentschap (IMA). Het gaat over de opsporing van zorgverleners waarvan de prestaties kunnen wijzen op een oneigenlijk gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Die opsporing zal vergemakkelijkt worden door het IMA toe te laten om zelf een analyse uit te voeren op het geheel van de gegevens van de verschillende verzekeringsinstellingen. Die analyses kunnen ook nuttig zijn voor de verzekeringsinstellingen en de DGEC van het RIZIV in het kader van hun respectievelijke controlebevoegdheden.
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	Advies inspecteur financiën / Akkoord minister van begroting / advies gegevensbeschermingsautoriteit / advies afdeling wetgeving Raad van State

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en	_ _

contactpersonen:

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

02/07/2025

RIA formulier - v2 - oct. 2014

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   De bepalingen gaan over de analyses van gegevens door het IMA.

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

_ _

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

_ _

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De analyses van het IMA zijn een extra middel om te strijden tegen oneigenlijk gebruik van de middelen van de verplichte ziekteverzekering. Die analyses zullen helpen om 'afwijkende' zorgverleners beter te identificeren en om hen aan te sporen hun gedrag te wijzigen. Dat zou een positief effect moeten hebben door een betere besteding van de middelen van de verplichte ziekteverzekering en dus ook de toegang tot de zorg.

Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Investeringen .8.

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.
   De bepalingen gaan over de gegevens van de verzekeringsinstellingen verband houden met terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen.

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

   ↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

Energie .12.

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

_ _

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

De analyses van het IMA zijn een extra middel om te strijden tegen oneigenlijk gebruik van de middelen van de verplichte ziekteverzekering. Die analyses zullen helpen om 'afwijkende' zorgverleners beter te identificeren en om hen aan te sporen hun gedrag te wijzigen. Dat zou een positief effect moeten hebben door een betere besteding van de middelen van de verplichte ziekteverzekering en dus ook de toegang tot de zorg.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

- o voedselveiligheid
- o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
- o waardig werk
- o lokale en internationale handel
- o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
- o mobiliteit van personen
- o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
- o vrede en veiligheid

Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

De bepalingen zijn enkel van toepassing in België.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

_ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	**Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté**
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	**Institut national d'assurance maladité-invalidité**
Contact administration (nom, email, tél.)	**Matthias Geenens; JUR_REG@riziv-inami.fgov.be; 02/739.79.23**

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X – Processus budgétaire	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Le processus relatif à l'élaboration du budget des soins de santé dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 est modifié. Il est également précisé que les mécanismes de responsabilisation déjà prévus par la loi SSI seront activés à tout moment au cours de l'exercice budgétaire quand il apparait que l'objectif budgétaire global pour cette année serait dépassé de manière injustifiée.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	**Comité de l'assurance, Inspecteur des Finances, Ministre du Budget, Conseil des ministres, Conseil d'Etat**

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Projet de texte législatif et projet d'exposé des motifs

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

03/07/2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet n'a pas d'impact spécifique sur un groupe de personnes par rapport à un autre groupe de personnes. Il y a bien entendu un impact indirect sur les dispensateurs de soins dans la mesure où ils sont représentés dans divers organes qui ont une certaine autorité dans le processus de fixation du budget annuel des soins de santé (et de sons contrôle).

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Aucune différence.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

La refonte du processus budgétaire des soins de santé permet de prendre davantage en considération les choix (politiques) en matière de soins de santé et de prévoir les ressources nécessaires dans le budget.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La modificatio du processus budgétaire concerne une modification des procédures internes propres au gouvernement fédéral et à l'INAMI et n'a pas d'impact sur les entreprises.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

   a. Réglementation actuelle*

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

   b. Réglementation en projet**

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

_ _

☒ Pas d'impact

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

Des étapes supplémentaires sont rajoutées à la procédure budgétaire concernant le budget des soins de santé et il est veillé à ce que toutes les informations et tous les documents pertinents soient toujours disponibles à temps pour chaque acteur de la procédure budgétaire.

☐ Pas d'impact

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :

- o sécurité alimentaire
- o santé et accès aux médicaments
- o travail décent
- o commerce local et international
- o revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
- o mobilité des personnes
- o environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
- o paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

Concerne uniquement le budget belge des soins de santé.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Frank VANDENBROUCKE, Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI
Contact administration (nom, email, tél.)	Erlend Pulinx, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+1 Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs / Section X+2 Définitions	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	En exécution de l'accord de gouvernement fédéral, un nouveau modèle de conventionnement est proposé. Les règles concernant les accords pour les médecins et les dentistes d'une part et les conventions pour les autres dispensateurs de soins d'autre part sont harmonisées et simplifiées. La terminologie est uniformisée. Pour tous les secteurs, les termes « accords » et « commissions d'accords » seront désormais utilisés. Il est prévu un schéma temporel strict pour la conclusion et l'approbation des accords. Le cadre pour le conventionnement partielle des médecins et des dentistes est fixé par la loi. Les dépassements maximaux autorisés des honoraires (tarifs indicatifs) qui ne peuvent aujourd'hui être fixés que dans les accords dento-mutualistes sont possibles dans tous les secteurs et sont repris dans le maximum à facturer. Différentes primes et interventions financières que l'INAMI paie aux dispensateurs de soins ne seront plus accordées que si le dispensateur de soins est conventionné. Enfin, dans le même mouvement, un certain nombre de réarrangements sont effectués afin d'améliorer la lisibilité et la structure de l'ensemble.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Comité de l'assurance, Inspecteur des finances, Minstre du Budget, Conseil d'Etat, consultation informelle des parties prenantes

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Avant-projet de loi et exposé des motifs, réglementation et pratique existantes en la matière

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

04.07.2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet a un impact sur les dispensateurs de soins qui effectuent des prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et sur les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

La réforme du modèle de conventionnement vise à inciter le plus grand nombre possible de dispensateurs de soins à se conventionner afin que le plus grand nombre possible de patients puissent recevoir des soins de santé à des tarifs conventionnés. La possibilité de recourir à de soins de santé conventionnés évite aux patients de retarder ou de ne pas recevoir des soins pour des raisons financières et contribue ainsi à l'accessibilité financière des soins de santé.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.
   L'adhésion aux accords concerne les dispensateurs de soins individuels.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11
   – –

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez
   – –
4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez
   – –
5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?
   – –

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

   a. Les dispensateurs de soins qui ne souhaitent pas adhérer à un accord doivent notifier leur refus d'adhésion dans un délai déterminé à compter de la notificaton de l'accord.

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

   b. Les dispensateurs de soins qui ne souhaitent pas adhérer à un accord doivent notifier leur refus d'adhésion dans un délai déterminé à compter de la notificaton de l'accord.

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

   a. Les dispensateurs de soins qui ne souhaitent pas adhérer à un accord doivent communiquer leur refus d'adhésion à l'INAMI.

   b. Les dispensateurs de soins qui ne souhaitent pas adhérer à un accord doivent communiquer leur refus d'adhésion à l'INAMI.

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

   a. La communication doit se faire par voie électronique ou par courrier. Pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sages-femmes, cette notification de refus se fait via l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'INAMI.

   b. L'application en ligne sécurisée sera disponible à l'avenir pour tous les secteurs.

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

   a. En principe, tous les deux ans, chaque fois qu'un nouvel accord ou un avenant est conclu.

   b. En principe, tous les deux ans, chaque fois qu'un nouvel accord ou un avenant est conclu.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Optimiser le processus d'obtention d'un accord et la procédure d'adhésion.

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :

   - o sécurité alimentaire
   - o santé et accès aux médicaments
   - o travail décent
   - o commerce local et international
   - o revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
   - o mobilité des personnes
   - o environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
   - o paix et sécurité

   Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

   Le projet vise les dispensateurs de soins actifs en Belgique dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Frank Vandenbroucke
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI
Contact administration (nom, email, tél.)	Pascal Breyne et Jennifer Hernould, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	**Avant-projet de loi-cadre Section X+3 (Pérenniser l'utilisation de copie, notamment pour permettre leur envoi digital, des documents d'assurabilité et d'accessibilité financière) et X+8 (Obligation d'utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins)**	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	La section X+8 prévoit une obligation pour les kinésitherapeutes d'utiliser les services eAgreement, eFact et eAttest à partir du 1er janvier 2027. De manière plus générale, il est proposé d'indiquer dans la loi coordonnée que tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d'attester numériquement les prestations de santé (= transfert numérique de données en dehors du cadre du régime du tiers payant), et/ou de les facturer numériquement (= transfert numérique de données dans le cadre du régime du tiers payant) dans le cadre de l'assurance obligatoire ou des deux possibilités, selon les spécificités liées à la facturation dans le secteur concerné. Il est aussi proposé d'indiquer dans la loi coordonnée que tous les dispensateurs de soins disposeront, pour le 1er janvier 2029 au plus tard, également selon les spécificités du secteur concerné, de tous les services électroniques nécessaires, dans le cadre des interventions de l'assurance obligatoire, pour consulter ou communiquer des données aux organismes assureurs. Il est de plus précisé que l'utilisation de ces services numériques deviendra obligatoire pour tous les dispensateurs de soins à partir du 1er janvier 2030 excepté dans une série de situations d'exception qui sont inscrits dans la loi. Une compétence est donnée au Roi d'adapter ces situations d'exceptions ou d'en prévoir d'autres. La section X+3 prévoit une dérogation à la règle générale d'exigence de production de documents originaux pour les assurés sociaux avec un scope strictement limité aux documents nécessaires à la gestion de leur dossier d'assurabilité ainsi qu'aux documents relatifs à l'accessibilité financière au sens strict (par exemple pour le droit à l'intervention majorée). Il s'agit aussi bien des copies papier et digitales des attestations et documents établis par des tiers, que des formulaires ou déclarations qui doivent être remplis par les assurés sociaux.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Consultation du Comité de l'assurance

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Statistiques INAMI

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

04/07/2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

– –

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☐ Pas d'impact

Tous les assurés sociaux n'ont pas nécessairement les moyens de produire des documents électroniques originaux et par conséquent la possibilité pour les assurés sociaux d'envoyer des copies de documents digitaux à leur mutualité pour leur dossier d'assurabilité ou d'accessibilité financière crée une égalité de traitement entre tous les assurés sociaux.

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet concerne les dispensateurs de soins qui livrent des prestations de santé qui sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les assurés sociaux qui bénéficient de ces prestations. Lors du deuxième semestre de 2024, 5.925.175 femmes et 5.766.308 hommes étaient affiliés à une mutualité. Au 31/12/2023, 277.896 dispensateurs individuels avaient le droit d'effectuer des prestations en Belgique qui sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire. La majorité des dispensateurs de soins en Belgique sont des femmes.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Le projet ne fait pas de différence entre hommes et femmes.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   – –

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1 Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?

· Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

Les entreprises concernées sont les dispensateurs de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Certains dispensateurs de soins exercent leur activité comme indépendant, soit en personne physique, soit en société, auquel cas il s'agit d'une PME.Certains dispensateurs de soins exercent leur activité dans des entreprises plus importantes (par ex, laboratoires). Enfin, certains dispensateurs sont des structures privées, commerciales ou publiques, comme les hôpitaux. Dans ce cas, il s'agit d'entreprises moyennes ou grandes. Les sept organismes assureurs sont également concernés comme participants à l'assurance obligatoire soins de santé. Il ne s'agit pas de PME.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

Grâce à la possibilité pour les dispensateurs de soins d'échanger des données de manière électronique avec les mutualités, leur charge administrative diminue.

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

– –

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

– –

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

– –

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1 Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
. S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. réglementation actuelle* : le dispensateur de soins envoie des données sur papier aux mutualités et l'assuré social doit envoyer des documents originaux à sa mutualité pour régler son dossier d'assurabilité ou d'accessibilité financière.

b. réglementation en projet** : le dispensateur de soins dispose de services numériques pour échanger des données avec les mutualités et l'assuré social peut aussi envoyer des copies à sa mutualité pour régler son dossier d'assurabilité et d'accessibilité financière.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

a. réglementation actuelle*: le dispensateur de soins utilise des documents papier et l'assuré social utilise des documents originaux dans le cadre de son assurabilité et dossier d'accessibilité financière

b. Réglementation en projet**: le dispensateur de soins utilise des services numériques et l'assuré social peut utiliser des copies de documents dans le cadre de son assurabilité et dossier d'accessibilité financière

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

a. Réglementation actuelle*: le dispensateur de soins commande des attestations de soins ou

b. Règlementation en projet**: le dispensateur de soins ne doit plus récolter de documents car il utilise des

de fourniture ou imprime un formulaire. L'assuré social reçoit un document original ou remplit lui-même un document original

services numériques afin de consulter des données auprès des mutualités et d'échanger des données avec les mutualités. L'assuré social peut également envoyer une copie d'un document qu'il reçoit ou qu'il remplit lui-même, à sa mutualité

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

a. Réglementation actuelle* : la périodicité dépend de la situation concrète

b. Règlementation en projet** : la périodicité dépend de la situation concrète

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

Il n'y a pas d'impacts négatifs

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

Aucun pays en développement n'est concerné puisque le projet concerne les soins de santé en Belgique qui sont remboursés et les assurés sociaux qui veulent s'assurer en Belgique auprès d'une mutualité.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Frank VANDENBROUCKE, Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	Institut national d'assurance maladie-invalidité
Contact administration (nom, email, tél.)	**Matthias Geenens; JUR_REG@riziv-inami.fgov.be; 02/739.79.23**

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+4 Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Dans la recherche d'une politique de soins de santé cohérente au profit du patient entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, il est prévu la possibilité pour les entités fédérées d'être représentées, avec voix consultative, au sein du Comité de l'assurance institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI et d'assister aux réunions de cet organe. Cela a également été ancré dans la législation pour le Conseil général.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Comité de l'assurance, Inspecteur des finances, Ministre du Budget, Conseil des ministres, Conseil d'Etat

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Projet de texte de loi et projet d'exposé des motifs

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

03/07/2025

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet n'a pas d'impact spécifique sur un groupe de personnes par rapport à un autre groupe de personnes. Il est prévu que les différentes entités fédérées ayant des compétences en matière de santé soient représentées par quelques délégués au sein de l'organe de gestion fédéral concerné.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Pas de différences.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Il s'agit d'un pas en avant dans la recherche d'une politique de soins de santé cohérente entre l'autorité fédérale et les entités fédérées au profit du patient.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Il s'agit simplement d'une disposition relative à l'intégration de membres supplémentaires au sein d'un organe de gestion fédéral et ne concerne en aucun cas des entreprises.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

   a. _ _réglementation actuelle*

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

   b. _ _réglementation en projet**

   ↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

_ _

☒ Pas d'impact

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

La mise en place de membres des entités fédérées dans les organes de gestions du Service des soins de santé de l'INAMI renforce la relation entre l'autorité fédérale et les entités fédérées et ce, en vue d'une politique de soins de santé interfédérale cohérente.

☐ Pas d'impact

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
   - o sécurité alimentaire
   - o santé et accès aux médicaments
   - o travail décent
   - o commerce local et international
   - o revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
   - o mobilité des personnes
   - o environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
   - o paix et sécurité

   Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

   Le projet concerne la composition d'un organe de l'INAMI (intervenant uniquement dans le cadre des soins de santé dispensés à l'intérieur des frontières nationales).

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Frank Vandenbroucke, Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI
Contact administration (nom, email, tél.)	Ilse Camps (jur_reg@riziv-inami.fgov.be)

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+5 – Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Ces dispositions visent à simplifier la procédure administrative de modification de la nomenclature des prestations de santé. Le ministre des Affaires sociales, la Commission d'accords compétente et le Comité de l' assurance peuvent désormais proposer eux-mêmes un projet plus rapidement (après l'avis du conseil technique). En outre, les modifications proposées par le Comité de l'assurance ne doivent plus être soumises au conseil technique compétent. Ces modifications devraient permettre une approche plus adaptée, en fonction de l'urgence et de l'importance de la modification proposée, afin de mieux répondre aux constatations sur le terrain.
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non — Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Consultation informelle des parties prenantes, du Comité de l'assurance, de l'IF, du Ministre du Budget, du Conseil d'État

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Projet de texte législatif et projet d'exposé des motifs, réglementation existante en la matière.

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

_03/07/2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Ce projet a un impact sur le Ministre, les conseils techniques, les Commissions d'accords et le Comité de l'assurance en vue de simplifier la procédure de changement de nomenclature, ce qui pourrait avoir un impact indirect sur les prestataires de soins et les bénéficiaires au sein de l'assurance maladie obligatoire.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Aucune différence.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Cette mesure pourrait permettre un remboursement plus rapide de certaines prestations de santé.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1 Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
· Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

Cette mesure vise à accélérer la modification de la nomenclature des prestations de santé. Ces prestations peuvent être fournies par les prestataires de soins exerçant leurs activités dans un contexte professionnel. La mesure n'a pas d'impact sur l'activité en tant que telle.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

_ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

_ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

_ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1 Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
. S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. La Commission d'accords compétente, le Ministre ou le Comité de l'assurance ne peuvent proposer directement de modifier la nomenclature des prestations de soins (après avis du conseil technique concerné) que si une proposition a été préalablement sollicitée auprès de ce dernier. Les modifications proposées par le Comité de l'assurance à une proposition ou à un avis de la Commission d' accords doivent être soumises à nouveau à la Commission d'accords compétente pour examen.

b. La Commission d' accords compétente, le Ministre ou le Comité de l'assurance peuvent proposer directement une modification de la nomenclature des prestations de soins. Les modifications proposées par le Comité de l'assurance à une proposition ou à un avis de la Commission d'accords ne doivent pas être soumises à nouveau à l'examen de la Commission d' accords compétente.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

a. _ _*

b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

a. _ _*

b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

   a. _ _* b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

L'avant-projet vise à simplifier la procédure administrative afin de pouvoir répondre plus efficacement aux évolutions de la pratique.

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

Il n'y a pas d'impact sur les pays en développement. Il s'agit d'une modification de la procédure de changement de nomenclature des prestations de santé qui se limite donc à l'assurance obligatoire belge.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Frank VANDENBROUCKE, Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI
Contact administration (nom, email, tél.)	Erlend Pulinx, jur_reg@riziv-inami.fgov.be

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+7 Financement des organisations professionnelles représentatives	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Les organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins recevront un financement pour le travail effectué par ces organisations au sein des organes siégeant à l'INAMI. Ce préjoit prévoit qu'une partie de ce financement dépendra du nombre de dispensateurs de soins conventionnés dans le secteur concerné. Ce financement variable vise à inciter les organisations professionnelles à faire en sorte que le plus grand nombre possible de leurs membres soient conventionnés.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Comité de l'assurance, Inspecteur des finances, Minstre du Budget, Conseil d'Etat, consultation informelle des parties prenantes

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	Avant-projet de loi et exposé des motifs, réglementation et pratique existantes en la matière

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

04.07.2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet a un impact sur les organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

L'ajout d'un paramètre « nombre de conventionnés » dans le financement des organisations professionnelles vise à inciter les organisations professionnelles à contribuer à ce que le plus grand nombre possible de leurs membres se conventionnent. Plus les dispensateurs de soins se conventionnent, plus les patients peuvent avoir accès à des soins de santé aux tarifs conventionés. La possibilité de recevoir des soins de santé aux tarifs conventionnés évite que les patients reportent des soins ou ne reçoivent pas des soins pour des raisons financières et contribue à l'accessibilité financière des soins de santé.

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

L'intervention peut servir à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La mesure concerne les organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins. Dans chaque secteur, il existe une ou plusieurs organisations professionnelles représentatives qui défendent les intérêts de leurs membres au sein des organes de l'INAMI.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   – –

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   – –

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   – –

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

   a. Le montant de l'intervention est calculé et payé par l'INAMI. Les organisations professionnelles représentatives doivent uniquement communiquer le numéro de compte bancaire sur lequel l'intervention doit être payée.

   b. Le montant de l'interventon est calculé et payé par l'INAMI. Les organisations professionnelles représentatives doivent uniquement communiquer le numéro de compte bancaire sur lequel l'intervention doit être payée.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
   a.
   b.

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
   a.
   b.

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
   a.
   b.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

_ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. _ _	☒ Pas d'impact

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. _ _	☒ Pas d'impact

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. Le montant de l'intervention pour les organisations professionnelles représentatives est calculé et payé par l'INAMI.	☐ Pas d'impact

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
   - o sécurité alimentaire
   - o santé et accès aux médicaments
   - o travail décent
   - o commerce local et international
   - o revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
   - o mobilité des personnes
   - o environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
   - o paix et sécurité

   Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

   Le projet concerne les organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins qui travaillent en Belgique dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Mr Frank VANDENBROUCKE, Vice-Premier ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI – Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Contact administration (nom, email, tél.)	Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739.79.59 et Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739 79 57

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+10 Evaluation et contrôle médicaux	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	L'article X+54 de l'avant projet de loi a pour objectif d'introduire dans la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 une condition de nomination / une incompatibilité pour les membres des différents organes au sein de l'INAMI	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Avis de l'Inspecteur des Finances / Accord du Ministre du budget /Avis de l'Autorité de protection des données/ Avis de la section législation du Conseil d'Etat

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	_ _

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

02.07.2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Le projet s'applique aux personnes qui souhaitent être ou rester nommées membres de l'un des organes de l'INAMI.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Aucune distinction selon le sexe

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1 Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
. Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

La disposition en projet concerne uniquement les personnes qui souhaitent être ou rester nommées membres des organes de l'Inami

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

_ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

_ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

_ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1 Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
. S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. _ _réglementation actuelle*

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

b. _ _ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

a. _ _*

b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

a. _ _*

b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

a. _ _*

b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

_ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Assurer le bon fonctionnement et la réputation de l'INAMI. Garantir la probité des membres devant siéger dans les organes de l'INAMI.

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

La disposition en projet concerne uniquement les membres des organes de l'Inami

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Mr Frank VANDENBROUCKE, Vice-Premier ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI – Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Contact administration (nom, email, tél.)	Paul-André BRIFFEUIL, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be , tél : 02/7397959 et Inge MEYERS, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739.79.57

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant projet de loi-cadre – Section X+10 Evaluation et contrôle médicaux	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	L'article X+55 de l'avant projet vise à apporter une précision dans une disposition existante concernant la possibilité pour les juridictions administratives, installées près du SECM, de prononcer une interdiction d'utiliser le tiers payant à l'égard d'un dispensateur de soins	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Avis de l'Inspecteur des Finances / Accord du Ministre du budget /Avis de la section législation du Conseil d'Etat

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

02.07.2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La disposition en projet s'applique aux dispensateurs de soins

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Aucune distinction selon le sexe _

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La disposition en projet vise les dispensateurs de soins

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. _ _réglementation actuelle*

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

b. _ _ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

La disposition précise clairement la portée de l'interdiction temporaire d'utiliser le tiers payant

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

La disposition en projet concerne uniquement les dispensateurs de soins_ _

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Mr Frank VANDENBROUCKE, Vice-Premier ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI – Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Contact administration (nom, email, tél.)	Paul-André BRIFFEUIL, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739.79.59 et Ine Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739.79.57

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant projet de loi-cadre – Section X+10 Evaluation et contrôle médicaux	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	L'article X+56 de l'avant projet de loi a pour but de modifier dans la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 une condition de nomination pour les membres des juridictions administratives installées près du SECM (en lien avec l'article X+54) et d'introduire une disposition pour assurer la continuité du service de ces juridictions administratives	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Avis de l'Inspecteur des Finances / Accord du Ministre du budget /Avis de l'Autorité de protection des données/Avis de la section législation du Conseil d'Etat

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	_ _

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

02.07.2025

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La disposition en projet concerne les membres des juridictions administratives installées près du SECM

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Aucune distinction selon le sexe

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   _ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   - Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   La disposition en projet concerne les membres des juridictions administratives installées près du SECM

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   - S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. _ _réglementation actuelle*

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

b. _ _ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

   a. _ _* b. _ _*

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

   a. _ _* b. _ _*

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

   a. _ _* b. _ _*

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Garantir la probité/l'intégrité des membres devant siéger dans les juridictions administratives installées près du SECM + assurer le bon fonctionnement de ces juridictions (continuité)

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

La disposition en projet concerne les membres des juridictions administratives installées près du SECM

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Mr Frank VANDENBROUCKE, Vice-Premier ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique _
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	**Jeroen Schoenmaeckers - Jeroen.Schoenmaeckers@vandenbroucke.fed.be - 0485 24 54 73**
Administration compétente	INAMI – Service d'évaluation et de contrôle médicaux_
Contact administration (nom, email, tél.)	Paul-André Briffeuil, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739.79.59 et Inge Meyers, jur.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be, tél : 02/739 79 57_ _ _

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi-cadre – Section X+10 Evaluation et contrôle médicaux	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Les articles X+59 à X+62 concernent l'Agence intermutualiste (AIM). Il s'agit de favoriser la détection des dispensateurs de soins dont les prestations peuvent indiquer un mésusage des ressources de l'assurance ASSI. Cette détection sera facilitée en permettant à l'AIM de faire elle-même une analyse d'ensemble des données des différents organismes assureurs. Ces analyses seront aussi utiles aux organismes assureurs et au SECM de l'INAMI dans le cadre de leur compétence respective de contrôle.	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	Avis de l'Inspecteur des Finances / Accord du Ministre du budget /Avis de l'Autorité de protection des données/ Avis de la section législation du Conseil d'Etat _ _

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	_ _

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

02.07.2025_

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?
   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.
   Les dispositions concernent les analyses de données par l'A.I.M._ _

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

_ _

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

_ _

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Les analyses de l'AIM sont un outil de plus pour lutter contre le mésusage des ressources de l'ASSI. Ces analyses aideront à mieux identifier les dispensateurs de soins « déviants » et les inciter à modifier leur comportement. Ce qui devrait avoir un effet positif par une meilleure utilisation des ressources de l'ASSI et donc aussi sur l'accès aux soins_ _

Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Les dispositions concernent les données des organismes assureurs relatives aux prestations de soins remboursées_ _

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. _ _réglementation actuelle*

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

b. _ _ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
   a. _ _*
   b. _ _**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
   a. _ _*
   b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

   _ _

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Ressources naturelles .16.

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

_ _

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

_ _

☒ Pas d'impact

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez.

Les analyses de l'AIM sont un outil de plus pour lutter contre le mésusage des ressources de l'ASSI. Ces analyses aideront à mieux identifier les dispensateurs de soins « déviants » et les inciter à modifier leur comportement. Ce qui devrait avoir un effet positif par une meilleure utilisation des ressources de l'ASSI et pour le service public que constitue l'accès aux soins de santé_ __ _

☐ Pas d'impact

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1 Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :
.

sécurité alimentaire	revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
santé et accès aux médicaments	mobilité des personnes
travail décent	environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
commerce local et international	paix et sécurité

Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

Les dispositions sont uniquement applicables en Belgique_ _

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

_ _

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

_ _

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE NR. 78.104/2/V VAN 8 SEPTEMBER 2025

Op 28 juli 2025 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding verzocht binnen een termijn van dertig dagen van rechtswege* verlengd tot 11 september 2025 een advies te verstrekken over een voorontwerp van 'Kaderwet'.

Het voorontwerp is door de tweede vakantiekamer onderzocht op 8 september 2025. De kamer was samengesteld uit Bernard Blero, kamervoorzitter, Pierre-Olivier de Broux en Laurence Vancrayebeck, staatsraden, Sébastien Van Drooghenbroeck, assessor, en Béatrice Drapier Facco, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Anne Vagman, eerste auditeur-afdelingshoofd, Benoît Lagasse en Arnaud Picqué, adjunct-auditeurs.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Bernard Blero.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 8 september 2025.

*

* Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, *in fine*, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat deze termijn van rechtswege verlengd wordt met vijftien dagen wanneer hij begint te lopen tussen 15 juni en 15 augustus.

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT N° 78.104/2/V DU 8 SEPTEMBRE 2025

Le 28 juillet 2025, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté à communiquer un avis dans un délai de trente jours prorogé de plein droit* jusqu'au 11 septembre 2025 sur un avant-projet de 'Loi-cadre'.

L'avant-projet a été examiné par la deuxième chambre des vacations le 8 septembre 2025. La chambre était composée de Bernard Blero, président de chambre, Pierre-Olivier de Broux et Laurence Vancrayebeck, conseillers d'État, Sébastien Van Drooghenbroeck, assesseur, et Béatrice Drapier Facco, greffier.

Le rapport a été présenté par Anne Vagman, premier auditeur chef de section, Benoît Lagasse et Arnaud Picqué, auditeurs adjoints.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Bernard Blero.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 8 septembre 2025.

*

* Ce délai résulte de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, *in fine*, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973 qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juin au 15 août.

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten 'op de Raad van State', gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving zich, overeenkomstig artikel 84, § 3, van de gecoördineerde wetten, voornamelijk tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, de rechtsgrond‡ en de vraag of de voorgeschreven vormvereisten zijn vervuld.

Vooraafgaande vormvereisten

1. Het voorontwerp moet om advies worden voorgelegd aan adviesinstanties, overeenkomstig artikel 15 van de wet van 25 april 1963 'betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg', *junctis* artikel 213, § 2, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994' (hierna: de "gecoördineerde wet") en artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 9 september 1993 'tot uitvoering van artikel 213, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994'.

In casu blijkt uit de documenten die aan de afdeling Wetgeving zijn bezorgd dat het Verzekeringscomité weliswaar op 23 juni 2025 een advies over het voorontwerp heeft gegeven, maar dat dat comité, of althans een aantal van zijn leden, verwacht dat er een nieuwe tekst wordt bezorgd.

Overeenkomstig de voornoemde bepalingen moet voorts de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zich kunnen uitspreken, aangezien sommige bepalingen van het voorontwerp (met name de artikelen X+49 en volgende en artikel X+59, 2°) nieuwe opdrachten aan die dienst verlenen.

2. Het voorontwerp wil met name voorzien in een algemene plafonnering van honorariasupplementen die door zorgverleners worden aangerekend (artikel X+42). Het voorziet ook, als alternatief voor een administratieve geldboete, in een administratieve sanctie waarmee de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering het "RIZIV-nummer" van een zorgverlener kunnen intrekken naar aanleiding van de inbreuken bedoeld in artikel 73*bis*, 1° tot 4°, van de gecoördineerde wet (wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro) (artikel X+52).

Dergelijke maatregelen vallen in het toepassingsgebied van artikel 4 van richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 'betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen'.[1]

Uit overweging 27 van die richtlijn blijkt dat de beoogde "beperkende" vereisten betrekking kunnen hebben op erg

‡ Aangezien het om een voorontwerp van wet gaat, wordt onder "rechtsgrond" de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

1 Wat de federale overheid betreft, is die richtlijn omgezet bij de wet van 23 maart 2021 'betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector'.

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite essentiellement son examen à la compétence de l'auteur de l'acte, au fondement juridique‡ ainsi qu'à l'accomplissement des formalités prescrites, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées.

Formalités préalables

1. Conformément à l'article 15 de la loi du 25 avril 1963 'sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale', combiné avec l'article 213, § 2, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' (ciaprès: la "loi coordonnée"), et avec l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal du 9 septembre 1993 'portant exécution de l'article 213, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994', l'avant-projet doit être soumis à l'avis d'instances consultatives.

En l'espèce, il ressort des documents communiqués à la section de législation que si le Comité de l'assurance a remis un avis sur l'avant-projet le 23 juin 2025, ce Comité, ou à tout le moins certains de ses membres, attendent qu'un nouveau texte soit communiqué.

Par ailleurs, conformément aux dispositions précitées, le Service d'évaluation et de contrôle médical doit être saisi compte tenu de ce que certaines dispositions de l'avant-projet (notamment les articles X+49 et suivants et l'article X+59, 2°) lui confèrent de nouvelles missions.

2. L'avant-projet a notamment pour objet de prévoir un plafonnement généralisé à la facturation d'honoraires supplémentaires par les dispensateurs de soins (article X+42). Il prévoit également une sanction administrative alternative à une amende administrative qui permet aux chambres de première instance et aux chambres de recours de l'Institut national d'assurance maladieinvalidité de retirer son "numéro INAMI" à un dispensateur de soins dans le cadre des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° à 4°, de la loi coordonnée (lorsque la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros) (article X+52).

De telles mesures entrent dans le champ d'application de l'article 4 de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 'relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions'[1].

La lecture du considérant 27 de cette directive laisse apparaître que les exigences "limitatives" visées peuvent porter

‡ S'agissant d'un avant-projet de loi, on entend par "fondement juridique" la conformité aux normes supérieures.

1 Cette directive ayant été transposée, s'agissant de l'Autorité fédérale, par la loi du 23 mars 2021 'relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé'.

uiteenlopende aspecten, onder meer op "registratie- of vergunningsregelingen" of op "vaste minimum- of maximumtarieven".

Op de vraag of die evenredigheidsbeoordeling is uitgevoerd, heeft de gemachtigde ontkennend geantwoord.

De steller van het voorontwerp dient die beoordeling vooraf uit te voeren.[2]

3. Artikel 36, lid 4, van verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 'betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)' (hierna de "AVG"), gelezen in samenhang met artikel 57, lid 1, c), van die verordening en overweging 96 van de preambule van die verordening, alsook in voorkomend geval met artikel 2, tweede lid, van de wet van 30 juli 2018 'betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens', schrijft voor dat de toezichthoudende autoriteit, *in casu* de Gegevensbeschermingsautoriteit bedoeld in de wet van 3 december 2017 'tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit', wordt geraadpleegd bij het opstellen van een voorstel voor een door een nationaal parlement vast te stellen wetgevingsmaatregel, of een daarop gebaseerde regelgevingsmaatregel, in verband met de verwerking van persoonsgegevens.

Artikel X+53 van het voorontwerp voorziet in een aanpassing van artikel 218 van de gecoördineerde wet zodat patiënten die op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een zorgverlener opzoeken, naast de algemene informatie ook kunnen lezen of het RIZIV-nummer van die zorgverlener is opgeschort.[3]

Een dergelijke werkwijze komt erop neer dat een persoonsgegeven van de zorgverlener (*in casu* met betrekking tot zijn "economische identiteit"[4] en zijn "betrouwbaarheid of gedrag"[5]) verspreid of ter beschikking gesteld wordt, en vormt dan ook een verwerking van persoonsgegevens.

Zo ook willen de artikelen X+59 tot X+62 van het voorontwerp het mogelijk maken dat het "Intermutualistisch Agentschap" de gegevens die door de verzekeringsinstellingen zijn verzameld en verwerkt, analyseert "om zorgverleners te identificeren

sur des aspects très variés et notamment sur des "systèmes d'inscription ou d'autorisation" ou des "exigences en matière de tarifs fixes minimaux et/ou maximaux".

Interrogé sur l'accomplissement de cet examen de proportionnalité, le délégué a répondu que ce test n'avait pas encore été réalisé.

Il appartiendra à l'auteur de l'avant-projet de réaliser cet examen *ex ante*[2].

3. L'article 36, paragraphe 4, du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 'relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)' (ciaprès: le "RGPD"), combiné avec son article 57, paragraphe 1, c), le considérant 96 de son préambule et, le cas échéant, l'article 2, alinéa 2, de la loi du 30 juillet 2018 'relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel', prévoit une obligation de consulter l'autorité de contrôle, en l'occurrence l'Autorité de protection des données visée dans la loi du 3 décembre 2017 'portant création de l'Autorité de protection des données', dans le cadre de l'élaboration d'une proposition de mesure législative devant être adoptée par un parlement national ou d'une mesure réglementaire fondée sur une telle mesure législative, qui se rapporte au traitement de données à caractère personnel.

L'article X+53 de l'avant-projet prévoit d'adapter l'article 218 de la loi coordonnée aux fins de permettre aux patients, lors de la recherche d'un dispensateur de soins sur le site internet de l'Institut national d'assurance maladieinvalidité, de lire, en plus des données générales, si une mesure de suspension du numéro INAMI a été adoptée le concernant[3].

Un tel procédé, revenant à diffuser ou à mettre à disposition une donnée à caractère personnel du dispensateur de soins (relative ici à sa "situation économique"[4] et à sa "fiabilité ou son comportement"[5]), constitue un traitement de données à caractère personnel.

De même, les articles X+59 à X+62 de l'avant-projet ont pour objet de permettre à "l'Agence intermutualiste" d'analyser les données collectées et traitées par les organismes assureurs afin "d'identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut

---

2 Zie voor een vergelijkbare opmerking advies 73.110/2/VR van 31 maart 2023 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 28 juni 2023 'tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen voor wat betreft de aanbodsbeheersing', *Parl.St.* Kamer 2022-23, nr. 55-3389/1, 25-32.

3 Luidens de toelichting bij de bepaling is een dergelijke maatregel "proportioneel aangezien het niet zo is dat er een apart register gepubliceerd wordt met 'veroordeelde zorgverleners', noch is het zo dat er voor die zorgverleners plots meer informatie publiek gemaakt wordt dan enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerde".

4 Artikel 4, 1), van de AVG.

5 Overweging 71 van de AVG.

2 Voir pour une observation analogue l'avis 73.110/2/VR donné le 31 mars 2023 sur un avant-projet devenu la loi du 28 juin 2023 'modifiant la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, concernant la maîtrise de l'offre', *Doc. parl.*, Chambre, 2022-2023, n° 5-53389/001, pp. 25-32.

3 Selon le commentaire de la disposition, une telle mesure est "proportionnée car il ne s'agit pas de publier un registre distinct des 'dispensateurs de soins condamnés', ni de rendre soudainement publiques d'autres informations sur ces dispensateurs de soins mais uniquement les mesures susceptibles d'avoir des conséquences pour l'assuré".

4 Article 4, 1), du RGPD.

5 Considérant 71 du RGPD.

met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" (artikel X+59, 2°).

De gemachtigde heeft verklaard dat om het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) verzocht is, maar enkel voor een aantal bepalingen (te weten de artikelen X+37, X+46, X+47, X+48, X+54 en X+56), en dat de GBA heeft verwezen naar haar standaardadvies.

Wat de artikelen X+59 tot X+62 betreft, heeft de gemachtigde geantwoord dat het advies van de GBA wel werd aangevraagd maar nog niet is ontvangen.

De steller van het voorontwerp moet erop toezien dat dit vormvereiste naar behoren wordt vervuld.

4. Indien de aan de Raad van State voorgelegde tekst naar aanleiding van het vervullen van die vormvereisten nog wijzigingen zou ondergaan, moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen die niet louter vormelijk zijn en evenmin het resultaat zijn van het gevolg dat aan dit advies gegeven wordt, op hun beurt om advies aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd overeenkomstig artikel 3, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wetten 'op de Raad van State'.

ONDERZOEK VAN HET VOORONTWERP

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. Er dient een nieuw hoofdstuk 1 met als opschrift "Algemene bepaling" te worden ingevoegd, met daarin een artikel 1 dat als volgt luidt:[6]

"Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet."

2. Bij artikel X+52 wordt een nieuw bevoegdheid verleend aan de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep, administratieve rechtscolleges die zijn opgericht bij artikel 144 van de gecoördineerde wet. In zoverre regelt het voorontwerp een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78, § 1, eerste lid, 4°, van de Grondwet.

De steller van het voorontwerp dient het voorontwerp dan ook op te splitsen in twee aparte ontwerpen: één dat de aangelegenheden regelt die worden bedoeld in artikel 74 van de Grondwet, en een ander dat de bepalingen in verband met de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep bevat en zodoende een aangelegenheid regelt als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Het voorontwerp moet dienovereenkomstig worden herzien.

indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités" (article X+59, 2°).

Le délégué a indiqué que l'avis de l'Autorité de protection des données (APD) avait été sollicité mais uniquement pour un certain nombre de dispositions (à savoir les articles X+37, X+46, X+47, X+48, X+54 et X+56), et que celleci s'était référée à son avis standard.

Concernant les articles X+59 à X+62, le délégué a répondu que l'avis de l'APD a bien été sollicité mais n'a pas encore été reçu.

L'auteur de l'avant-projet s'assurera du bon accomplissement de la formalité prescrite.

4. Si l'accomplissement de ces formalités devait encore donner lieu à des modifications du texte soumis au Conseil d'État, les dispositions modifiées ou ajoutées qui ne seraient pas de pure forme ou qui ne résulteraient pas également des suites réservées au présent avis devraient être à nouveau soumises à la section de législation conformément à l'article 3, § 1er, alinéa 1er, des lois coordonnées 'sur le Conseil d'État'.

EXAMEN DE L'AVANT-PROJET

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

1. Il convient d'insérer un chapitre 1er nouveau, intitulé "Disposition générale", comprenant un article 1er, rédigé comme suit[6]:

"Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution".

2. L'article X+52 attribue une nouvelle compétence aux chambres de première instance et aux chambres de recours, juridictions administratives créées par l'article 144 de la loi coordonnée. Dans cette mesure, l'avant-projet règle une matière visée à l'article 78, § 1er, alinéa 1er, 4°, de la Constitution.

Il appartient dès lors à l'auteur de l'avant-projet de scinder ce dernier en deux projets distincts, l'un réglant les matières visées à l'article 74 de la Constitution et l'autre comprenant les dispositions relatives aux chambres de première instance et aux chambres de recours, réglant ainsi une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

L'avant-projet sera revu en conséquence.

---

6 *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, www.raadvst-consetat.be, tabblad Wetgevingstechniek, formule F 4-1-1-1.

6 *Principes de technique législative Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires,* www.raadvst-consetat.be, onglet "Technique législative", formule F 4-1-1-1.

Bijzondere opmerkingen

Opschrift

Uit het opschrift blijkt niet dat het voorontwerp strekt tot wijziging van de programmawet (I) van 24 december 2002. Het moet dienovereenkomstig worden aangevuld.[7]

Indieningsbesluit

Het voorontwerp moet vergezeld gaan van een indieningsbesluit.[8]

Dispositief

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

Afdeling X – Begrotingsproces

Artikel X

De vraag rijst of het woord “compatibilité” in de Franse tekst niet telkens moet worden vervangen door het woord “conformité”, zodat de Franse tekst overeenstemt met de Nederlandse tekst waarin het woord “overeenstemming” wordt gebruikt.

In de Franse tekst van punt 1° (ontworpen punt 7°) moet in plaats van de twee woorden “compatibilité conformité” de ene term worden geschreven die de steller van het voorontwerp wenst te gebruiken.

Artikel X+3

Gelet op de nieuwe termijnen die bij de ontworpen bepaling worden vastgesteld en op het ontworpen zesde lid, dat bepaalt dat de technische ramingen in de Ministerraad worden besproken, moet de steller van het voorontwerp nagaan of de termijn die in artikel 35*octies*, § 3, tweede lid, van de gecoördineerde wet voor de raming van de honorariummassa van de apothekers wordt bepaald, niet eveneens moet worden gewijzigd.

Afdeling X+1 – Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

Artikel X+7

1. Artikel 26 van de gecoördineerde wet is niet gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017. De inleidende zin dient in die zin te worden aangepast.

2. In de Franse tekst van punt 1° dient men te schrijven: “et les projets de conventions visés à l’article 22, 6° et 6°*bis*, sont

[7] *Ibidem*, aanbeveling 14.1.
[8] *Ibidem*, formule F 4-1-10-1.

Observations particulières

Intitulé

L’intitulé ne mentionne pas que l’avant-projet modifie la loiprogramme (I) du 24 décembre 2002. Il sera complété en conséquence[7].

Arrêté de présentation

L’avant-projet sera pourvu d’un arrêté de présentation[8].

Dispositif

Chapitre 1er Modifications à la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section X – Processus budgétaire

Article X

Dans la version française, la question se pose de savoir s’il ne convient pas de remplacer les différentes occurrences du mots “compatibilité” par le mot “conformité” afin que la version française corresponde à la version néerlandaise, qui emploie le mot “overeenstemming”.

Au 1° (7° en projet), dans la version française, l’expression “compatibilité conformité” sera remplacée par celui de ces deux termes que l’auteur de l’avant-projet souhaite employer.

Article X+3

Compte tenu des nouveaux délais fixés par la disposition en projet et de l’alinéa 6 en projet qui prévoit que les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres, l’auteur de l’avant-projet s’assurera que le délai prévu à l’article 35*octies*, § 3, alinéa 2, de la loi coordonnée pour l’estimation de la masse d’honoraires des pharmaciens ne doit pas également être modifié.

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

Article X+7

1. L’article 26 de la loi coordonnée n’a pas été modifié par la loi du 11 août 2017. Il convient d’adapter la phrase liminaire sur ce point.

2. Au 1°, dans la version française, il convient d’écrire “et les projets de conventions visés à l’article 22, 6° et 6°*bis*, sont

[7] *Ibidem*, recommandation 14.1.
[8] *Ibidem*, formule F 4-1-10-1.

rédigés au sein du Service des soins de santé", en dienen de haakjes te worden weggelaten.

Artikel X+10

Ter wille van de samenhang met de artikelen X+13, X+15 en X+17 verdient het aanbeveling in de Franse tekst te schrijven "Des accords avec les médecins (…)".

Artikelen X+12 et X+18

Aan de gemachtigde zijn vragen gesteld over de schrapping van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurshonorariumbedragen vast te stellen voor wie recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, over het feit dat dit volgens de toelichting bij de artikelen X+12 en X+18 niets verandert aan de bestaande bescherming van de personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, en over de inachtneming van artikel 23 van de Grondwet en het daarin vervatte standstillbeginsel, luidens hetwelk de bevoegde wetgever alleen op grond van een redelijke rechtvaardiging bepalingen mag vaststellen die een aanzienlijke vermindering van de door de toepasselijke wetgeving geboden bescherming meebrengen. De gemachtigde heeft het volgende geantwoord:

"Artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt in het algemeen de hoegrootheid van de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel en machtigt de Koning om die hoegrootheden binnen bepaalde grenzen aan te passen. Daarbij wordt in het algemeen ook een onderscheid gemaakt tussen gewone rechthebbenden en rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.

Het honorarium bestaat uit de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel. De verzekeringstegemoetkoming is in het algemeen hoger voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel lager, maar het honorarium is altijd hetzelfde.

Bv. voor de verstrekking 103110:

Honorarium: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 38,60

Tegemoetkoming met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 35,99 euro

Tegemoetkoming zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 29,15 euro

Persoonlijk aandeel met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 2,61 euro

Persoonlijk aandeel zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 9,45 euro

rédigés au sein du Service des soins de santé" et d'omettre les parenthèses.

Article X+10

Par souci de cohérence avec les articles X+13, X+15 et X+17, mieux vaudrait écrire, dans la version française, "Des accords avec les médecins […]".

Articles X+12 et X+18

Interrogé sur la suppression de la possibilité de prévoir dans les accords des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, sur le fait que le commentaire des articles X+12 et X+18 indique que cela ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée et sur le respect, ce faisant, de l'article 23 de la Constitution et du principe de *standstill* qu'il contient, principe qui subordonne à l'existence d'une justification raisonnable l'adoption par le législateur compétent de dispositions emportant une réduction significative du degré de protection offert par la législation applicable, le délégué a répondu:

"Artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt in het algemeen de hoegrootheid van de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel en machtigt de Koning om die hoegrootheden binnen bepaalde grenzen aan te passen. Daarbij wordt in het algemeen ook een onderscheid gemaakt tussen gewone rechthebbenden en rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.

Het honorarium bestaat uit de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel. De verzekeringstegemoetkoming is in het algemeen hoger voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel lager, maar het honorarium is altijd hetzelfde.

Bv. voor de verstrekking 103110:

Honorarium: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 38,60

Tegemoetkoming met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 35,99 euro

Tegemoetkoming zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 29,15 euro

Persoonlijk aandeel met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 2,61 euro

Persoonlijk aandeel zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 9,45 euro

Het koninklijk besluit van 23 maart 1982 is een uitvoering van artikel 37 van de gecoördineerde wet. We hebben geen toepassing gevonden van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurhonoraria te voorzien."

Aangezien de mogelijkheid voorkeurshonoraria vast te stellen voor wie recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, door geen enkel akkoord en geen enkele overeenkomst ten uitvoer is gelegd, levert de schrapping van die mogelijkheid geen moeilijkheden op in het licht van artikel 23 van de Grondwet.

Artikelen X+12 en X+32

Op de vraag waarom de voorliggende bepalingen de mogelijkheid van een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden beperken tot louter de artsen en de tandheelkundigen en of die beperking in overeenstemming is met het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, vastgelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"De partiële toetreding is sinds de wet van 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering altijd enkel voorzien voor artsen en tandheelkundigen. Het ontwerp verandert niets aan de bestaande regeling. Het ontwerp beoogt de verschillen tussen de systemen van de akkoorden en de overeenkomsten zoveel mogelijk weg te werken. Het is de bedoeling om zoveel mogelijk zorgverleners aan te zetten om zich te conventioneren zodat zoveel mogelijk rechthebbenden een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De schrapping van de partiële toetreding voor artsen en tandheelkundigen zou tot gevolg hebben dat minder artsen en tandheelkundigen toetreden tot de akkoorden. Een lagere conventiegraad zou de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten in het gedrang brengen.

We merken op dat in artikel 52/1, § 1, derde lid, nog wordt verwezen naar 'de dagen en de uren daarin'. Het was de bedoeling om dit te vervangen door 'de tijdstippen' zoals in het tweede lid van die bepaling."

Met de door de gemachtigde verstrekte toelichting wordt weliswaar de mogelijkheid om in een gedeeltelijke conventionering te voorzien, verantwoord, maar wordt niet, op een andere wijze dan door een verwijzing naar de bestaande situatie, uitgelegd waarom de gedeeltelijke conventionering tot de artsen en de tandheelkundigen beperkt zou moeten worden.

Het dispositief moet opnieuw onderzocht worden en de toelichting bij het artikel moet aangevuld worden om dat verschil in behandeling op een meer omstandige wijze te verantwoorden.

De afdeling Wetgeving kan zich voorts aansluiten bij het voorstel tot wijziging van de tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, derde lid.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1982 is een uitvoering van artikel 37 van de gecoördineerde wet. We hebben geen toepassing gevonden van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurhonoraria te voorzien".

Dès lors qu'aucun accord et aucune convention n'a mis en œuvre la possibilité de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, la suppression de cette possibilité ne pose pas de difficulté au regard de l'article 23 de la Constitution.

Articles X+12 et X+32

Interrogé sur la limitation, par les dispositions examinées, de la possibilité d'une adhésion partielle aux accords aux seuls médecins et praticiens de l'art dentaire et sur sa conformité au principe d'égalité et de nondiscrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, le délégué a indiqué:

"De partiële toetreding is sinds de wet van 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering altijd enkel voorzien voor artsen en tandheelkundigen. Het ontwerp verandert niets aan de bestaande regeling. Het ontwerp beoogt de verschillen tussen de systemen van de akkoorden en de overeenkomsten zoveel mogelijk weg te werken. Het is de bedoeling om zoveel mogelijk zorgverleners aan te zetten om zich te conventioneren zodat zoveel mogelijk rechthebbenden een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De schrapping van de partiële toetreding voor artsen en tandheelkundigen zou tot gevolg hebben dat minder artsen en tandheelkundigen toetreden tot de akkoorden. Een lagere conventiegraad zou de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten in het gedrang brengen.

We merken op dat in artikel 52/1, § 1, derde lid, nog wordt verwezen naar 'de dagen en de uren daarin'. Het was de bedoeling om dit te vervangen door 'de tijdstippen' zoals in het tweede lid van die bepaling".

Si l'explication fournie par le délégué permet de justifier la possibilité de prévoir un conventionnement partiel, elle est en défaut d'expliquer, autrement que par une référence à la situation existante, les motifs pour lesquels le conventionnement partiel devrait être limité aux médecins et praticiens de l'art dentaire.

Le dispositif sera réexaminé et le commentaire de l'article complété pour justifier de manière plus circonstanciée cette différence de traitement.

La section de législation peut par ailleurs se rallier à la modification textuelle proposée à l'article 52/1, § 1er, alinéa 3, en projet.

Artikel X+19

Uit de vervanging van artikel 49 van de gecoördineerde wet bij de voorliggende bepaling vloeit de afschaffing voort van de machtiging om de vergoedingsbedragen voor niet-geconventioneerde zorgverleners met maximaal 25 % te verminderen. Volgens de toelichting bij het artikel "[voorzien d]e artikelen 85 en 87 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (…) al in de opheffing van deze bepalingen vanaf een door de Koning te bepalen datum".

Gelet op de afschaffing die uit het ontworpen artikel 49 voortvloeit, dient artikel 85 van de wet van 22 april 2019 opgeheven te worden en dient nagegaan te worden of niet ook de artikelen 86 en 87 van dezelfde wet evenals het koninklijk besluit van 8 juni 1967 'tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 pct., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheiden beroepen, bereikt heeft' opgeheven moeten worden.

Article X+19

Il découle du remplacement de l'article 49 de la loi coordonnée opéré par la disposition à l'examen que l'habilitation à réduire d'un maximum de 25 % les taux de remboursement pour les dispensateurs de soins non conventionnés est supprimée. Selon le commentaire de l'article, "les articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoient déjà l'abrogation de ces dispositions à partir d'une date à fixer par le Roi".

Compte tenu de la suppression résultant de l'article 49 en projet, il y a lieu d'abroger l'article 85 de la loi du 22 avril 2019 et de vérifier s'il n'y a pas lieu d'abroger également les articles 86 et 87 de la même loi ainsi que l'arrêté royal du 8 juin 1967 'fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées'.

Artikel X+20

Op de vraag wat de bedoeling is van artikel X+20, heeft de gemachtigde geantwoord dat het er louter toe strekte het opschrift van afdeling II op te heffen, aangezien deze afdeling enkel nog het ontworpen artikel 50 zou bevatten.

Overeenkomstig de wetgevingstechnische aanbevelingen is het niet raadzaam dat een afdeling slechts één artikel bevat en evenmin dat een afdeling geen opschrift heeft.[9]

Het dispositief moet in het licht van deze opmerking herzien worden.

Article X+20

Interrogé sur l'objet de l'article X+20, le délégué a indiqué qu'il tendait uniquement à supprimer l'intitulé de la section II, qui est appelée à ne comprendre que l'article 50 en projet.

Conformément aux recommandations en matière de légistique, il ne se recommande ni d'avoir un seul article dans une section ni d'avoir une section sans intitulé[9].

Le dispositif sera revu à la lumière de cette observation.

Artikel X+21

1. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 50, § 1, zevende lid, moeten de woorden "cette convention," weggelaten worden.

2. Op de vraag wat wordt bedoeld met de uitdrukkingen "beduidend niet gerechtvaardigd" en "beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding", heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"Het betreft dezelfde notie als die wordt gebruikt in afdeling X. Gerechtvaardigde overschrijdingen zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe

Article X+21

1. À l'article 50, § 1er, alinéa 7, en projet, dans la version française, il y a lieu d'omettre les mots "cette convention,".

2. Interrogé sur la signification des expressions "de manière significativement non justifiée" et "dépassement significativement non justifié", le délégué a indiqué:

"Het betreft dezelfde notie als die wordt gebruikt in afdeling X. Gerechtvaardigde overschrijdingen zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe

[9] *Ibidem*, aanbevelingen 61-65.

[9] *Ibidem*, recommandations 61 à 65.

beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) [die] leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie).”

Ter wille van de rechtszekerheid verdient het aanbeveling om in het dispositief telkens dezelfde uitdrukking te gebruiken en om het dispositief aan te vullen met een definitie van die welbepaalde uitdrukking.[10]

3. De steller van het voorontwerp dient na te gaan of de verwijzingen in de ontworpen paragraaf 5 naar artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en naar de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40 anderzijds, relevant zijn.

Artikel X+22

In de Franse tekst dient nauwkeuriger vermeld te worden dat het gaat om de vervanging van het opschrift van afdeling III.

Artikel X+23

1. Op de vraag welke instantie, gelet op de formulering van de ontworpen artikelen 51, § 1, eerste lid, en 51, § 1, tweede lid, het akkoord volgens de steller van het voorontwerp moet goedkeuren, met name het Verzekeringscomité en/of de Algemene raad, en of artikel 22, 3°, van de gecoördineerde wet eveneens gewijzigd moet worden, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“De akkoorden moeten worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité en door de Algemene raad. Het is de bedoeling dat de minister het akkoord pas meedeelt aan de Ministerraad als het is goedgekeurd door beide instanties. Artikel 22, 3° dient ons inziens niet te worden gewijzigd, behoudens dat de term ‘overeenkomsten’ moet worden geschrapt. Gezien het grote aantal formele wijzigingen dat moet gebeuren en het tijdsbestek, hebben we die niet kunnen meenemen in huidig ontwerp. Het is de bedoeling om de formele aanpassingen te doen bij gelegenheid van een volgende wet diverse bepalingen.”

Het ontworpen artikel 51, § 1, eerste lid, moet aldus aangepast worden dat het duidelijker de bedoeling van de steller van het voorontwerp weergeeft, namelijk dat zowel het Verzekeringscomité als de Algemene raad de akkoorden goedkeuren.

[10] Die definitie zou kunnen voortbouwen op de essentiële elementen vastgelegd in het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 ‘tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan’. Dat besluit zou overigens expliciet bij het voorliggende voorontwerp opgeheven moeten worden, gelet op de uitleg die in de toelichting bij het artikel gegeven wordt.

beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) [die] leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie)”.

Afin de garantir la sécurité juridique, le dispositif gagnerait à uniformiser ces expressions et à être complété par une définition de cette expression uniformisée[10].

3. L’auteur de l’avant-projet vérifiera la pertinence des renvois opérés par le paragraphe 5 en projet, d’une part, à l’article 40, § 1er, alinéa 3, et, d’autre part, aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l’article 40.

Article X+22

Dans la version française, il y a lieu de préciser que c’est l’intitulé de la section III qui est remplacé.

Article X+23

1. Interrogé sur l’intention de l’auteur de l’avant-projet quant à l’organe approuvant l’accord, à savoir le Comité de l’assurance et/ou le Conseil général, au vu de la formulation des articles 51, § 1er, alinéa 1er, et 51, § 1er, alinéa 2, en projet, et sur la nécessité de modifier également l’article 22, 3°, de la loi coordonnée, le délégué a indiqué:

“De akkoorden moeten worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité en door de Algemene raad. Het is de bedoeling dat de minister het akkoord pas meedeelt aan de Ministerraad als het is goedgekeurd door beide instanties. Artikel 22, 3° dient ons inziens niet te worden gewijzigd, behoudens dat de term ‘overeenkomsten’ moet worden geschrapt. Gezien het grote aantal formele wijzigingen dat moet gebeuren en het tijdsbestek, hebben we die niet kunnen meenemen in huidig ontwerp. Het is de bedoeling om de formele aanpassingen te doen bij gelegenheid van een volgende wet diverse bepalingen”.

L’article 51, § 1er, alinéa 1er, en projet sera adapté pour refléter plus clairement l’intention de l’auteur de l’avant-projet, à savoir que tant le Comité de l’assurance que le Conseil général approuvent les accords.

[10] Cette définition pourrait s’inspirer des éléments essentiels prévus par l’arrêté royal du 5 octobre 1999 ‘portant exécution de l’article 51, § 4, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu’il y a lieu d’entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l’objectif budgétaire partiel’. Cet arrêté devrait par ailleurs être abrogé explicitement par l’avant-projet à l’examen, au vu des explications qui figurent dans le commentaire de l’article.

Voorts dient artikel 22, 3°, van de gecoördineerde wet in die zin aangepast te worden.

2. Aangezien het ontworpen artikel 51 slechts één paragraaf bevat, moet de vermelding “§ 1.” weggelaten worden.

3. Onder voorbehoud van de opmerking gemaakt bij de artikelen X+12 en X+32, moet de steller van het voorontwerp nagaan of ingevolge het ontworpen artikel 51, § 1, vijfde lid, niet nader bepaald dient te worden dat het door de minister vastgestelde document voor de artsen en de tandheelkundigen de voorwaarden vastlegt in verband met de tijdstippen waarop de tarieven strikt moeten worden toegepast. Indien een dergelijke precisering nuttig geacht wordt, dient het ontworpen artikel 52/1, § 1, tweede en derde lid, eveneens aldus gewijzigd te worden dat daarin ook melding gemaakt wordt van het “document bedoeld in artikel 51”.

Artikel X+24

1. Op de vraag - aangezien de toelichting bij het artikel geen uitleg ter zake verstrekt - waarom het ontworpen artikel 51/1, § 2, eerste lid, bepaalt dat vroedvrouwen, om kennis te geven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, gebruik moeten maken van de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het RIZIV en of die verplichting momenteel reeds bestaat, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“Het is de bedoeling om de onlinetoepassing verplicht te maken binnen een redelijke periode nadat deze voor een bepaalde sector beschikbaar is. Die toepassing is momenteel beschikbaar voor vroedvrouwen maar nog niet verplicht.”

Het verdient aanbeveling om de toelichting bij het artikel aldus aan te vullen dat die uitleg daarin vermeld wordt.

2. In het ontworpen artikel 51/1, § 2, eerste lid, *in fine,* moet het correcte opschrift van de wet van 21 augustus 2008 vermeld worden. Zodoende moeten de woorden “en diverse bepalingen” toegevoegd worden na het woord “eHealth-platform”.

3. Het verdient aanbeveling om het vierde en het vijfde lid van het ontworpen artikel 51/1, § 3, aldus te wijzigen dat rekening gehouden wordt met de bijzondere voorwaarde waarin het tweede lid voorziet met betrekking tot de inwerkingtreding van het akkoord artsen-ziekenfondsen.

Artikel X+25

1. In de Franse tekst moet, wat betreft de uitdrukkingen “année civile” en “année calendrier”, een eenvormige terminologie worden gehanteerd.

2. Op de vraag wat verstaan moet worden onder de uitdrukking “uitzonderlijke omstandigheden”, heeft de gemachtigde geantwoord dat dit geval per geval beoordeeld zal moeten worden. Ter wille van de rechtszekerheid dient de toelichting

Il conviendrait en outre d’adapter l’article 22, 3°, de la loi coordonnée en ce sens.

2. L’article 51 en projet ne contenant qu’un seul paragraphe, la mention d’un paragraphe 1er en sera omise.

3. Sous réserve de l’observation sous les articles X+12 et X+32, l’auteur de l’avant-projet appréciera s’il ne convient pas de préciser, à la suite de l’article 51, § 1er, alinéa 5, en projet, que, pour les médecins et les praticiens de l’art dentaire, le document établi par le ministre fixe les conditions relatives aux moments pendant lesquels les tarifs sont de stricte application. Si une telle précision est jugée utile, il conviendra d’également modifier l’article 52/1, § 1er, alinéas 2 et 3, en projet afin d’y mentionner également le “document visé à l’article 51”.

Article X+24

1. Interrogé sur les raisons pour lesquelles l’article 51/1, § 2, alinéa 1er, en projet prévoit que les sagesfemmes doivent utiliser l’application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l’INAMI pour notifier leur refus d’adhésion à l’accord et sur l’existence de cette obligation à l’heure actuelle, vu l’absence d’explication sur ce point dans le commentaire de l’article, le délégué a répondu:

“Het is de bedoeling om de onlinetoepassing verplicht te maken binnen een redelijke periode nadat deze voor een bepaalde sector beschikbaar is. Die toepassing is momenteel beschikbaar voor vroedvrouwen maar nog niet verplicht”.

Le commentaire de l’article gagnerait à être complété pour faire mention de cette explication.

2. À l’article 51/1, § 2, alinéa 1er, *in fine* en projet, l’intitulé exact de la loi du 21 août 2008 sera mentionné. Ainsi les mots “et portant diverses dispositions” seront ajoutés après les mots “plate-forme eHealth”.

3. Les alinéas 4 et 5 de l’article 51/1, § 3, en projet gagneraient à être modifiés pour tenir compte de la condition particulière prévue à l’alinéa 2 concernant l’entrée en vigueur de l’accord médicomutualiste.

Article X+25

1. Dans la version française, la terminologie “année civile” et “année calendrier” sera uniformisée.

2. Interrogé sur ce qu’il y a lieu d’entendre par l’expression “circonstances exceptionnelles”, le délégué a répondu que cela devra être jugé au cas par cas. Afin de garantir la sécurité juridique, il convient que le commentaire de l’article

bij het artikel aangevuld te worden met voorbeelden van wat een uitzonderlijke omstandigheid zou kunnen zijn.

3. Ter wille van de samenhang met artikel 51, § 1, eerste lid, dat bepaalt dat het Verzekeringscomité de akkoorden goedkeurt, moet in het ontworpen tweede lid het woord “aanvaarden” vervangen worden door het woord “goedkeuren”.

Artikel X+27

1. Op de vraag of het mogelijk is om, nadat het voorontwerp is aangenomen, een akkoord gedeeltelijk op te zeggen, heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling is dat een akkoord in de toekomst enkel in zijn geheel opgezegd kan worden. Het verdient aanbeveling om het dispositief of op zijn minst de toelichting bij het artikel in die zin te preciseren.

2. In het ontworpen artikel 51/4, eerste lid, dient de vermelding van paragraaf 1 van artikel 48 weggelaten te worden, aangezien het ontworpen artikel 48 van de gecoördineerde wet (artikel X+18 van het voorontwerp) slechts één lid bevat.

3. Op de vraag of het tweede en het derde lid van het ontworpen artikel 51/4 niet herschikt moeten worden, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“Artikel 51/4, tweede lid, betreft enkel de mogelijkheid tot opzegging door een individuele zorgverlener. Die opzegging zonder motivering heeft uitwerking vanaf 1 januari. Artikel 51/4, derde lid, beoogt ook de opzegging door een van de partijen bij de overeenkomst op grond dat bv. bepaalde afspraken niet zijn nagekomen. Die opzegging kan ook vroeger uitwerking hebben. In het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen is momenteel bv. voorzien dat het akkoord geheel of gedeeltelijk kan worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen na goedkeuring van wettelijke of reglementaire bepalingen met betrekking tot een beperking van de ereloonsupplementen tijdens de looptijd van het akkoord, met uitzondering van maatregelen die tot stand kwamen na akkoord in de NCAZ.”

Op de vraag welke mogelijkheden individuele zorgverleners en representatieve organisaties meer specifiek hebben om een akkoord op te zeggen, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“Le texte prévoit que les dispensateurs individuels peuvent dénoncer l’accord

1. soit sur base d’un motif visé par l’article 51/4, alinéa 1er;

2. soit sans motif au 1er janvier de chaque année en vertu de l’article 51/4, alinéa 2;

3. soit en vertu des motifs de dénonciation complémentaires prévus par les accords sur base de l’article 51/4, alinéa 3.

Les trois modalités de dénonciation sont donc ouvertes aux dispensateurs individuels.

soit complété avec des exemples de ce qui pourrait constituer une circonstance exceptionnelle.

3. Par souci de cohérence avec l’article 51, § 1er, alinéa 1er, qui prévoit que le Comité de l’assurance approuve les accords, à l’alinéa 2 en projet, le mot “accepter” sera remplacé par le mot “approuver”.

Article X+27

1. Interrogé sur la possibilité de dénoncer un accord partiellement à la suite de l’adoption de l’avant-projet, le délégué a indiqué que l’intention est qu’un accord ne puisse être dénoncé à l’avenir que dans sa totalité. Le dispositif ou, à tout le moins, le commentaire de l’article, gagnerait à être précisé en ce sens.

2. À l’article 51/4, alinéa 1er, en projet, il y a lieu d’omettre la mention du paragraphe 1er de l’article 48 étant donné que l’article 48 en projet de la loi coordonnée (article X+18 de l’avant-projet) ne comprend qu’un alinéa.

3. Interrogé sur l’agencement des alinéas 2 et 3 de l’article 51/4 en projet, le délégué a indiqué:

“Artikel 51/4, tweede lid, betreft enkel de mogelijkheid tot opzegging door een individuele zorgverlener. Die opzegging zonder motivering heeft uitwerking vanaf 1 januari. Artikel 51/4, derde lid, beoogt ook de opzegging door een van de partijen bij de overeenkomst op grond dat bv. bepaalde afspraken niet zijn nagekomen. Die opzegging kan ook vroeger uitwerking hebben. In het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen is momenteel bv. voorzien dat het akkoord geheel of gedeeltelijk kan worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen na goedkeuring van wettelijke of reglementaire bepalingen met betrekking tot een beperking van de ereloonsupplementen tijdens de looptijd van het akkoord, met uitzondering van maatregelen die tot stand kwamen na akkoord in de NCAZ”.

Interrogé plus précisément sur les possibilités de dénonciation d’un accord par les dispensateurs de soins individuels et par les organisations représentatives, le délégué a répondu:

“Le texte prévoit que les dispensateurs individuels peuvent dénoncer l’accord

1. soit sur base d’un motif visé par l’article 51/4, alinéa 1er;

2. soit sans motif au 1er janvier de chaque année en vertu de l’article 51/4, alinéa 2;

3. soit en vertu des motifs de dénonciation complémentaires prévus par les accords sur base de l’article 51/4, alinéa 3.

Les trois modalités de dénonciation sont donc ouvertes aux dispensateurs individuels.

Les organisations ont quant à elles accès aux modalités 1 et 3.”

Het ontworpen eerste tot en met het ontworpen derde lid moeten aangepast worden om de bedoeling van de steller van het voorontwerp beter weer te geven wat betreft de mogelijkheden tot opzegging die aan de individuele zorgverleners en de representatieve organisaties geboden worden en moeten voorts voor elke mogelijkheid tot opzegging vermelden vanaf welke datum de opzegging uitwerking heeft.

4. De gemachtigde is het ermee eens dat in het ontworpen artikel 51/4, vierde lid, niet de term “quorums” moet worden gebruikt, maar de term “meerderheden”.

5. Op de vraag wat de betekenis is van de uitdrukking “een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan” die in het ontworpen artikel 51/4, vijfde lid, gebruikt wordt, heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling was te verwijzen naar de situaties die, op basis van de wet of het akkoord, een grond vormen voor de opzegging van het akkoord.

Het dispositief moet in die zin verduidelijkt worden.

Artikel X+28

Uit de opzet van het voorontwerp blijkt dat het ontworpen artikel 51/5, § 3, niet enkel melding zou moeten maken van de datum waarop een akkoord verstrijkt maar ook van de datum waarop een document verstrijkt. Tenzij men kan aantonen dat er een verschil bestaat tussen de situatie waarin een akkoord verstrijkt en de situatie waarin een document verstrijkt, moet de voorliggende bepaling in die zin aangepast worden.

Artikel X+29

De gemachtigde heeft beaamd dat het ontworpen artikel 51/6 aldus herschreven en aangevuld moet worden dat het nauwkeuriger bepaalt dat de door het Verzekeringscomité of de minister vastgestelde “en door de Ministerraad goedgekeurde” akkoorden, wijzigingsclausules en documenten worden gepubliceerd op de website van het Instituut en in het *Belgisch Staatsblad*.

Artikel X+30

De gemachtigde heeft beaamd dat de nieuwe afdeling III/1 met name de artikelen 52 en 53 van de gecoördineerde wet zou bevatten. Het ontworpen opschrift lijkt evenwel de inhoud van artikel 52 van de gecoördineerde wet niet correct weer te geven.

De voorliggende bepaling moet in het licht van deze opmerking herzien worden.

Les organisations ont quant à elles accès aux modalités 1 et 3”.

Les alinéas 1er à 3 en projet seront adaptés pour mieux refléter la volonté de l’auteur de l’avant-projet quant aux possibilités de dénonciation offertes aux dispensateurs de soins individuels et aux organisations représentatives et préciseront, en outre, pour chaque possibilité de dénonciation, la date à partir de laquelle la dénonciation produit ses effets.

4. De l’accord du délégué, il sera question, à l’article 51/4, alinéa 4, en projet, non de “quorums” mais de “majorités”.

5. Interrogé sur la signification de l’expression “une des situations précitées se soit produite” utilisée à l’article 51/4, alinéa 5, en projet, le délégué a indiqué que l’intention était de renvoyer aux situations qui, sur la base de la loi ou de l’accord, constituent un fondement pour la dénonciation de l’accord.

Le dispositif sera clarifié en ce sens.

Article X+28

Il ressort de l’économie de l’avant-projet que l’article 51/5, § 3, en projet ne devrait pas seulement viser la date d’expiration d’un accord mais également la date d’expiration d’un document. Sauf à pouvoir justifier d’une différence entre la situation où un accord expire et celle où un document expire, la disposition examinée sera adaptée en ce sens.

Article X+29

De l’accord du délégué, l’article 51/6 en projet sera complété pour préciser que ce sont les accords, avenants et documents établis par le Comité de l’assurance ou le ministre et “approuvés par le Conseil des ministres” qui sont publiés sur le site internet de l’Institut et au *Moniteur belge*.

Article X+30

De l’accord du délégué, la nouvelle section III/1 est appelée à contenir notamment les articles 52 et 53 de la loi coordonnée. L’intitulé envisagé ne semble toutefois pas refléter correctement le contenu de l’article 52 de la loi coordonnée.

La disposition examinée sera revue à la lumière de cette observation.

Artikel X+33

1. Op de vraag of het verenigbaar is met het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, vastgelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, dat sommige financiële tegemoetkomingen enkel toegekend worden aan de zorgverleners die zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"Zoals de commentaar aangeeft is het de bedoeling om de tegemoetkomingen voor ondersteuning voor te behouden aan geconventioneerde zorgverleners. Geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe de tarieven na te leven en bijgevolg is het te rechtvaardigen om voor deze groep een tegemoetkoming te voorzien voor bepaalde kosten verbonden aan de uitoefening van hun beroep. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen supplementen aanrekenen."

De toelichting bij het artikel moet aangevuld worden met die uitleg en met elk ander element dat die uitleg kan ondersteunen.

2. Naar aanleiding van een vraag over het gebrek aan overeenstemming tussen, enerzijds, het dispositief luidens hetwelk de Koning "moet" bepalen dat de financiële tegemoetkomingen *pro rata* toegekend worden wanneer een zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, en, anderzijds, de toelichting bij het artikel die vermeldt dat "de tegemoetkomingen *pro rata* [kunnen] worden toegekend", heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling is dat de financiële tegemoetkomingen verplicht *pro rata* toegekend worden.

Om geen enkele twijfel te laten bestaan moet de toelichting bij het artikel in die zin aangepast worden.

Afdeling X+2 – Definities

Artikel X

De bepaling die onmiddellijk na artikel X+36 van het voorontwerp wordt ingevoegd, moet een nummer krijgen. Het voorontwerp moeten dienovereenkomstig worden hernummerd.

Afdeling X+4 – Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

Artikelen X+38 en X+39

1. Artikel X+38 beoogt het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten die zitting hebben in de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV te verhogen tot 8.[11]

[11] Het huishoudelijk reglement van de Algemene raad werd goedgekeurd bij koninklijk besluit van 26 januari 2014.

Article X+33

1. Interrogé sur la compatibilité avec le principe d'égalité et de nondiscrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution de l'octroi de certaines interventions financières uniquement aux dispensateurs de soins ayant adhéré aux accords ou documents les concernant, le délégué a répondu:

"Zoals de commentaar aangeeft is het de bedoeling om de tegemoetkomingen voor ondersteuning voor te behouden aan geconventioneerde zorgverleners. Geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe de tarieven na te leven en bijgevolg is het te rechtvaardigen om voor deze groep een tegemoetkoming te voorzien voor bepaalde kosten verbonden aan de uitoefening van hun beroep. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen supplementen aanrekenen".

Le commentaire de l'article sera complété par cette explication et tout autre élément de nature à étayer celleci.

2. Interrogé sur la discordance entre le dispositif, qui prévoit que le Roi "doit" déterminer que les interventions financières sont accordées au prorata lorsqu'un dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, et le commentaire de l'article, qui indique que les interventions "peuvent être accordées" au prorata, le délégué a répondu que l'intention est que les interventions financières soient obligatoirement accordées au prorata.

Afin d'éviter tout doute, le commentaire de l'article sera adapté en ce sens.

Section X+2 – Définitions

Article X

La disposition insérée immédiatement après l'article X+36 de l'avant-projet sera pourvue d'un numéro et la numérotation de l'avant-projet revue en conséquence.

Section X+4 – Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Articles X+38 et X+39

1. L'article X+38 vise à porter à huit le nombre de représentants des entités fédérées appelés à siéger au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé de l'INAMI[11].

[11] Le règlement d'ordre intérieur du Conseil général a été approuvé par arrêté royal du 26 janvier 2014.

2. Artikel X+39 voorziet in een vertegenwoordiging van de deelstaten - met “raadgevende stem” - in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.[12]

In de toelichting bij de bepaling wordt het volgende gesteld:

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

De steller van het voorontwerp bepaalt bovendien dat de hoedanigheid van die leden “afhankelijk [is] van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen”.[13]

Uit de communicatie met de gemachtigde moet worden besloten dat de aanwezigheid van de vertegenwoordigers van de deelstaten niet als louter facultatief is opgevat:

“Malgré le caractère facultatif (possibilité) d’être représentées, les entités fédérées seront membres des organes de gestion (avec voix consultative) et recevront les invitations, les ordres du jour et les documents de toutes les réunions. Il leur appartiendra de participer effectivement aux réunions en fonction des sujets traités pour contribuer avec les membres du niveau fédéral, dans l’exercice de leurs compétences respectives, à l’objectif de cohérence des politiques de soins de santé au profit des patients”.

Uit dat antwoord volgt dat de deelstaten, door te aanvaarden dat zij met raadgevende stem worden vertegenwoordigd, vervolgens juridisch verplicht zijn aan de vergaderingen van de betreffende organen deel te nemen.

3. Er wordt op gewezen dat het, op grond van het beginsel dat de Federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten autonoom zijn ten opzichte van elkaar, verboden is overheden die niet onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, te verplichten deel te nemen aan de werkzaamheden van de beheersorganen van het RIZIV. Zo’n deelname kan slechts

2. L’article X+39 a pour objet de prévoir la présence – avec “voix consultative” – de représentants des entités fédérées au sein du Comité de l’assurance soins de santé[12].

Comme le précise le commentaire de la disposition:

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

L’auteur de l’avant-projet prévoit en outre que la qualité de ces membres “est conditionnée par l’adoption d’un arrêté pris par le Roi conformément à l’article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles”[13].

Les échanges avec le délégué amènent à conclure que la présence des représentants des entités fédérées n’est pas conçue comme étant purement facultative:

“Malgré le caractère facultatif (possibilité) d’être représentées, les entités fédérées seront membres des organes de gestion (avec voix consultative) et recevront les invitations, les ordres du jour et les documents de toutes les réunions. Il leur appartiendra de participer effectivement aux réunions en fonction des sujets traités pour contribuer avec les membres du niveau fédéral, dans l’exercice de leurs compétences respectives, à l’objectif de cohérence des politiques de soins de santé au profit des patients”.

Il découle de cette réponse que les entités fédérées, dès lors qu’elles acceptent d’être représentées avec voix consultative, seraient ensuite juridiquement tenues de participer aux réunions des organes concernés.

3. Il est rappelé qu’en vertu du principe de l’autonomie respective de l’État fédéral, des communautés et des régions, il est interdit d’imposer à des autorités qui ne relèvent pas de la compétence fédérale de participer, autrement que sur une base purement facultative, aux activités des organes de gestion de l’INAMI. Si l’intention est d’imposer une telle participation, il y

---

12 De samenstelling van het Verzekeringscomité wordt vastgelegd in artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 ‘tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994’. Het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité werd goedgekeurd bij koninklijk besluit van 12 september 2011 en gewijzigd bij koninklijk besluit van 17 januari 2019.

13 In de nota aan de Ministerraad staat het volgende:
“Hierbij wordt volgende verdeelsleutel gehanteerd, rekening houdend met het in het wetsontwerp voorziene aantal van 8: 3 mandaten voor Vlaanderen; 1 mandaat voor het Waals Gewest; 1 mandaat voor de Fédération Wallonie-Bruxelles; 1 mandaat voor de Franstalige gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; 1 mandaat voor de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 1 mandaat voor de Duitstalige Gemeenschap. De ontwerp-KB’s zullen met de deelstaten overlegd worden.”

12 La composition du Comité de l’assurance est déterminée à l’article 10 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 ‘portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994’. Le règlement d’ordre intérieur du Comité de l’assurance a été approuvé par arrêté royal du 12 septembre 2011, et modifié par arrêté royal du 17 janvier 2019.

13 La note au Conseil des ministres précise ce qui suit:
“La clé de répartition suivante est appliquée, compte tenu du nombre de 8 prévu dans le projet de loi: 3 mandats pour la Flandre; 1 mandat pour la Région wallonne; 1 mandat pour la Fédération WallonieBruxelles; 1 mandat pour la Commission communautaire française de la Région de BruxellesCapitale; 1 mandat pour la Commission communautaire commune de la Région de BruxellesCapitale et 1 mandat pour la Communauté germanophone. Les projets d’arrêtés royaux seront concertés avec les entités fédérées”.

louter facultatief zijn. Indien het de bedoeling is een dergelijke deelname verplicht te maken, moet artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen' in acht worden genomen.[14]

Zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld, is de principiële vertegenwoordiging van de deelstaten in de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging reeds verankerd in artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet.

In advies 74.112/2/V heeft de afdeling Wetgeving het volgende opgemerkt:

"Artikel 3, 1°, van het voorontwerp strekt ertoe artikel 15, eerste lid, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: 'de gecoördineerde wet') aan te vullen met een punt f) waarin wordt bepaald dat de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging naast de in de punten a) tot e) bedoelde leden zal bestaan uit 'zeven leden die de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen met uitzondering van de Vlaamse Gemeenschapscommissie'. Datzelfde ontworpen artikel bepaalt voorts:

'Elk van deze overheden is vertegenwoordigd door één lid met uitzondering van de Vlaamse Gemeenschap die vertegenwoordigd wordt door twee leden.'

Artikel 3, 2°, van het voorontwerp wijzigt voorts artikel 15, tweede lid, van de gecoördineerde wet zodat dat bepaalt dat 'de wijze van vertegenwoordiging van de leden onder f)' zal worden geregeld 'overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen'.

Artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen' bepaalt het volgende:

'Bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, genomen na akkoord van de bevoegde Regeringen, regelt de Koning de vertegenwoordiging van de Gemeenschappen en de Gewesten, naargelang van het geval, in de beheers- of beslissingsorganen van de nationale instellingen en organismen, onder meer met een adviserende en controlerende taak, die Hij aanduidt.'

[14] Zie in dat verband advies 75.383/2 van 1 maart 2024 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van 16 mei 2024 'houdende wijziging van de ordonnantie van 28 mei 2015 tot oprichting van een instelling van openbaar nut waarin het beheer van het preventie- en veiligheidsbeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is samengebracht en tot oprichting van de gewestelijke school voor de veiligheids-, preventie- en hulpdienstberoepen – Brusafe', *Parl.St.* Br.Parl. 2023-24, nr. A-864/1, 64-69, met verwijzing naar advies 63.914/2/V van 27 augustus 2018 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van 4 april 2019 'tot wijziging van de ordonnantie van 28 mei 2015 tot oprichting van een instelling van openbaar nut waarin het beheer van het preventie- en veiligheidsbeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is samengebracht', *Parl.St.* Br. Parl 2018-19, nr. A-774/1, 27-41.

a lieu de respecter l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles'[14].

Comme l'indique l'exposé des motifs, le principe de la représentation des entités fédérées au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé a déjà été consacré dans l'article 15, alinéa 1er, f), de la loi coordonnée.

Dans son avis 74.112/2/V, la section de législation a observé ce qui suit:

"L'article 3, 1°, de l'avant-projet, complète l'article 15, alinéa 1er, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ciaprès 'la loi coordonnée'), par un f) qui prévoit que le Conseil général de l'assurance soins de santé comprendra, outre les membres visés au a) à e), 'sept membres représentant les autorités visées aux articles 128,130, 135 et 138 de la Constitution à l'exception de la Commission communautaire flamande'. La même disposition en projet prévoit:

'Chacune de ces autorités est représentée par un membre à l'exception de la Communauté flamande qui est représentée par deux membres'.

L'article 3, 2°, de l'avant-projet, modifie par ailleurs l'article 15, alinéa 2, de la loi coordonnée, de manière à y prévoir que 'le mode de représentation des membres sous f)' sera prévu 'conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles'.

L'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', dispose comme suit:

'Le Roi règle, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris de l'accord des gouvernements compétents, la représentation des Communautés et des Régions, selon le cas, dans les organes de gestion ou de décision des institutions et organismes nationaux, notamment consultatifs et de contrôle, qu'il désigne'.

[14] À ce propos, voir l'avis 75.383/2 donné le 1er mars 2024 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 16 mai 2024 'modifiant l'ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en Région de BruxellesCapitale et créant l'École régionale des métiers de la sécurité, de la prévention et du secours – Brusafe', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2023-2024, n° A-864/1, pp. 64-69, faisant référence à l'avis 63.914/2/V donné le 27 août 2018 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 4 avril 2019 'modifiant l'ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en Région de BruxellesCapitale', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2018-2019, n° A-774/1, pp. 27-41.

Het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet gaat voorbij aan artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 in zoverre het bepaalt op welke wijze de leden van de bedoelde deelstaten worden vertegenwoordigd in de Algemene raad. Enerzijds immers gaat de federale wetgever zijn bevoegdheid te buiten aangezien de bijzondere wet van 8 augustus 1980 aan de Koning de bevoegdheid verleent om de vertegenwoordiging van de deelstaten in een door hem aangewezen orgaan, *in casu* de Algemene raad, vast te stellen, en anderzijds regelt hij de vertegenwoordiging van de deelstaten zonder de akkoordbevinding van de bevoegde regeringen, die volgens artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 nochtans vereist is.

In hun gewijzigde versie lijken het eerste en het tweede lid van artikel 15 van de gecoördineerde wet bovendien tegenstrijdig: het aangevulde dispositief van het eerste lid is in tegenspraak met het dispositief van het tweede lid, dat bepaalt dat de wijze waarop de leden van de deelstaten worden aangewezen, overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 wordt vastgesteld.

Naar aanleiding van een vraag daarover heeft de gemachtigde van de minister het volgende te kennen gegeven:

'We zullen de tekst aanpassen om te melden dat de benoeming door de Koning van de leden van de deelstaten in de Algemene Raad zal gebeuren conform de procedure voorzien in artikel 92*ter* van de bijzondere wet'.

Hij stelt bovendien een nieuwe redactie voor van het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet:

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

De wijzigingssuggesties die de gemachtigde van de minister formuleert, zijn toelaatbaar aangezien wordt gestipuleerd dat de hoedanigheid van lid dat de in de artikelen 128,130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigt, afhankelijk wordt gesteld van de vaststelling van een besluit, door de Koning genomen overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980."[15]

4. Wat betreft artikel X+38 van het voorontwerp stelt de afdeling Wetgeving vast dat het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet zo geformuleerd is dat het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten rechtstreeks wordt vastgelegd.

Het staat echter niet aan de federale wetgever te bepalen hoeveel vertegenwoordigers van de deelstaten zitting hebben in een orgaan dat hij heeft ingesteld. Een dergelijke precisering maakt inbreuk op de bevoegdheden van de Koning om de "vertegenwoordiging" van de deelstaten "te regelen" overeenkomstig artikel 92*ter* van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 en zoals voorzien in artikel 15, tweede lid, van de

[15] Advies 74.112/2/V van 23 augustus 2023 over een voorontwerp dat geleid heeft tot de wet van 6 november 2023 'houdende een meerjarenkader en gezondheidszorgdoelstellingen', *Parl. St.* Kamer 2022-23, nr. 55-3563/1, 34-38.

L'article 15, alinéa 1er, f), en projet, de la loi coordonnée, méconnait l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980, en ce qu'il détermine le mode de représentation, au sein du Conseil général, des membres des entités fédérées qu'il vise. En effet, le législateur fédéral, d'une part, excède sa compétence dès lors que la loi spéciale du 8 août 1980 octroie au Roi celle de déterminer la représentation des entités fédérées au sein d'un organe national qu'il désigne, soit ici le Conseil général, et d'autre part, règle la représentation des entités fédérées sans accord des gouvernements compétents, comme le requiert pourtant l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980.

Tels que modifiés, les alinéas 1er et 2 de l'article 15 de la loi coordonnée, apparaissent en outre contradictoires, dès lors que le dispositif complété de l'alinéa 1er contredit le dispositif de l'alinéa 2 selon lequel le mode de désignation des membres des entités fédérées est fixé conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980.

Interrogé à ce propos, le délégué du ministre a indiqué ce qui suit:

'We zullen de tekst aanpassen om te melden dat de benoeming door de Koning van de leden van de deelstaten in de Algemene Raad zal gebeuren conform de procedure voorzien in artikel 92*ter* van de bijzondere wet'.

Il suggère en outre une nouvelle rédaction de l'article 15, alinéa 1er, f), en projet, de la loi coordonnée, comme suit:

'f) de membres représentant les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution'.

Les suggestions de modification formulées par le délégué du ministre sont admissibles dès lors qu'il est précisé que la qualité de membres représentant les autorités visées aux articles 128,130, 135 et 138, de la Constitution, est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980"[15].

4. S'agissant de l'article X+38 de l'avant-projet, la section de législation constate que l'article 15, alinéa 1er, f), en projet de la loi coordonnée est libellé en fixant directement le nombre de représentants des entités fédérées.

Or, il n'appartient pas au législateur fédéral de déterminer le nombre de représentants des entités fédérées qui sont amenés à siéger dans un organe qu'il a institué. Une telle précision empiète sur les attributions du Roi de "régler" la "représentation" des entités fédérées conformément à l'article 92*ter* de la loi spéciale du 8 août 1980 et comme le prévoit l'article 15, alinéa 2, de la loi coordonnée. En effet, l'article 92*ter* ne

[15] Avis 74.112/2/V donné le 23 août 2023 sur un avant-projet devenu la loi du 6 novembre 2023 'relative à un cadre pluriannuel et objectifs en matière de soins de santé', *Doc. parl.*, Chambre, 2022-2023, n° 55-3563/001, pp. 34-38.

gecoördineerde wet. Immers, artikel 92*ter* verleent de Koning niet alleen het prerogatief om te bepalen hoe de leden worden aangewezen die in het federale orgaan zitting hebben en om die leden aan te wijzen, maar ook om het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten te bepalen.[16]

De artikelen X+38 en X+39, 1°, van het voorontwerp moeten in het licht van deze opmerking worden herzien.

5. In de inleidende zin van artikel X+39 moeten de woorden "11 augustus 2017" worden vervangen door de woorden "26 maart 2007".

Afdeling X+5 – Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

Artikel X+40

1. In de inleidende zin moeten de woorden "laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 juni 2016" vervangen worden door de woorden "gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001".[17]

2. In de bepaling onder 1° dienen de woorden "binnen de termijn van minimum één maand" vervangen te worden door de woorden "binnen de door de aanvrager vastgestelde termijn, die niet minder dan één maand mag zijn".

Afdeling X+6 – Ereloonsupplementen

Artikel X+42

1. In de inleidende zin van de bepaling dient niet naar de wet van 26 november 2023 verwezen te worden, maar naar die van 6 november 2023.

2. De steller van het voorontwerp wil in de gecoördineerde wet een beperking van de ereloonsupplementen van

[16] Zie voor een voorbeeld van een besluit dat op die grond is vastgesteld en waarin de "vertegenwoordiging" van de deelstaten wordt geregeld: het ontwerp waarover op 2 april 2014 advies 55.676/4 is gegeven en dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 25 april 2014 'betreffende de vertegenwoordiging van de gewesten in de raad van bestuur van Infrabel en de NMBS en in het GEN-oriëntatiecomité van de NMBS'.

[17] Zie in dat verband advies 52.079/2 van 17 oktober 2012 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 4 december 2012 'tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994'.

réserve pas seulement au Roi le soin de déterminer le mode de désignation et de désigner les membres qui seront admis à siéger dans l'organe fédéral, mais également celui de fixer le nombre global de représentants des entités fédérées[16].

Les articles X+38 et X+39, 1°, de l'avant-projet seront revus à la lumière de cette observation.

5. Dans la phrase liminaire de l'article X+39, les mots "11 août 2017" seront remplacés par les mots "26 mars 2007".

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

Article X+40

1. Dans la phrase liminaire, les mots "modifiée en dernier lieu par la loi du 22 juin 2016" seront remplacés par les mots "modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001"[17].

2. Au 1°, les mots "dans le délai de minimum un mois" seront remplacés par "dans le délai fixé par le demandeur, lequel ne peut être inférieur à un mois".

Section X+6 – Suppléments d'honoraires

Article X+42

1. Dans la phrase liminaire de la disposition, c'est à la loi du 6 novembre 2023 et non du 26 novembre 2023 qu'il convient de faire référence.

2. L'auteur de l'avant-projet entend consacrer dans la loi coordonnée le principe d'une limitation des suppléments

[16] Pour un exemple d'arrêté adopté sur ce fondement et fixant la "représentation" des entités fédérées, voir le projet ayant fait l'objet de l'avis 55.676/4 donné le 2 avril 2014, projet devenu l'arrêté royal du 25 avril 2014 'relatif à la représentation des régions dans les conseils d'administration d'Infrabel et de la SNCB et dans le comité d'orientation RER de la SNCB'.

[17] Voir à ce propos l'avis 52.079/2 donné le 17 octobre 2012 sur un projet devenu l'arrêté royal du 4 décembre 2012 'modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994'.

"zorgverleners"[18] principieel verankeren. Die beperking zal gelden onverminderd het verbod op ereloonsupplementen waarin al uitdrukkelijk is voorzien voor bepaalde verstrekkingen (zie hierna).

Die verbodsbepalingen inzake ereloonsupplementen vormen een "*lex specialis*" die afwijkt van de algemene regel inzake plafonnering, verankerd in artikel X+42 van het voorontwerp.

De gemachtigde heeft nader aangegeven dat die beperking voor geconventioneerde zorgverleners zal gelden, voor de supplementen die zij mogen aanrekenen en in het geval dat toepassing gemaakt wordt van artikel 152, § 2, van de 'gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen' van 10 juli 2008. De beperking zal ook gelden voor niet-geconventioneerde zorgverleners in zoverre zij supplementen mogen aanrekenen. Tot slot zal ze ook gelden voor "gedeeltelijk geconventioneerde"zorgverleners voor de perioden en activiteiten waarvoor zij niet geconventioneerd zijn.

Het voorontwerp machtigt de Koning ertoe om, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie (die dat akkoord voor 31 juli 2027 moet goedkeuren), en bij ontstentenis hiervan op voorstel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de aangerekende ereloonsupplementen uiterlijk tegen 1 januari 2028 te plafonneren bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Dat maximumsupplement kan verschillen naargelang de "verstrekking" of de "groep van verstrekkingen", de "specialisatie van de betrokken zorgverleners" en het feit dat de "rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis". De Koning wordt ertoe gemachtigd dat maximumsupplement vast te leggen in de vorm van hetzij een maximumbedrag, hetzij een maximumpercentage van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Voorts kan het aanrekenen van supplementen beperkt worden tot een gedeelte van dat bedrag of dat honorarium.

3. De zorgverleners voor wie het voorontwerp in een beperking voorziet, bepalen momenteel vrij hun honoraria en kunnen zodoende afwijken van de tarieven die vastgelegd zijn in de desbetreffende akkoorden.[19] In dat geval betaalt de

[18] Te weten "de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de zorgkundigen, de verplegings[in]richtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen (…)" (artikel 2, n), van de gecoördineerde wet). De "beoefenaars van de geneeskunst" zijn "de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen" (artikel 2, l), van de gecoördineerde wet).

[19] Die tariefvrijheid vloeit voort uit artikel 35, tweede lid, van de wet 'betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015'. Zie voor een analyse van die kwestie in het kader van het ziekenhuiswezen: Locoge T., Vranckx A. en Ben Messaoud S., "1.- Les obligations positives de l'État et l'accessibilité des soins au sein de l'hôpital", in Colson P. e.a. (ed.), *Droit hospitalier*, Larcier-Intersentia, 2025, 43 e.v.

d'honoraires des "dispensateurs de soins"[18]. Cette limitation sera prévue sans préjudice des interdictions de suppléments d'honoraires, qui sont déjà fixées de manière expresse pour certaines prestations (voir cidessous).

Ces interdictions de suppléments constituent une "*lex specialis*", qui déroge à la règle générale du plafonnement que l'article X+42 de l'avant-projet consacre.

Comme le précise le délégué, cette limitation aura vocation à s'appliquer aux dispensateurs de soins conventionnés pour les suppléments qu'ils sont autorisés à facturer et en cas d'application de l'article 152, § 2, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'. La limitation s'appliquera également aux dispensateurs de soins non conventionnés dans la mesure où ils sont autorisés à facturer des suppléments. Enfin, elle s'appliquera également aux dispensateurs de soins "partiellement conventionnés" dans le cadre des périodes et activités pour lesquelles ils ne sont pas conventionnés.

L'avant-projet habilite le Roi, sur proposition de la Commission d'accord concernée (qui doit adopter cet accord avant le 31 juillet 2027) et, à défaut, sur proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et par arrêté délibéré en Conseil des ministres, à plafonner la facturation des suppléments d'honoraires au plus tard le 1er janvier 2028.

Ce supplément maximal pourra différer selon la "prestation" ou le "groupe de prestations", la "spécialisation des dispensateurs de soins concernés" et selon que le "bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital". Le Roi est habilité à fixer ce maximum soit sous la forme d'un montant maximal, soit la forme d'un pourcentage maximal du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Par ailleurs, la facturation des suppléments peut être limitée à une partie de ce montant ou de cet honoraire.

3. À ce jour, les dispensateurs de soins visés par la limitation de l'avant-projet fixent librement leurs honoraires et peuvent, à ce titre, s'écarter des tarifs fixés dans les accords correspondants[19]. Dans ce cas, le patient paie un "supplément

[18] Soit "les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aidessoignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions (…)" (article 2, n), de la loi coordonnée). Les "praticiens de l'art de guérir" sont "les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les sagesfemmes, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, légalement habilités à exercer leur art" (article 2, l), de la loi coordonnée).

[19] Cette liberté tarifaire découle de l'article 35, alinéa 2, de la loi 'relative à l'exercice des professions de soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015'. Pour une analyse de cette question dans le cadre hospitalier, voir T. Locoge, A. Vranckx, et S. Ben Messaoud, "1. – Les obligations positives de l'État et l'accessibilité des soins au sein de l'hôpital", in *Droit hospitalier* (Colson P. *et al*., dir.), 1ère édition, Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2025, pp. 43 et s.

patiënt nog “een ereloonsupplement” bovenop het remgeld[20]. Geconventioneerde zorgverleners moeten zich houden aan de tarieven van de nomenclatuur voor verstrekkingen die door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald. Voor verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of die er wel in zijn opgenomen maar uitgevoerd worden in bijzondere omstandigheden, kunnen ze hun ereloon echter vrij bepalen.[21]

Er dient te worden opgemerkt dat ziekenhuizen verplicht zijn een maximumpercentage vast te leggen voor de ereloonsupplementen die mogen worden aangerekend (een percentage van het officiële tarief van de ziekteverzekering).[22] Bij ontstentenis van een wettelijk voorgeschreven limiet, stellen zij vrijelijk het maximumpercentage van de ereloonsupplementen vast, dat dus van inrichting tot inrichting kan verschillen.

4. De wetgever heeft het beginsel van tariefvrijheid in welbepaalde gevallen al onderworpen aan beperkingen in de vorm van een algeheel verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen.[23] Dergelijke verbodsbepalingen steunen op de noodzaak de toegang tot zorgverlening voor patiënten te waarborgen en werden reeds door het Grondwettelijk Hof verenigbaar geacht met het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, met de vrijheid van ondernemen en met artikel 23 van de Grondwet.

Zo heeft het Hof in arrest nr. 107/2014 van 17 juli 2014 geoordeeld dat het verbod om ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten die opgenomen zijn in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer geen discriminatie inhoudt, en dat de inperking van de tariefvrijheid redelijk verantwoord was ten aanzien van het door de wetgever nagestreefde doel. Het Hof erkent ook dat de wetgever over een beoordelingsbevoegdheid beschikt om ervoor te zorgen dat de belangen van patiënten en die van zorgverleners met elkaar in evenwicht zijn:

“B.10. Hoewel de bestreden bepalingen de vrijheid om de door de ziekenhuisgeneesheren gevraagde honoraria vast te stellen aanzienlijk verminderen en daardoor, in zekere mate, kunnen leiden tot het afremmen van de investeringen in technologische uitrusting van de ziekenhuizen waarin de honorariumsupplementen worden aangerekend, beogen zij, in welbepaalde gevallen, de belangen van de patiënten boven die van de artsen te stellen.

[20] Het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt nadat de verzekeringsinstellingen hun deel hebben betaald.

[21] Artikel 50, § 6, eerste en tweede lid, van de gecoördineerde wet.

[22] Artikel 152, § 2, vierde lid, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

[23] Bijvoorbeeld de verstrekkingen tijdens een georganiseerde wachtdienst (artikel 35, § 1, van de gecoördineerde wet), de verstrekkingen voor patiënten in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers (artikel 152, § 3, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008) of wanneer ambulante zorgen verstrekt worden aan patiënten die een verhoogde tegemoetkoming genieten, de zogenaamde “RVT” (artikel 53, § 5, van de gecoördineerde wet).

d’honoraire” en plus du ticket modérateur[20]. Les dispensateurs conventionnés doivent respecter les tarifs de la nomenclature pour les prestations remboursées par l’assurance soins de santé. Ils restent toutefois libres de fixer leurs honoraires pour les prestations non reprises dans la nomenclature ou qui y sont reprises mais sont dispensées dans des conditions particulières[21].

Il est à noter que les hôpitaux sont tenus de fixer un pourcentage maximal des honoraires supplémentaires qui peuvent être facturés (un pourcentage du tarif officiel de l’assurancemaladie)[22]. En l’absence d’une limite imposée par la loi, ils fixent librement le pourcentage maximal des honoraires supplémentaires, lequel peut donc différer d’un établissement à l’autre.

4. Le principe de la liberté tarifaire a déjà fait l’objet de restrictions sous la forme d’interdictions pures et simples de facturation d’honoraires supplémentaires, imposées par le législateur dans certaines hypothèses[23]. De telles interdictions sont fondées sur la nécessité d’assurer l’accessibilité aux soins pour les patients et ont déjà été considérées par la Cour constitutionnelle comme étant compatibles avec le principe d’égalité et de nondiscrimination, la liberté d’entreprendre et l’article 23 de la Constitution.

Ainsi, dans un arrêt n° 107/2014 du 17 juillet 2014, la Cour a considéré que l’interdiction de facturer des suppléments d’honoraires pour les patients hospitalisés en chambre double ou commune n’est pas discriminatoire et que la limitation de la liberté tarifaire était raisonnablement justifiée au regard de l’objectif poursuivi par le législateur. Elle reconnaît également au législateur un pouvoir d’appréciation pour assurer l’équilibre entre les intérêts des patients et des prestataires de soins de santé:

“B.10. Bien que les dispositions attaquées réduisent sensiblement la liberté de fixation des honoraires réclamés par les médecins hospitaliers et qu’elles peuvent, dans une certaine mesure, aboutir à freiner les investissements en matière d’équipement technologique des hôpitaux dans lesquels les suppléments d’honoraires sont pratiqués, elles tendent cependant à faire prévaloir, dans des hypothèses déterminées, les intérêts des patients sur ceux des médecins.

[20] À savoir la partie du remboursement de la prestation qui reste à charge du patient une fois que les organismes assureurs ont remboursé leur part.

[21] Article 50, § 6, alinéas 1er et 2, de la loi coordonnée.

[22] Article 152, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

[23] Par exemple les prestations fournies lors d’un service de garde organisé (article 35, § 1er, de la loi coordonnée), pour les patients admis en chambre double ou en chambre commune (article 152, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008) ou encore lorsque sont dispensés des soins ambulatoires pour les patients qui bénéficient de l’intervention majorée, les “BIM” (article 53, § 5, de la loi coordonnée).

B.11. Het verzoenen van dergelijke belangen valt onder de beoordelingsbevoegdheid van de wetgever. Het Hof zou de keuzes van de wetgever slechts kunnen afkeuren als ze blijk geven van een onverantwoord verschil in behandeling of van onevenredigheid tussen de aangewende middelen en het beoogde doel."

Volgens het Hof komt het gelijkheidsbeginsel niet in het gedrang in zoverre "de beslissing om al dan niet tot de akkoorden toe te treden aan de beoordeling van de geneesheren wordt overgelaten en zodra elkeen vrij het belang kan bepalen dat hij erbij heeft dat te doen" (B.14).

Het Hof oordeelt ook dat de maatregel verenigbaar is met artikel 23 van de Grondwet, gelet op het feit dat enerzijds "de bestreden bepalingen die ertoe strekken aan alle patiënten een gelijke toegang tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen te verzekeren, tot gevolg [hebben] de waarborg vervat in artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet te vergroten en niet te verminderen" (B.24.2) en dat anderzijds die maatregelen "het recht op arbeid noch het recht op een billijke vergoeding van de beoogde geneesheren" in het gedrang brengen (vanuit het oogpunt van artikel 23, derde lid, 1°, van de Grondwet).[24]

Wat betreft de schending van de Europeesrechtelijke regels inzake vrije dienstverrichting en vrijheid van vestiging (artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie), en teruggrijpend naar de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie ter zake,[25] heeft het Grondwettelijk Hof geoordeeld dat "de wet (…) dus ertoe [strekt] de gezondheid van de personen te beschermen, doel dat is opgenomen in artikel 36 van het VWEU en dat, zoals eraan is herinnerd in B.28.4, een dwingende reden van algemeen belang kan vormen die een beperking van de vrije dienstverrichting kan verantwoorden", en dat "[u]it het onderzoek van de middelen die zijn afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet blijkt dat de bestreden bepalingen het bereiken van dat doel kunnen waarborgen, waarbij, zoals eraan is herinnerd in B.8, dat doel in evenwicht blijft met de zorg om een billijke vergoeding te verzekeren aan de zorgverstrekkers door de handhaving van de vrijheid van honoraria te waarborgen, en dat die bepalingen niet verder gaan dan hetgeen noodzakelijk is om dat doel te bereiken."

In arrest nr. 44/2024 van 11 april 2024, waarin het Grondwettelijk Hof zich moest buigen over een maatregel

B.11. La conciliation de pareils intérêts relève du pouvoir d'appréciation du législateur. La Cour ne pourrait censurer les choix du législateur que s'ils révélaient une différence de traitement injustifiée ou une disproportion entre les moyens utilisés et les objectifs visés".

Selon la Cour, le principe d'égalité n'est pas mis à mal dans la mesure où "la décision d'adhérer ou non aux accords est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire" (B.14).

La Cour a également jugé la mesure compatible avec l'article 23 de la Constitution, compte tenu, d'une part, de ce que "les mesures attaquées qui visent à assurer à tous les patients un accès égal aux soins hospitaliers ont pour effet d'accroître la garantie consacrée à l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution et non de la diminuer" (B.24.2) et, d'autre part, de ce que ces mesures ne remettaient en cause "ni le droit du travail, ni le droit à une rémunération équitable des médecins visés" (du point de vue de l'article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution)[24].

S'agissant de la violation des règles du droit européen de la libre prestation des services et de la liberté d'établissement (articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne), rappelant la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne en la matière[25], la Cour constitutionnelle a estimé que "la loi vise donc à protéger la santé des personnes, objectif figurant à l'article 36 du TFUE, qui peut constituer, comme il a été rappelé en B.28.4, une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une restriction à la libre prestation de service" et qu'"il ressort de l'examen des moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution que les dispositions attaquées sont aptes à garantir la réalisation de cet objectif tout en maintenant, comme il a été rappelé en B.8, ce dernier en équilibre avec le souci d'assurer une rétribution équitable aux dispensateurs de soins en garantissant le maintien de la liberté d'honoraires et que ces dispositions ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif".

Dans un arrêt n° 44/2024 du 11 avril 2024, où la Cour constitutionnelle avait à examiner une mesure d'interdiction

[24] Het Hof heeft voorts benadrukt dat de verzoekende partijen niet het minste verband aantoonden tussen de kwaliteit van de zorgverstrekking en het bedrag van de honoraria die aan de patiënten worden aangerekend:
"Zij voeren geen gegevens aan waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorgverstrekking in België beter zou zijn in de ziekenhuizen - overigens in de minderheid - die aanvullende honoraria aanrekenen aan de patiënten die in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer zijn opgenomen" (B.24.3).

[25] Zie met name de voorwaarden die uit de hiernavolgende arresten blijken: HJEU (Grote Kamer) 28 april 2009, C-518/09, *Commissie van de Europese Gemeenschappen v. Italiaanse Republiek*, punt 62; HJEU (Grote Kamer) 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 53; HJEU 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 29; en HJEU 12 september 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, punt 47.

[24] La Cour a par ailleurs souligné que les parties requérantes étaient en défaut d'étayer une quelconque corrélation entre la qualité des soins et le montant des honoraires tarifiés aux patients:
"elles n'avancent aucune donnée permettant de conclure que la qualité des soins en Belgique serait mieux assurée par les hôpitaux, au demeurant minoritaires, qui réclament des montants d'honoraires supplémentaires aux patients admis en chambre double ou en chambre commune" (B.24.3).

[25] Voir notamment les conditions qui se dégagent des arrêts suivants: C.J.C.E. (Gde Ch.), 28 avril 2009, C518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, § 62; C.J.U.E. (Gde Ch.), 1er juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, § 53; C.J.C.E., 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, § 29; et C.J.U.E., 12 septembre 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, § 47.

inzake verbod op ereloonsupplementen voor geneeskundige verzorging van patiënten die in aanmerking kwamen voor een verhoogde tegemoetkoming ("RVT"), heeft het Hof het volgende geoordeeld over de verenigbaarheid van een dergelijk verbod met de vrijheid van ondernemen:

"B.7.1. De bestreden bepalingen beogen een evenwicht tot stand te brengen tussen de billijkheid en gelijkheid in de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging, de kwaliteit van de aangeboden ambulante zorg en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg door een efficiënte allocatie van de middelen.

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt verzekerd door een vermindering van de kosten voor die personen die financiële moeilijkheden ondervinden en rechthebbende zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

B.7.2. In zoverre zij de zorgverleners verbieden om aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, voor de ambulante zorg die zij verlenen, erelonen of prijzen aan te rekenen die hoger liggen dan de tarieven die als basis dienen voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering, beogen de bestreden bepalingen de belangen van de patiënten die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te beschermen. Zonder artikel 22 van de wet van 29 november 2022 kan de verhoogde tegemoetkoming, door de vrije tarifering door niet-geconventioneerde zorgverleners, immers ontoereikend worden en ongedaan worden gemaakt, waardoor de toegankelijkheid van de zorgverlening niet meer kan worden gewaarborgd.

B.8.1. Het is inherent aan de bestreden maatregel dat die enkel gevolgen heeft voor de niet-geconventioneerde zorgverleners, daar de geconventioneerde zorgverleners de tarieven van het tariefakkoord reeds naleven. Door het verbod op ereloonsupplementen wordt het door de wetgever nagestreefde doel, te weten de financiële toegankelijkheid en daadwerkelijke efficiëntie van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bereikt, zodat de bestreden maatregel pertinent is.

B.8.2. De wetgever vermocht ervan uit te gaan dat de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming niet over de middelen beschikken om supplementen te betalen bovenop het tarief dat als grondslag dient voor de verzekeringstegemoetkoming of bovenop de honoraria die uit de tariefakkoorden voortvloeien. De bestreden maatregel is dan ook noodzakelijk om de rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming te beschermen. Zoals opgemerkt in de memorie van toelichting zijn de reeds genomen initiatieven immers ontoereikend om te vermijden dat de gezinnen met lage inkomsten hun gezondheidszorg uitstellen om financiële redenen (*Parl. St.*, Kamer, 2021-2022, DOC 55 2882/001, p. 17). Bovendien is het mogelijk dat er, in bepaalde regio's, onvoldoende geconventioneerde zorgverleners in bepaalde domeinen zijn (*Parl. St.*, Kamer, 2022-2023, DOC 55 2882/002, p. 20), met als gevolg dat patiënten die rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming zijn, door hun huisarts worden doorverwezen naar een niet-geconventioneerde specialist (ibid.).

de suppléments d'honoraires pour les soins de santé aux patients bénéficiant de l'intervention majorée ("BIM"), elle a jugé ce qui suit sur la compatibilité d'une telle interdiction avec la liberté d'entreprendre:

"B.7.1. Les dispositions attaquées visent à ménager un équilibre entre équité et égalité pour ce qui est de l'accessibilité financière des soins de santé, de la qualité des soins ambulatoires offerts et de la viabilité des soins de santé en allouant efficacement les ressources.

L'accessibilité des soins de santé est garantie par une diminution des coûts pour les personnes en difficulté financière qui sont bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

B.7.2. En ce qu'elles interdisent aux dispensateurs de soins de facturer aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, pour les soins ambulatoires qu'ils dispensent, des honoraires ou tarifs supérieurs aux tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire, les dispositions attaquées tendent à protéger les intérêts des patients qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance. En effet, sans l'article 22 de la loi du 29 novembre 2022, l'intervention majorée risquerait, en raison de la tarification libre des dispensateurs de soins non conventionnés, de devenir insuffisante et d'être réduite à néant, de sorte que l'accessibilité des soins de santé ne pourrait plus être assurée.

B.8.1. Il est inhérent à la mesure attaquée que celleci n'ait de conséquences que pour les dispensateurs de soins non conventionnés, étant donné que les dispensateurs de soins conventionnés respectent déjà les tarifs de l'accord tarifaire. L'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires permet d'atteindre le but poursuivi par le législateur, à savoir l'accessibilité financière et l'efficacité réelle de l'intervention majorée de l'assurance, de sorte que la mesure attaquée est pertinente.

B.8.2. Le législateur a pu considérer que les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance ne disposent pas des moyens leur permettant de payer des suppléments par rapport au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance ou par rapport aux honoraires qui résultent des accords tarifaires. Aussi, la disposition attaquée est nécessaire pour protéger les bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance. En effet, ainsi qu'il a été relevé dans l'exposé des motifs, les initiatives qui ont déjà été prises sont insuffisantes pour éviter que les ménages à faibles revenus reportent leurs soins de santé pour des raisons financières (*Doc. parl.*, Chambre, 2021-2022, DOC 55 2882/001, p. 17). En outre, il est possible que, dans certaines régions, il n'y ait pas suffisamment de dispensateurs de soins conventionnés dans certains domaines (*Doc. parl.*, Chambre, 2022-2023, DOC 55 2882/002, p. 20), en conséquence de quoi des patients bénéficiaires de l'intervention majorée sont renvoyés par leur médecin généraliste vers un spécialiste qui n'est pas conventionné (ibid.).

B.8.3. Het verbod op ereloonsupplementen voor ambulante zorg leidt tot een identieke behandeling van geconventioneerde zorgverleners en niet-geconventioneerde zorgverleners, wat betreft de vergoedingen die zij ontvangen voor de patiënten die rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn, zonder dat de wetgever de niet-geconventioneerde zorgverleners de voordelen van de conventionering toekent. Evenwel staat het de niet-geconventioneerde zorgverleners nog steeds vrij ereloonsupplementen aan te rekenen aan hun patiënten die geen rechthebbende zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Het is weliswaar waarschijnlijk dat niet alle niet-geconventioneerde zorgverleners de financiële gevolgen van de bestreden maatregelen even makkelijk zullen kunnen opvangen, aangezien zij niet allemaal dezelfde kosten dienen te maken wat betreft hun voortdurende zorgopleidingen en hun noodzakelijke logistieke en materiële ondersteuning. Van de wetgever kan evenwel niet worden verwacht dat hij rekening houdt met de bijzonderheden van elke afzonderlijke categorie van zorgverleners; hij vermag de diversiteit ervan benaderend en vereenvoudigend te omschrijven. Voor het overige tonen de verzoekende partijen niet aan dat de bestreden maatregel een dusdanige uitwerking zou hebben dat bepaalde beroepsbeoefenaars gedwongen zouden zijn om hun activiteiten stop te zetten, het land te verlaten of tegen hun zin met het tariefakkoord in te stemmen. Bovendien, zelfs in de veronderstelling dat de bestreden maatregel het gebruik door bepaalde beroepsbeoefenaars van moderne behandelingen en apparaten duur zou kunnen maken, kan niet in redelijkheid worden voorgehouden dat de bestreden maatregel de therapeutische vrijheid van die beroepsbeoefenaars beperkt. Ten slotte laat de maatregel het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar intact.

B.8.4. Door het verbod op ereloonsupplementen van toepassing te verklaren op ambulante zorg aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (artikel 37, § 19, van de ZIV-Wet), heeft de wetgever derhalve een maatregel genomen die redelijk verantwoord is (…)”.[26]

5. In zoverre de ontworpen bepaling een beperking inhoudt van de tariefvrijheid van de zorgverleners, dient ze ook verantwoord te kunnen worden ten aanzien van artikel 23 van de Grondwet, van de vrijheid van ondernemen[27] en van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat is neergelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

In de memorie van toelichting van het voorontwerp wordt de maatregel op geen enkele manier verantwoord in het licht van die verschillende beginselen. De gemachtigde heeft daarover het volgende verklaard:

“Deze maatregel beoogt de excessen te beperken, daar waar enerzijds een hervorming van de nomenclatuur bij de artsen en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een algemene herijking gaan en anderzijds de hervorming

[26] Zie voorts in dezelfde zin GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025.
[27] Zie artikel II.3 van het Wetboek van economisch recht, alsook artikel 16 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

B.8.3. L’interdiction de facturer des suppléments d’honoraires pour les soins ambulatoires aboutit à traiter de la même manière les dispensateurs de soins conventionnés et les dispensateurs de soins non conventionnés en ce qui concerne les indemnités qu’ils perçoivent pour les patients bénéficiaires de l’intervention majorée de l’assurance, sans que le législateur octroie aux dispensateurs de soins non conventionnés les avantages du conventionnement. Les dispensateurs de soins non conventionnés restent toutefois libres de facturer des suppléments d’honoraires à leurs patients non bénéficiaires de l’intervention majorée de l’assurance.

Il est certes probable que tous les dispensateurs de soins non conventionnés ne seront pas en mesure de compenser aussi aisément les effets financiers des mesures attaquées, étant donné qu’ils ne supportent pas tous les mêmes coûts en ce qui concerne leurs formations permanentes et les outils logistiques et matériels qui leur sont nécessaires. Cependant, il ne peut être attendu du législateur qu’il tienne compte des particularités de chaque catégorie distincte de dispensateurs de soins; il peut appréhender leur diversité de manière approximative et simplificatrice. Pour le surplus, les parties requérantes ne démontrent pas que la mesure attaquée aurait un effet tel que certains praticiens seraient contraints de mettre fin à leurs activités, de quitter le pays ou d’adhérer contre leur gré à l’accord tarifaire. En outre, même à supposer que la mesure attaquée puisse avoir pour effet de rendre onéreuse l’utilisation, par certains praticiens, de traitements et appareils modernes, l’on ne saurait raisonnablement prétendre que la mesure attaquée limite la liberté thérapeutique de ces praticiens. Enfin, la mesure ne porte pas atteinte au droit au libre choix du praticien.

B.8.4. En rendant l’interdiction de suppléments d’honoraires applicable à la dispensation de soins ambulatoires aux bénéficiaires de l’intervention majorée de l’assurance (article 37, § 19, de la loi du 14 juillet 1994), le législateur a dès lors pris une mesure qui est raisonnablement justifiée […]”[26].

5. En tant qu’elle restreint la liberté tarifaire des dispensateurs de soins, la disposition en projet doit également pouvoir se justifier au regard de l’article 23 de la Constitution, de la liberté d’entreprendre[27] et du principe d’égalité et de nondiscrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution.

L’exposé des motifs de l’avant-projet ne contient aucune justification de la mesure au regard de ces différents principes. À ce propos, le délégué a indiqué:

“Deze maatregel beoogt de excessen te beperken, daar waar enerzijds een hervorming van de nomenclatuur bij de artsen en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een algemene herijking gaan en anderzijds de hervorming

[26] Voir encore dans le même sens C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025.
[27] Voir l’article II.3 du Code de droit économique, ainsi que l’article 16 de la Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne.

van het akkoordensysteem algemene maatregelen voorzien i.h.k.v. de richttarieven om zo tot een specifieke herijking te gaan met het oog op het herevalueren van verouderde tarieven.

Daarenboven zullen de percentages vastgesteld worden in overleg met de desbetreffende sectoren en rekening houdend met de eigenheid van de sector en de types verstrekkingen die daaronder vallen. Gelet op het bovenstaande zal voor het overgrote deel van de zorgverleners de maatregel aan zich geen negatieve impact hebben, gezien zij ofwel geen supplementen aanrekenen ofwel supplementen aanrekenen die onder de percentages vallen. De outliers die excessieve supplementen aanrekenen zullen daarentegen wel geviseerd worden, wat gerechtvaardigd kan worden door artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de huidige budgettaire context.

Deze maatregel kadert o.i. dus in artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de absolute wil om een financieel toegankelijke gezondheidszorg in België te blijven garanderen voor rechthebbenden. In de uitdagende budgettaire context waar toch aanzienlijk budget voorzien wordt voor de verstrekkingen verleend door zorgverleners en een bijkomende inspanning gedaan wordt met het oog op het herijken van een groot tal verstrekkingen, kan verwacht worden dat op deze zorgverleners door de financiering vanuit staat ook op hun een taak van algemeen belang rust om geen excessieve bedragen aan te rekenen (zoals voor een deel van de zorgverleners deontologisch al bepaald is), des te meer wanneer het niet uitgesloten is dat de rechthebbende zelf bijkomend geresponsabiliseerd zal worden. Het excessief karakter wordt daarenboven beter afgeleid door de lopende hervormingen".

6. De steller van het voorontwerp zou de memorie van toelichting moeten aanvullen met de gegevens die hij nuttig acht om de maatregel in het licht van de grondwettelijke en Europese normen te verantwoorden, tevens rekening houdend met de hiernavolgende opmerkingen.

7. Inhoudelijk kan de afdeling Wetgeving zich in het kader van de analyse van dit voorontwerp niet uitspreken over de vraag of de inmengingen die voortvloeien uit de verschillende plafonneringen die worden opgelegd, proportioneel zijn. Ze onderzoekt dan ook enkel het principe van een veralgemeende beperking van de ereloonsupplementen, in het licht van de voormelde grondwettelijke en Europese normen.

8. Wat betreft artikel 23 van de Grondwet, wil de maatregel het recht op "bescherming van de gezondheid" en op "geneeskundige bijstand" in de zin van het derde lid, 2°, waarborgen. De Koning zal inderdaad geen andere keuze hebben dan in het verlengde van wat de wetgever beoogt, plafonds te bepalen die deze rechten waarborgen.

Wat betreft het "recht op arbeid en op de vrije keuze van beroepsarbeid" en het "recht op billijke arbeidsvoorwaarden en een billijke beloning" (artikel 23, derde lid, 1°, van de Grondwet), vormt de voorliggende maatregel ten opzichte van de sectorale verbodsbepalingen die door het Grondwettelijk Hof zijn onderzocht, een grotere beperking van de tariefvrijheid van de niet-geconventioneerde artsen. De wetgever wil het plafond in principe namelijk op alle geneeskundige verstrekkingen

van het akkoordensysteem algemene maatregelen voorzien i.h.k.v. de richttarieven om zo tot een specifieke herijking te gaan met het oog op het herevalueren van verouderde tarieven.

Daarenboven zullen de percentages vastgesteld worden in overleg met de desbetreffende sectoren en rekening houdend met de eigenheid van de sector en de types verstrekkingen die daaronder vallen. Gelet op het bovenstaande zal voor het overgrote deel van de zorgverleners de maatregel aan zich geen negatieve impact hebben, gezien zij ofwel geen supplementen aanrekenen ofwel supplementen aanrekenen die onder de percentages vallen. De outliers die excessieve supplementen aanrekenen zullen daarentegen wel geviseerd worden, wat gerechtvaardigd kan worden door artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de huidige budgettaire context.

Deze maatregel kadert o.i. dus in artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de absolute wil om een financieel toegankelijke gezondheidszorg in België te blijven garanderen voor rechthebbenden. In de uitdagende budgettaire context waar toch aanzienlijk budget voorzien wordt voor de verstrekkingen verleend door zorgverleners en een bijkomende inspanning gedaan wordt met het oog op het herijken van een groot tal verstrekkingen, kan verwacht worden dat op deze zorgverleners door de financiering vanuit staat ook op hun een taak van algemeen belang rust om geen excessieve bedragen aan te rekenen (zoals voor een deel van de zorgverleners deontologisch al bepaald is), des te meer wanneer het niet uitgesloten is dat de rechthebbende zelf bijkomend geresponsabiliseerd zal worden. Het excessief karakter wordt daarenboven beter afgeleid door de lopende hervormingen".

6. L'exposé des motifs de l'avant-projet sera utilement complété par les éléments qui, selon son auteur, justifient la mesure au regard des normes constitutionnelles et européennes précitées, compte tenu également des observations qui suivent.

7. Quant au fond, la section de législation ne peut, dans le cadre de l'analyse du présent avant-projet, se prononcer sur la proportionnalité des ingérences résultant des différents plafonnements qui seront imposés. Elle se limitera dès lors à examiner le principe d'une limitation généralisée des suppléments d'honoraires à l'aune des normes constitutionnelles et européennes précitées.

8. S'agissant de l'article 23 de la Constitution, la mesure tend à garantir le droit "à la protection de la santé" et à "l'aide médicale" au sens de son alinéa 3, 2°. Le Roi n'aura effectivement d'autre choix que de prolonger l'intention du législateur sous la forme de plafonnements qui garantissent ces droits.

S'agissant du "droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle" et du "droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables" (article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution), la mesure à l'examen constitue une restriction plus conséquente dans la liberté tarifaire des médecins non conventionnés que les interdictions sectorielles qui ont été examinées par la Cour constitutionnelle. Le législateur entend effectivement appliquer le plafonnement, en principe,

toepassen (volgens regels die zouden kunnen verschillen naargelang van de sector en het soort verstrekkingen).

In principe lijkt de voorliggende bepaling die rechten niet te schaden, aangezien ze geen afbreuk doet aan de vrijheid van keuze tussen conventionering en niet-conventionering. Uit het dossier en uit de communicatie met de gemachtigde blijkt duidelijk dat de machtiging die aan de Koning wordt verleend, alleen bedoeld is om uitwassen en excessen te bestrijden. Nietgeconventioneerde zorgverleners zullen vrij blijven om hogere bijkomende tarieven toe te passen dan geconventioneerde zorgverleners. Het recht op een "billijke vergoeding" kan door de toepassing van het voorliggende dispositief dus niet worden geschonden. Het staat evenwel aan de Koning rekening te houden met de specifieke realiteit van elk van de geneeskundige verstrekkingen en met de aard van de verstrekkingen, wat in de memorie van toelichting wordt bevestigd.

9. Wat betreft de beperking die deze bepaling met zich meebrengt voor de vrijheid van ondernemen van de zorgverleners die met name voortvloeit uit artikel II.3 van het Wetboek van economisch recht en uit artikel 16 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, blijkt uit de voornoemde rechtspraak van het Grondwettelijk Hof dat de vrijheid van ondernemen niet absoluut is en dat er op het gebied van de gezondheidszorg beperkingen aan kunnen worden opgelegd wanneer een legitiem doel dit rechtvaardigt en de beperking proportioneel is. Het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor patiënten op basis van empirische gegevens waaruit het nut van de betreffende maatregel blijkt, vormt volgens het Grondwettelijk Hof een legitiem doel.[28] De wetgever hoort het evenwicht tussen de belangen van de patiënten en die van de zorgverleners vast te stellen. Hij kan op grond daarvan beslissen dat de belangen van eerstgenoemden voorrang krijgen op de belangen van laatstgenoemden, voor zover hij het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie in acht neemt. Het staat aan de Koning erop toe te zien dat de door het Grondwettelijk Hof naar voren gebrachte criteria in acht genomen worden bij het vastleggen van die plafonds, en met name dat "de druk die de maatregelen op de keuzevrijheid van de geneesheren uitoefenen, dermate dat hun belang bij het weigeren van de toetreding aanzienlijk vermindert, (…) redelijk verantwoord [is]".[29]

10. Wat betreft de inperking van het vrij verrichten van diensten en van de vrijheid van vestiging (artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie en artikel 15, lid 2, van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie), is het vaste rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie dat nationale maatregelen die de uitoefening van de in het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden kunnen belemmeren of minder aantrekkelijk kunnen maken, enkel toelaatbaar zijn op voorwaarde dat ze een doel van algemeen belang nastreven, dat ze geschikt zijn om de verwezenlijking van het beoogde doel te waarborgen en dat ze

[28] De meegedeelde cijfers tonen het misbruik aan dat bepaalde zorgverleners van hun tariefvrijheid maken door in bepaalde gevallen hun erelonen vast te stellen op 300 % van het basistarief.

[29] GwH 17 juli 2014, nr. 107/2014, 23. Zie ook GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025, B.37 tot B.38.2.

à l'ensemble des prestations de santé (selon des modalités qui pourraient différer en fonction des secteurs et des types de prestations).

Dans son principe, la disposition à l'examen ne paraît pas mettre à mal ces droits, ne portant pas atteinte à la liberté du choix entre conventionnement et nonconventionnement. Il ressort clairement du dossier et des échanges avec le délégué que l'habilitation confiée au Roi vise uniquement à lutter contre les dérives et les excès. Le dispensateur non conventionné restera libre de pratiquer des tarifs supplémentaires plus élevés que pour les dispensateurs conventionnés. Le droit à une "rémunération équitable" ne pourrait donc être méconnu en application du dispositif en projet. Il appartiendra toutefois au Roi de tenir compte des réalités propres à chacune des prestations de soins de santé et de la nature des prestations, ce que l'exposé des motifs confirme.

9. Concernant la restriction qu'apporte cette disposition à la liberté d'entreprise des dispensateurs, laquelle découle notamment de l'article II.3 du Code de droit économique ainsi que de l'article 16 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, il ressort de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle précitée que la liberté d'entreprendre n'est pas absolue et que, dans le domaine des soins de santé, des limitations peuvent y être apportées lorsqu'un objectif légitime le justifie et que la restriction n'est pas disproportionnée. L'accessibilité des soins de santé pour les patients, lorsqu'elle repose sur des données empiriques qui attestent de l'utilité de la mesure[28], constitue un objectif légitime selon la Cour constitutionnelle. C'est au législateur qu'il appartient de déterminer l'équilibre entre les intérêts des patients et ceux des dispensateurs. Il peut à ce titre décider de faire prévaloir les intérêts des premiers sur les intérêts des seconds, pour autant qu'il respecte le principe d'égalité et de nondiscrimination. Il appartiendra au Roi de veiller à ce que, dans la fixation de ces plafonds, les critères dégagés par la Cour constitutionnelle soient respectés et notamment que "la pression que font peser les mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée"[29].

10. S'agissant de la restriction apportée à la libre prestation des services et de la liberté d'établissement (articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et article 15, paragraphe 2, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne), la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne est établie en ce sens que des mesures nationales susceptibles de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice des libertés fondamentales garanties par le traité ne peuvent être admises qu'à la condition qu'elles poursuivent un objectif d'intérêt général, qu'elles soient propres à garantir la réalisation de celuici et qu'elles

[28] Les chiffres communiqués démontrent l'abus que font certains dispensateurs de soins de leur liberté tarifaire en fixant, dans certains cas, leurs honoraires à 300 % du tarif de base.

[29] C.C., 17 juillet 2014, n° 107/2014, p. 23. Voir également C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025, B.37 à B.38.2.

niet verder gaan dan noodzakelijk is om dat doel te bereiken. *In casu* past de maatregel in het kader van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zoals het Hof van Justitie van de Europese Unie echter reeds heeft geoordeeld, nemen "(…) de gezondheid en het leven van personen de eerste plaats (…) [in] onder de goederen en belangen die door het Verdrag worden beschermd", zodat "het de taak van de lidstaten is om te beslissen op welk niveau zij de bescherming van de volksgezondheid wensen te verzekeren, en hoe dit dient te gebeuren. Aangezien dit niveau per lidstaat kan verschillen, beschikken de lidstaten over een beoordelingsmarge."[30] De voorliggende maatregel lijkt volledig binnen die doelstelling te passen.[31]

11. Tevens moet de inachtneming worden gegarandeerd van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie enerzijds tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverleners, en anderzijds tussen de categorieën van niet-geconventioneerde zorgverleners van wie de ereloonsupplementen op een verschillende manier zouden kunnen worden ingeperkt. Dat beginsel sluit niet uit dat er een verschil in behandeling tussen die categorieën van personen wordt ingevoerd, voor zover het verschil op een objectief criterium berust en redelijk verantwoord is. Dat beginsel verhindert overigens dat categorieën van personen die zich ten aanzien van de betreffende maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, zonder redelijke verantwoording identiek worden behandeld. Wat dat laatste punt betreft, is het een goede zaak dat de Koning de mogelijkheid wordt gelaten om de plafonds aan te passen "naar gelang de geneeskundige verstrekking of de groep(en) van geneeskundige verstrekkingen", aangezien in sommige activiteitensectoren meer overmatige ereloonsupplementen lijken te worden aangerekend dan in andere.[32]

12. Er kan nog worden opgemerkt dat het voorontwerp in het verlengde ligt van deontologische eisen die nu reeds gelden voor de meeste zorgverleners, onder meer de artsen, wier deontologische code verbiedt erelonen te vorderen die

[30] HvJ (Grote Kamer) 1 juni 2010, C-570/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 44; HvJ 12 september 2013, C475/11, *Kostas Konstantinides*, punt 51 (waar het Hof in het kader van een prejudiciële vraag Duitse deontologische regels moest onderzoeken waarbij onder meer erelonen werden opgelegd die "passend" waren ten opzichte van de officiële tarieven).

[31] Zie eveneens GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025, B.33 tot B.36.5.

[32] Zie onder meer het advies van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg "Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024", p. 52, dat wijst op te hoge persoonlijke bijdragen in de klassieke ziekenhuiszorg als gevolg van aangerekende supplementen, alsook in de ambulante zorg (beschikbaar op *https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376A_HSPA2024__Rapport.pdf*).

n'aillent pas audelà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi. En l'espèce, la mesure s'inscrit dans le cadre de l'accessibilité aux soins de santé. Or, comme l'a déjà jugé la Cour de justice de l'Union européenne: "[…] la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi les biens et les intérêts protégés par le traité", de sorte "qu'il appartient aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique ainsi que de la manière dont ce niveau doit être atteint. Celuici pouvant varier d'un État membre à l'autre, il convient de reconnaître aux États membres une marge d'appréciation"[30]. La mesure à l'examen semble pleinement s'inscrire dans cet objectif[31].

11. Il conviendra également d'assurer le respect du principe d'égalité et de nondiscrimination, d'une part, entre les dispensateurs conventionnés et nonconventionnés et, d'autre part, entre les catégories de dispensateurs non conventionnés dont les suppléments d'honoraires pourraient être limités de manière différente. Ce principe n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre ces catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes. Sur ce dernier point, il est bienvenu de laisser au Roi la possibilité de moduler le plafonnement "en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations de santé fournies", dès lors que certains secteurs d'activité paraissent plus propices à la surfacturation d'honoraires supplémentaires que d'autres[32].

12. Il peut encore être relevé que l'avant-projet s'inscrit dans le prolongement d'exigences déontologiques incombant déjà à la plupart des dispensateurs de soins, notamment aux médecins, dont le Code de déontologie interdit de réclamer des

[30] C.J.U.E. (Gde Ch.), 1er juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, § 44; C.J.U.E., 12 septembre 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, § 51 (où la Cour avait à examiner, dans le cadre d'une question préjudicielle, des règles déontologiques allemandes imposant notamment des "honoraires appropriés" au regard des tarifs officiels).

[31] Voir également C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025, B.33 à B.36.5.

[32] Voir notamment l'avis du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé "Performance du système de santé belge: rapport 2024", p. 52, qui atteste de contributions personnelles trop élevées dans les soins hospitaliers classiques en raison de suppléments facturés et dans les soins ambulatoires (disponible via *https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376B_HSPA2024__Rapport.pdf*).

"manifest te hoog" liggen.[33] Hetzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor verpleegkundigen[34] of psychologen.[35] In dat opzicht voorziet het voorontwerp slechts in de wettelijke verankering van een reeds bestaande deontologische verplichting die gebaseerd is op het idee dat een zorgverlener geen handelaar is zoals alle anderen.[36]

13. Het verlenen van een delegatie aan de Koning is in principe weliswaar niet verboden (en is ten aanzien van het gelijkheidsbeginsel zelfs aanbevolen), maar er wordt aan herinnerd dat de voorliggende maatregel niettemin past in het kader van de rechten die verankerd zijn in artikel 23, derde lid, 1° en 2°, van de Grondwet. Het legaliteitsbeginsel dat voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet verplicht de wetgever niet om

honoraires "manifestement trop élevés"[33]. Il en va également ainsi, par exemple, des infirmiers[34] ou des psychologues[35]. Dans cette mesure, l'avant-projet ne fait que consacrer dans la loi un mécanisme qui s'inscrit dans le prolongement d'une obligation déontologique préexistante, laquelle repose sur l'idée que le dispensateur de soins n'est pas un commerçant comme les autres[36].

13. Si le principe d'une délégation au Roi n'est pas interdit (voire se recommande au regard du principe d'égalité), il est rappelé que la mesure à l'examen s'inscrit néanmoins dans le cadre des droits consacrés par l'article 23, alinéa 3, 1° et 2°, de la Constitution. Si le principe de légalité issu de l'article 23 de la Constitution n'impose pas au législateur de fixer l'ensemble des éléments essentiels de la mesure envisagée, il est tenu

---

33 Artikel 33 van de deontologische code luidt als volgt: "De arts bepaalt zijn ereloon correct en op basis van de werkelijk geleverde prestaties". In de commentaar op dit artikel wordt het volgende gesteld: "De arts bepaalt zijn ereloon te goeder trouw. Hij moet eerlijk en gematigd zijn. Het vorderen van erelonen die manifest te hoog liggen, kan enerzijds aanleiding geven tot tuchtmaatregelen, anderzijds tot matiging van het ereloon door de rechtbanken" (gecommentarieerde code van medische deontologie, gepubliceerd op de website van de Orde der artsen, beschikbaar via *https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-geactualiseerde-versie-december-2024.PDF*).
Artikel 34 van die code bepaalt tevens het volgende: "De arts stelt de belangen van de patiënt en van de maatschappij boven zijn eigen financiële belangen." In de commentaar wordt onderstreept "(…) dat er onverenigbaarheid blijft bestaan tussen de handelsgeest en de medische geest: in een commerciële context is het normaal de productie te verhogen, reclame te maken, procenten of commissielonen op te strijken, zijn verkooppunten te vermenigvuldigen, in één woord, zijn eigen materieel belang na te streven. In de geneeskunde moet de patiënt de zekerheid hebben dat de uitgevoerde onderzoeken en voorgeschreven behandelingen beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor zijn verzorging en *in fine* zijn genezing. (…). Elk akkoord of elke overeenkomst van een arts waarin zijn persoonlijke (financiële) belangen boven de belangen van zijn patiënt worden geplaatst, is laakbaar. Ook dichotomie in eender welke vorm en met eender wie wordt nog steeds streng veroordeeld." Zie ook Cass. 28 april 1987 (AR 9776), *Arr.Cass*. 1986, 1142. De voorliggende maatregel heeft dus te maken met het wezen zelf van de beroepsdeontologie.

34 Artikelen 18 en 19 van de deontologische code voor de Belgische verpleegkundigen (beschikbaar op *https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/deontologische_code_voor_de_belgische_verpleegkundigen_0.pdf*).

35 Artikelen 37 en 38 van de deontologische code voor psychologen (beschikbaar op *https://www.compsy.be/nl_BE/le-code-de-deontologie*).

36 In de zin van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wordt een medische activiteit overigens expliciet beschouwd als "niet-commercieel", hetgeen de bestrijding van misbruik op dat vlak kan rechtvaardigen. Zie met name EHRM 29 januari 2008, *Villnow v. België*, nr. 16938/05, waarbij het Hof zich moest uitspreken over de vraag of het verbod op het werven van klanten verenigbaar is met de vrijheid van meningsuiting. Het Hof wijst op het volgende: "[l]'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale qui, elle, obéit à des règles qui lui sont propres. La mission du médecin est d'une autre nature: il participe à la préservation de la santé publique et il assume des devoirs spécifiques envers la collectivité (…). La médecine n'est pas un bien marchand échangé pour une contrepartie financière."

33 L'article 33 du Code de déontologie prévoit que le médecin détermine ses honoraires correctement et conformément aux prestations réellement fournies. Le commentaire de cet article précise que "Le médecin fixe ses honoraires en bonne foi. Il fait preuve d'honnêteté et de modération. Réclamer des honoraires manifestement trop élevés peut entraîner d'une part des mesures disciplinaires et d'autre part la modération des honoraires par les tribunaux" (Code de déontologie médicale commenté, publié sur le site de l'Ordre des médecins, disponible via *https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-version-actualisee-decembre-2024.pdf*).
L'article 34 de ce Code prévoit également que "Le médecin place les intérêts du patient et de la collectivité audessus de ses propres intérêts financiers". Dans le commentaire, il est souligné ce qui suit: "(…) il existe une incompatibilité entre l'esprit commercial et l'esprit médical: dans un contexte commercial, il est normal d'augmenter la production, de faire de la publicité, de recevoir des participations ou des commissions, de multiplier les points de vente. En un mot, de poursuivre des intérêts purement matériels. En médecine, le patient doit pouvoir être assuré que les examens pratiqués et les traitements prescrits se limiteront à ce qui est nécessaire à ses soins et *in fine* à sa guérison (…). Tout accord ou convention d'un médecin plaçant son intérêt (financier) personnel au-dessus de celui de son patient est répréhensible. Aussi, la dichotomie, sous quelque forme que ce soit, et avec qui que ce soit, est toujours sévèrement condamnée". Voir aussi: Cass., 28 avril 1987 (RG 9776), *Pas*., 1987, p. 1007. La mesure à l'examen s'inscrit donc dans l'essence même de l'exercice déontologique de la profession.

34 Articles 18 et 19 du Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges (disponible via: *https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf*).

35 Articles 37 et 38 du Code de déontologie des psychologues (disponible via: *https://www.compsy.be/le-code-de-deontologie*).

36 Au sens de la Cour européenne des droits de l'Homme, l'activité médicale est d'ailleurs explicitement qualifiée de "non commerciale", ce qui est de nature à justifier de lutter contre les abus dans ce domaine. Voir not. Cour E.D.H., 29 janvier 2008, *Villnow c. Belgique*, n° 16938/05 où la Cour était invitée à se prononcer sur la compatibilité de l'interdiction du rabattage de clientèle avec la liberté d'expression. Elle rappelle que "[l]'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale qui, elle, obéit à des règles qui lui sont propres. La mission du médecin est d'une autre nature: il participe à la préservation de la santé publique et il assume des devoirs spécifiques envers la collectivité […]. La médecine n'est pas un bien marchand échangé pour une contrepartie financière".

alle essentiële elementen van de beoogde maatregel vast te leggen, maar de wetgever moet bepaalde beginselen in acht nemen die de verdeling van de bevoegdheden over de uitvoerende macht en de wetgevende macht regelen.[37]

In advies 76.271/16 van 27 mei 2024 over een ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 2 juni 2024 'tot wijziging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers' heeft de afdeling Wetgeving op het volgende gewezen:

"5.2. Zowel uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof als uit de adviespraktijk van de afdeling Wetgeving van de Raad van State blijkt dat artikel 23 van de Grondwet moet worden beschouwd als één van de bepalingen van de Grondwet die sommige aangelegenheden voorbehouden aan een wetgever.

Uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 23 van de Grondwet machtigingen niet verbiedt voor zover de machtigingen betrekking hebben op "maatregelen",[38] op "de tenuitvoerlegging van maatregelen",[39] op "het aannemen van maatregelen"[40] of op "bevoegdheden"[41] waarvan het onderwerp door de bevoegde wetgever is aangegeven en dat artikel 23 van de Grondwet zich "geenszins ertegen verzet dat de wetgever aan de Koning de bevoegdheid opdraagt een bepaalde aangelegenheid, waarvan hij het onderwerp aanduidt, nader te regelen".[42]

Hoewel uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 23 van de Grondwet de bevoegde "wetgever niet [verplicht] om alle essentiële elementen van het recht"[43] te regelen, blijkt uit de adviespraktijk van de Raad van State dat hij van oordeel is dat de verplichting om het onderwerp te bepalen van de maatregelen waarop de delegatie betrekking heeft in een aangelegenheid die bij artikel 23 van de Grondwet aan de wetgever is voorbehouden, impliceert dat de wetgever de delegaties die hij aan de uitvoerende macht verleent, hoort af te bakenen door zelf de volgende elementen in voldoende

de respecter certains principes qui régissent la répartition des attributions entre pouvoir exécutif et pouvoir législatif[37].

Comme l'a rappelé la section de législation dans un avis 76.271/16 donné le 27 mai 2024 sur un projet devenu l'arrêté royal du 2 juin 2024 'modifiant l'article 1er de l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs':

"5.2. Il ressort tant de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que des avis de la section de législation du Conseil d'État que l'article 23 de la Constitution doit être considéré comme une des dispositions de la Constitution qui réservent certaines matières à un législateur.

Il résulte de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que l'article 23 de la Constitution n'interdit pas les habilitations pour autant que cellesci portent sur des 'mesures'[38], sur 'l'exécution de mesures'[39], sur 'l'adoption de mesures'[40] ou sur des 'compétences'[41] dont l'objet a été déterminé par le législateur compétent et que l'article 23 de la Constitution 'ne s'oppose nullement à ce que le législateur confie au Roi le pouvoir de préciser une matière déterminée, dont il désigne l'objet'[42].

Bien qu'il apparaisse de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que l'article 23 de la Constitution 'n'impose pas au législateur de régler tous les éléments essentiels du droit'[43], il résulte de la légisprudence du Conseil d'État que ce dernier estime que l'obligation de déterminer l'objet des mesures sur lesquelles la délégation porte dans une matière réservée au législateur par l'article 23 de la Constitution implique qu'il appartient à celuici d'encadrer les délégations qu'il accorde au pouvoir exécutif en réglant lui-même à suffisance les éléments suivants: la portée, les conditions d'octroi et le champ

37 Zie voor een volledige analyse van de evolutie van de wetgeving ter zake Hachez I. en Triaille L., "Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels: la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins", in Detroux, L. e.a. (eds.), *La légalité: un principe de la démocratie belge en péril*, Larcier, 2019 (179).

38 *Voetnoot 6 van het geciteerde advies*: GwH 5 maart 2015, nr. 24/2015, B.39 en GwH 30 april 2015, nr. 47/2015, B.7.

39 *Voetnoot 7 van het geciteerde advies*: GwH 10 juli 2008, nr. 101/2008, B.39; GwH 18 december 2008, nr. 182/2008, B.6.3; GwH 31 juli 2013, nr. 110/2013, B.4; GwH 3 april 2014, nr. 62/2014, B.3.2. Zie ook GwH 5 mei 2009, nr. 73/2009, B.6.4.

40 *Voetnoot 8 van het geciteerde advies*: GwH 28 juni 2012, nr. 84/2012, B.5.2; GwH 17 maart 2016, nr. 42/2016, B.8.1.

41 *Voetnoot 9 van het geciteerde advies*: GwH 6 oktober 2016, nr. 125/2016, B.16.1.

42 *Voetnoot 10 van het geciteerde advies*: GwH 12 juli 2012, nr. 88/2012, B.13.3.

43 *Voetnoot 11 van het geciteerde advies*: GwH 15 juni 2017, nr. 71/2017, B.9; GwH 21 juni 2018, nr. 77/2018, B.5.4; GwH 27 juni 2019, nr. 105/2019, B.6; GwH 24 oktober 2019, nr. 148/2019, B.31; GwH 14 mei 2020, nr. 67/2020, B.9.1.

37 Pour une analyse exhaustive de l'évolution de la jurisprudence en la matière, voir I. Hachez et L. Triaille, "Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels: la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins", in *La légalité: un principe de la démocratie belge en péril* (Detroux L. *et al.,* dir.), 1ère ed., Bruxelles, Larcier, 2019, pp. 179 et s.

38 *Note de bas de page 6 de l'avis cité*. C.C., 5 mars 2015, n° 24/2015, B.39 et C.C., 30 avril 2015, n° 47/2015, B.7.

39 *Note de bas de page 7 de l'avis cité*. C.C., 10 juillet 2008, n° 101/2008, B.39; C.C., 18 décembre 2008, n° 182/2008, B.6.3; C.C., 31 juillet 2013, n° 110/2013, B.4; C.C., 3 avril 2014, n° 62/2014, B.3.2. Voir également C.C., 5 mai 2009, n° 73/2009, B.6.4.

40 *Note de bas de page 8 de l'avis cité.* C.C., 28 juin 2012, n° 84/2012, B.5.2; C.C., 17 mars 2016, n° 42/2016, B.8.1.

41 *Note de bas de page 9 de l'avis cité*. C.C., 6 octobre 2016, n° 125/2016, B.16.1.

42 *Note de bas de page 10 de l'avis cité*. C.C., 12 juillet 2012, n° 88/2012, B.13.3.

43 *Note de bas de page 11 de l'avis cité.* C.C., 15 juin 2017, n° 71/2017, B.9; C.C., 21 juin 2018, n° 77/2018, B.5.4; C.C., 27 juin 2019, n° 105/2019, B.6; C.C., 24 octobre 2019, n° 148/2019, B.31; C.C., 14 mai 2020, n° 67/2020, B.9.1.

mate te regelen: de reikwijdte, de toekenningsvoorwaarden en de werkingssfeer *ratione personae* van de rechten bedoeld in artikel 23 van de Grondwet.[44]"

Zoals het dispositief momenteel luidt, is de delegatie aan de Koning te ruim geformuleerd en te weinig afgebakend.

Het dispositief moet worden aangevuld zodat het op zijn minst preciseert met welke criteria de Koning rekening moet houden wanneer Hij de plafonds vaststelt (*a fortiori* bij ontstentenis van een voorgesteld akkoord, een situatie waarin de beoordelingsbevoegdheid van de Koning minder afgebakend is). In dat verband zou men bepaalde verduidelijkingen die in de toelichting op de bepaling staan, beter in het dispositief opnemen, onder meer het idee dat de maatregel alleen bedoeld kan zijn om uitwassen en excessen in de tariefpraktijken tegen te gaan, wat gebaseerd moet zijn op concreet cijfermateriaal.

Wat betreft de door de Koning in acht te nemen maximumbedragen en -percentages die in het voorontwerp worden vastgesteld, heeft de gemachtigde het volgende verklaard:

"Het vaststellen van minimum- en maximumplafonds aan de bevoegdheid van de Koning in de wet zelf zou kunnen worden gepercipieerd als een voorafname op het overleg en besluitvormingsproces. Ruime minimum-en maximumplafonds met voldoende marge voor overleg en afwijkingsmogelijkheden gelet op eigenheden van sectoren en verstrekkingen zouden daarenboven niet meteen de rechtszekerheid bevorderen. Beperktere minimum-en maximumplafonds vormen dan weer een risico op het niet respecteren van het gelijkheidsbeginsel. Gelet op de gevoeligheden hiervoor binnen bepaalde sectoren en de eigenheid van verschillende groepen van verstrekkingen heeft men geopteerd dit niet te doen."

Artikel X+44

De woorden "en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017" moeten worden weggelaten.

Afdeling X+7 – Financiering representatieve beroepsorganisaties

Artikel X+46

1. De woorden "en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017" moeten weggelaten worden.

2. De Koning wordt gemachtigd om de nadere regels vast te leggen voor het bepalen en verdelen van het basisbedrag en het aanvullend bedrag van de financiële tegemoetkoming voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties. Dat koninklijk besluit moet vastgesteld worden op voorstel van de betrokken akkoordencommissie. "In afwezigheid" van een

[44] *Voetnoot 12 van het geciteerde advies*: Zie adv.RvS 63.964/4/VR van 16 oktober 2018 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest van 25 april 2019 'betreffende het roerend en immaterieel cultureel erfgoed van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest'.

d'application personnel des droits visés à l'article 23 de la Constitution[44]".

En l'état du dispositif, la délégation conférée au Roi est trop largement formulée et trop peu encadrée.

Le dispositif sera complété afin de préciser au moins les critères que le Roi est tenu de prendre en compte au moment de fixer les plafonds (*a fortiori* en l'absence d'un accord proposé, situation dans laquelle son pouvoir d'appréciation sera moins balisé). À ce titre, certaines précisions figurant dans le commentaire de la disposition gagneraient à être intégrées au dispositif dont, notamment, l'idée que la mesure ne peut être destinée qu'à lutter contre les dérives et excès dans les pratiques tarifaires, ce qui devra reposer sur des données concrètes et chiffrées.

Quant à la fixation, dans l'avant-projet, de montants et pourcentages maximaux que le Roi serait tenu de respecter, le délégué répond ce qui suit:

"Het vaststellen van minimum- en maximumplafonds aan de bevoegdheid van de Koning in de wet zelf zou kunnen worden gepercipieerd als een voorafname op het overleg en besluitvormingsproces. Ruime minimum-en maximumplafonds met voldoende marge voor overleg en afwijkingsmogelijkheden gelet op eigenheden van sectoren en verstrekkingen zouden daarenboven niet meteen de rechtszekerheid bevorderen. Beperktere minimum-en maximumplafonds vormen dan weer een risico op het niet respecteren van het gelijkheidsbeginsel. Gelet op de gevoeligheden hiervoor binnen bepaalde sectoren en de eigenheid van verschillende groepen van verstrekkingen heeft men geopteerd dit niet te doen".

Article X+44

Les mots "et modifié par la loi du 11 août 2017," seront omis.

Section X+7 – Financement des organisations professionnelles représentatives

Article X+46

1. Les mots "et modifié par la loi du 11 août 2017" seront omis.

2. Il est prévu d'habiliter le Roi à fixer les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire de l'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives sont déterminés et répartis. Cet arrêté royal doit être adopté sur proposition de la commission d'accord concernée. "En l'absence" d'une telle

[44] *Note de bas de page 12 de l'avis cité*. Voir l'avis C.E. 63.964/4/VR du 16 octobre 2018 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 25 avril 2019 'relative au patrimoine culturel mobilier et immatériel de la Région de Bruxelles-Capitale'.

dergelijk voorstel “legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit”.

Op de vraag wanneer de Koning die nadere regels precies eenzijdig zal kunnen vastleggen en of voorzien kan worden in een termijn waarin de akkoordencommissie haar voorstel kan formuleren, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“Het ontwerp voorziet geen termijn binnen dewelke de akkoordencommissies een voorstel moeten doen. De tegemoetkoming wordt gewoonlijk voor enkele jaren vastgesteld. Vervolgens moet er voor elke sector telkens een nieuw koninklijk besluit worden genomen. Het is eventueel mogelijk om aan de minister de bevoegdheid te geven om, wanneer hij een commissie vraagt om een voorstel te doen, de termijn te bepalen waarbinnen dit moet gebeuren, bv. een maand na de vraag van de minister. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd, legt de Koning de modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit.”

Ter wille van de voorzienbaarheid en de rechtszekerheid verdient het inderdaad aanbeveling om termijnen vast te stellen naar het voorbeeld van de regeling gesuggereerd door de gemachtigde.

De bepaling moet dienovereenkomstig herzien worden.

Artikel X+47

Dit artikel bepaalt dat afdeling X+7 in verband met de “Financiering representatieve beroepsorganisaties” (artikel X+46) in werking treedt op 1 januari 2026.

In de toelichting bij artikel X+46 staat evenwel dat deze afdeling pas uitwerking zal hebben na de eerste verkiezing die volgt op de inwerkingtreding van dat artikel. De verkiezingen zijn gepland voor 2028. Bij de huidige stand van de tekst staat niets eraan in de weg dat het besluit dat door de Koning is vastgesteld op voorstel van de betrokken akkoordencommissie in werking treedt vóór die verkiezingen. Wat dat betreft, heeft de gemachtigde het volgende gesteld:

“We stellen voor om in het artikel X+47 toe te voegen dat voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, deze bepalingen uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling.”

De bepaling moet dienovereenkomstig herzien worden.

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

Artikel X+48

In de inleidende zin moet verwezen worden naar de laatste wijziging van het zesde lid, aangebracht bij de wet van 30 oktober 2018 ‘houdende diverse bepalingen inzake gezondheid’.

proposition, “le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres”.

À la question de savoir quand précisément le Roi sera en mesure de fixer unilatéralement ces modalités et si un délai pourrait être prévu pour que la commission d’accord établisse sa proposition, le délégué a répondu ce qui suit:

“Het ontwerp voorziet geen termijn binnen dewelke de akkoordencommissies een voorstel moeten doen. De tegemoetkoming wordt gewoonlijk voor enkele jaren vastgesteld. Vervolgens moet er voor elke sector telkens een nieuw koninklijk besluit worden genomen. Het is eventueel mogelijk om aan de minister de bevoegdheid te geven om, wanneer hij een commissie vraagt om een voorstel te doen, de termijn te bepalen waarbinnen dit moet gebeuren, bv. een maand na de vraag van de minister. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd, legt de Koning de modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit”.

Dans un souci de prévisibilité et de sécurité juridique, il serait effectivement judicieux de fixer des délais, à l’instar du mécanisme suggéré par le délégué.

La disposition sera revue en conséquence.

Article X+47

Cette disposition fixe au 1er janvier 2026 l’entrée en vigueur de la section X+7 relative au “[f]inancement des organisations professionnelles représentatives” (article X+46).

Le commentaire de l’article X+46 indique toutefois que cette section n’est destinée à sortir ses effets qu’à l’issue de la première élection qui suit son entrée en vigueur. Les élections devraient se tenir en 2028. Rien n’interdit, en l’état du texte, que l’arrêté adopté par le Roi sur proposition de la commission d’accord concernée entre en vigueur avant ces élections. À ce titre, le délégué a précisé ce qui suit:

“We stellen voor om in het artikel X+47 toe te voegen dat voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, deze bepalingen uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling”.

La disposition sera revue en conséquence.

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

Article X+48

La phrase liminaire fera référence à la dernière modification de l’alinéa 6, apportée par la loi du 30 octobre 2018 ‘portant des dispositions diverses en matière de santé’.

Afdeling X+9 – RIZIV-nummers

Artikel X+49

De woorden ", laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022," moeten ingevoegd worden tussen de woorden "wet" en "wordt een".

Artikel X+52

1. Het voorontwerp voorziet in de opschorting van het RIZIV-nummer als alternatieve sanctie voor de administratieve geldboete die de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep van het RIZIV kunnen opleggen. Die maatregel kan alleen opgelegd worden naar aanleiding van de inbreuken bedoeld in artikel 73*bis*, 1° tot 4°, van de gecoördineerde wet voor de betwiste verstrekkingen met een waarde hoger dan 35.000 euro.

Die alternatieve sanctie kan opgelegd worden voor een periode van een maand tot maximaal twee jaar.

Wat de gevolgen betreft, verhindert die sanctie die bestaat in de opschorting van het RIZIV-nummer de zorgverlener niet zijn beroep uit te oefenen, in tegenstelling tot een schorsing met betrekking tot de uitvoering van zijn beroep door de bevoegde disciplinaire instanties.

In de toelichting bij artikel X+53 staat:

"Het RIZIV-nummer van de zorgverlener wordt tijdelijk opgeschort, dat wil zeggen dat de zorgverlener zijn prestaties niet meer mag aanrekenen noch attesteren, of het nu via de derdebetalersregeling is of niet. Dit is geen deontologische maatregel, maar een maatregel die enkel door de administratieve rechtscolleges (de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep ingesteld bij de DGEC) opgelegd kan worden. Het is niet de zorgverlener zelf die tijdelijk geschorst wordt, het is zijn RIZIV-nummer dat tijdelijk opgeschort wordt."

Luidens de memorie van toelichting is de maatregel ingegeven door de vaststelling dat de sancties waarin momenteel voorzien wordt in artikel 142 van de gecoördineerde wet, niet werkzaam zijn, gelet op het feit dat "sommige zorgverleners de definitieve beslissingen niet uitvoeren en dus hun administratieve geldboetes niet betalen, of dat de geldboete hen er niet toe aanzet hun aanrekengedrag aan te passen". Deze maatregel zal opgelegd kunnen worden in het kader van de reeds bestaande administratieve procedures op tegenspraak, aangespannen door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle op basis van een vordering bij kamers van eerste aanleg. De "alternatieve" sanctie is bedoeld om misbruiken te bestrijden en het gedrag tegen te gaan van de zorgverleners die geen gevolg geven aan de beslissingen van het RIZIV. In de memorie van toelichting staat het volgende:

"Wanneer een zorgverlener bijvoorbeeld consequent prestaties aanrekent die niet uitgevoerd werden, neemt die persoon consequent ten onrechte geld af van het

Section X+9 – Numéros INAMI

Article X+49

Les mots ", modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022," seront insérés entre les mots "loi" et "est complété".

Article X+52

1. L'avant-projet consacre la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative à l'amende administrative que peuvent prononcer les Chambres de première instance et de recours de l'INAMI. Cette mesure ne peut être imposée que dans le cadre des infractions prévues à l'article 73*bis*, 1° à 4°, de la loi coordonnée pour des prestations litigieuses qui dépassent la valeur de 35.000 euros.

Cette sanction alternative peut être infligée pour une période allant d'un mois à maximum deux ans.

Du point de vue de ses effets, cette sanction de suspension du numéro INAMI n'interdit pas au dispensateur de soins de pratiquer son art, contrairement à une suspension de l'exercice de sa profession par les instances disciplinaires compétentes.

Comme le précise le commentaire de l'article X+53:

"Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant. Il ne s'agit pas d'une mesure déontologique, mais d'une mesure qui peut être imposée uniquement par les juridictions administratives (les Chambres de 1ere instance et les Chambres de recours installées auprès du SECM). Ce n'est pas le dispensateur de soins lui-même qui est temporairement suspendu, c'est son numéro INAMI qui est temporairement suspendu".

En ce qui concerne son objectif, selon l'exposé des motifs, la mesure est fondée sur le constat de l'inefficacité des sanctions actuellement prévues par l'article 142 de la loi coordonnée, compte tenu de ce que "certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification". Cette mesure pourra être imposée dans le cadre des procédures administratives contradictoires déjà existantes, entamées par le Service d'évaluation et de contrôle médical sur la base d'une requête devant les Chambres de première instance. La sanction "alternative" est destinée à lutter contre les abus et contre le comportement des dispensateurs de soins qui ne respectent pas les décisions de l'INAMI. L'exposé des motifs précise ce qui suit:

"Lorsqu'un dispensateur de soins facture systématiquement des prestations qui n'ont pas été effectuées, il prélève indûment systématiquement de l'argent sur le budget des

gezondheidszorgbudget. Hetzelfde voor een zorgverlener die systematisch een nomenclatuurcode aanrekent die beter vergoed wordt dan de nomenclatuurcode van de prestatie die hij effectief uitvoerde. Het moet mogelijk zijn om de aanrekeningen van dergelijke zorgverleners, minstens tijdelijk, te doen stoppen. Dat zijn voorbeelden van situaties waar een alternatieve maatregel meer passend is. (…) De alternatieve maatregel laat toe om sneller een concreet effect te hebben dan dat de administratieve geldboete toelaat. Een zorgverlener heeft namelijk een RIZIV-nummer nodig om aan te kunnen rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en te attesteren aan de verzekerde binnen het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging".

Wat de maximale duur van de sanctie betreft, staat in de memorie van toelichting het volgende:

"Die maatregel kan opgelegd worden voor een bepaalde duur van minimum één maand tot maximum twee jaar. Het maximum werd voorzien op twee jaar, naar analogie met de mogelijke maximale schorsing van een arts door de bevoegde deontologische organen.[45] Het feit dat er een 'vork' voorzien wordt tussen een minimum en een maximum voor de administratieve rechtscolleges waarbinnen zij kunnen oordelen, leidt niet tot rechtsonzekerheid maar laat de administratieve rechtscolleges net toe om per geval de meest gepaste maatregel op te leggen rekening houdende met de elementen van het dossier. Die 'vork' is net in het voordeel van de zorgverlener. Net zoals in de tuchtrechtelijke procedures, kunnen er ook in de administratieve procedures verschillen zijn die in het ene geval een strengere maatregel rechtvaardigen dan in het andere geval."

2. Op het verzoek verduidelijkingen te geven over de concrete gevolgen van de sanctie voor het beroepsleven van de zorgverlener en meer bepaald over de financiële implicaties daarvan, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"La suspension a une durée limitée, comme prévu dans le projet de loi, et est limitée à certaines infractions visées à l'article 73*bis* de la loi SSI. Concernant les conséquences 'concrètes, professionnelles et financières', les prestations du dispensateur de soins, dont le numéro INAMI est suspendu, ne pourront pas bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé. Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant, à l'assurance obligatoire soins de santé. Si, malgré tout, l'assurance est intervenue, la récupération sera à charge du dispensateur de soins suspendu concerné et non du patient (pour ne pas pénaliser ce dernier).

[45] Hier wordt verwezen naar artikel 16, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 'betreffende de Orde der artsen' ("De provinciale raad kan de volgende sancties opleggen: waarschuwing, censuur, berisping, schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen gedurende een termijn die twee jaar niet mag te boven gaan en schrapping van de lijst der Orde.")

soins de santé. Il en va de même pour un dispensateur de soins qui facture systématiquement un code de nomenclature qui est mieux remboursé que le code de nomenclature de la prestation qu'il a réellement effectuée. Il devrait être possible d'arrêter la facturation de ces dispensateurs de soins, au moins temporairement. Il s'agit là d'exemples de situations où une mesure alternative est plus appropriée (…). La mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré".

S'agissant du délai maximal de la sanction, l'exposé des motifs présente ce qui suit:

"Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale d'un médecin par les instances déontologiques compétentes[45]. Le fait qu'une 'fourchette' entre un minimum et un maximum soit prévue pour les juridictions administratives, dans laquelle elles peuvent statuer, n'entraîne pas d'insécurité juridique, mais permet simplement aux juridictions administratives d'imposer la mesure la plus appropriée au cas par cas en fonction des éléments du dossier. Comme dans les procédures disciplinaires, il peut également y avoir des différences dans les procédures administratives qui justifient une mesure plus stricte dans un cas que dans l'autre".

2. Invité à donner des précisions sur la portée concrète de la sanction sur la vie professionnelle du dispensateur de soins et notamment sur ses implications financières, le délégué a répondu ce qui suit:

"La suspension a une durée limitée, comme prévu dans le projet de loi, et est limitée à certaines infractions visées à l'article 73*bis* de la loi SSI. Concernant les conséquences 'concrètes, professionnelles et financières', les prestations du dispensateur de soins, dont le numéro INAMI est suspendu, ne pourront pas bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé. Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant, à l'assurance obligatoire soins de santé. Si, malgré tout, l'assurance est intervenue, la récupération sera à charge du dispensateur de soins suspendu concerné et non du patient (pour ne pas pénaliser ce dernier).

[45] Faisant référence, ici, à l'article 16, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 'relatif à l'Ordre des médecins' ("Les sanctions dont dispose le conseil provincial sont: l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre").

Effectivement, il ne s'agit pas ici d'une interdiction d'exercer la profession: la suspension du numéro INAMI n'interdit pas de poser des actes médicaux."

3. De sancties die krachtens artikel 142 van de gecoördineerde wet aan de zorgverleners worden opgelegd, inzonderheid wanneer getuigschriften voor verstrekte hulp afgegeven zijn terwijl de overeenkomstige verstrekkingen niet uitgevoerd zijn, kunnen strafrechtelijk van aard zijn in de zin van artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Dat geldt met name voor de administratieve geldboetes.[46]

Uit de strekking van de in het voorontwerp vervatte sanctie en de gevolgen ervan voor de beroepsactiviteit van de zorgverlener (bijvoorbeeld in het geval van een opschorting van twee jaar) valt af te leiden dat het gaat om een strafrechtelijke sanctie in de zin van artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Wanneer een administratieve sanctie een strafrechtelijk karakter heeft, zijn een aantal waarborgen die gelden voor strafzaken van toepassing, zoals het legaliteitsbeginsel, het beginsel *non bis in idem*, het vermoeden van onschuld en het recht op hoger beroep. De gemachtigde bevestigt dat de sanctie – opgevat als een alternatief voor de administratieve geldboete – een strafrechtelijk karakter heeft en dat de waarborgen die voortvloeien uit artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens toegepast moeten worden.[47]

De aandacht wordt inzonderheid gevestigd op de noodzaak om het beginsel *non bis in idem* in acht te nemen,[48] gelet op de strafrechtelijke aard van zowel de voorliggende sanctiemaatregel als van de disciplinaire sancties die door de bevoegde instanties voor eenzelfde feit opgelegd zouden kunnen worden.

Effectivement, il ne s'agit pas ici d'une interdiction d'exercer la profession: la suspension du numéro INAMI n'interdit pas de poser des actes médicaux".

3. Les sanctions à charge des dispensateurs de soins, infligées sur le fondement de l'article 142 de la loi coordonnée, notamment lorsque des attestations de soins ont été délivrées alors que les prestations correspondantes n'ont pas été effectuées, sont susceptibles de revêtir un caractère pénal au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il en va notamment ainsi des amendes administratives[46].

L'objet de la sanction portée par l'avant-projet et ses conséquences sur l'activité professionnelle du dispensateur de soins (dans l'hypothèse, par exemple, d'une suspension de deux ans) amènent à considérer qu'il s'agit d'une sanction à caractère pénal au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Lorsqu'une sanction administrative revêt un tel caractère, un certain nombre de garanties relatives à la matière pénale sont applicables, comme le principe de légalité, le principe *non bis in idem*, la présomption d'innocence et le droit à un recours. Le délégué confirme le caractère pénal de cette sanction – conçue comme alternative à l'amende administrative – et l'application des garanties découlant de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme[47].

L'attention est attirée notamment sur la nécessité de respecter le principe *non bis in idem*[48], au vu du caractère pénal que revêtent à la fois la mesure de sanction à l'examen et les sanctions disciplinaires qui pourraient être infligées par les instances compétentes pour un même fait.

---

46 Zie in dat verband Ficher I., Dasnoy H., "Les sanctions dans le domaine de la sécurité sociale: vue d'ensemble et questions d'actualité", in *Questions transversales en matière de sécurité sociale* (Collection UB3) (Dumont D., ed.), Larcier, 2017, inz. p. 177 e.v., waarin verwezen wordt naar Corr. Henegouwen (afd. Charleroi), 27 juli 2015, *Chron. D.S.*, 2016, p. 82. Voor een overzicht van de toepasselijke criteria, zie EHRM, 14 september 2015, *Kapetanios e.a. v. Griekenland*, § 52, en voor de rechtspraak van het Hof van Cassatie: Cass. 14 januari 2013, AR nr. C.11.0769.N, juportal.be.

47 Zie, over de kwestie van de strafrechtelijke aard van de administratieve sancties die in het kader van de gecoördineerde wet opgelegd worden aan de zorgverleners, advies 37.765/1234 van 4 november 2004 over een voorontwerp dat geleid heeft tot de programmawet van 27 december 2004, *Parl.St.* Kamer 200405, nr. 51-1437/1, 583-646.

48 Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft in arrest nr. 19961/17, *C.Y. v. België,* van 14 november 2023 de voorwaarden in herinnering gebracht waaronder het naast elkaar bestaan van twee procedures toelaatbaar is, namelijk wanneer ze een voldoende nauw verband vertonen naar inhoud en tijd, waarbij de nagestreefde doeleinden en de gebruikte middelen complementair moeten zijn, en de gevolgen evenredig moeten zijn en voorzienbaar voor de rechtzoekende.

46 Voir à ce propos I. Ficher, H. Dasnoy, "Les sanctions dans le domaine de la sécurité sociale: vue d'ensemble et questions d'actualité", in *Questions transversales en matière de sécurité sociale* (Collection UB3) (D. Dumont, dir.), Bruxelles, Larcier, 2017, spéc. p. 177 et s., faisant référence à Corr. Hainaut (div. Charleroi), 27 juillet 2015, *Chron. D.S.*, 2016, p. 82. Pour un rappel des critères applicables, voir Cour eur. D.H., 14 septembre 2015, *Kapetanios et autres c. Grèce*, § 52 et pour la jurisprudence de la Cour de cassation: Cass., 14 janvier 2013, R.G. n° C.11.0769.N, juportal.be.

47 Voir, sur la question du caractère pénal des sanctions administratives infligées à des dispensateurs de soins dans le cadre de la loi coordonnée, l'avis 37.765/1234 donné le 4 novembre 2004 sur un avant-projet devenu la loiprogramme du 27 décembre 2004, *Doc. parl.*, Chambre, 20042005, n° 51-1437/001, pp. 583-646.

48 La Cour européenne des droits de l'homme, dans son arrêt n° 19961/17, *C.Y. c. Belgique* du 14 novembre 2023, a rappelé les conditions dans lesquelles la coexistence de deux procédures était admissible, à savoir lorsqu'elles présentent un lien matériel et temporel suffisamment étroit, les buts poursuivis et les moyens utilisés devant être complémentaires, et les conséquences proportionnées et prévisibles pour le justiciable.

Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle

Artikel X+54

Ter wille van de rechtszekerheid en de voorzienbaarheid van de norm moet in het dispositief, zo dat effectief de bedoeling is van de steller van de het voorontwerp, specifieker vermeld worden dat de gerechtelijke veroordelingen voor “valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek”, plaats moeten vinden in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging opdat de grond voor onverenigbaarheid van toepassing is.

Artikel X+57

De datum “29 november 2022” moet vervangen worden door de datum “12 januari 2023”.

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

Artikel X+59

1.1. Zoals reeds werd onderstreept, wordt in de artikelen X+59 en volgende van het voorontwerp inzonderheid voorzien in een nieuwe gegevensverwerking in zoverre bij die artikelen het Intermutualistisch Agentschap belast wordt met de analyse van de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens om zorgverleners te identificeren “met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen” (artikel X+59, 2°, van het voorontwerp).

Die taak zal, overeenkomstig artikel 278, eerste en ontworpen vierde lid, van de programmawet van 24 december 2022, uitgevoerd worden op initiatief van het Agentschap zelf, op verzoek van het RIZIV of van verschillende federale overheidsdiensten, op initiatief van de minister, of voorts, op verzoek van de verzekeringsinstellingen die optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken “met als doel het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners (liever: “met als doel de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door individuele zorgverleners te controleren”) (artikel X+59, 1°, van het voorontwerp).

Er wordt bepaald dat de resultaten van deze analyse meegedeeld worden aan de verzekeringsinstellingen en aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, die apart of desgevallend gezamenlijk optreden en deze resultaten kunnen gebruiken in het kader van hun respectieve controlebevoegdheden.

Hoewel in artikel 278 van de programmawet van 24 december 2002 reeds staat dat het Intermutualistisch Agentschap “als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten

Section X+10 – Évaluation et contrôle médicaux

Article X+54

Dans un souci de sécurité juridique et de prévisibilité de la norme, et si telle est bien l’intention de l’auteur de l’avant-projet, il sera précisé dans le dispositif que les condamnations judiciaires pour “faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social” doivent avoir eu lieu dans le cadre de l’assurance soins de santé pour que la cause d’incompatibilité s’applique.

Article X+57

Les mots “29 novembre 2022” seront remplacés par les mots “12 janvier 2023”.

Chapitre 2 Modifications à la loiprogramme (I) du 24 décembre 2002

Article X+59

1.1. Comme déjà souligné, les articles X+59 et suivants de l’avant-projet organisent notamment un traitement de données nouveau en ce qu’ils confient à l’Agence intermutualiste l’analyse des données collectées et traitées par les organismes assureurs aux fins d’identifier les dispensateurs de soins dont “le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités” (article X+59, 2°, de l’avant-projet).

Conformément à l’article 278, alinéa 1er, et alinéa 4, en projet de la loiprogramme du 24 décembre 2022, cette tâche sera effectuée à l’initiative de l’Agence ellemême, à la demande de l’INAMI ou de divers services publics fédéraux, à la demande du ministre, ou encore, à la demande des organismes assureurs agissant en qualité de responsables conjoints du traitement de données “afin de vérifier la bonne application de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour [lire: “par”] les dispensateurs de soins individuels” (article X+59, 1°, de l’avant-projet).

Il est prévu que les résultats de cette analyse seront communiqués aux organismes assureurs et au Service d’évaluation et de contrôle médical de l’INAMI qui pourront agir séparément ou conjointement et utiliser les résultats dans le cadre de leurs compétences de contrôle respectives.

Si l’article 278 de la loiprogramme du 24 décembre 2002 prévoit déjà que l’Agence intermutualiste “a pour but d’analyser dans le cadre des missions des organismes assureurs les données qu’ils collectent et de fournir les informations à ce

en de informatie hieromtrent te verstrekken", wordt met het voorliggende voorontwerp een doeleinde toegevoegd aan de aldus gerealiseerde gegevensverwerking, zoals ook bevestigd wordt in de toelichting bij het artikel:

"Om fraudeonderzoek op intermutualistische wijze wetgevend te verankeren wordt het huidig artikel 278 van de Programmawet (1) van 24 december 2002 aangepast zodat de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid krijgen om aan de hand van de analyse van de verzamelde cijfers van het Intermutualistisch Agentschap acties te ondernemen bij fraude, overconsumptie, ondoelmatige zorg, enz.

Om fraude intermutualistisch aan te pakken is het efficienter om alle data van de verzekeringsinstellingen samen te analyseren. Dit is een opdracht die door het Intermutualistisch Agentschap zou kunnen worden uitgevoerd. Zo bepaalt artikel 278 van de programmawet (1) van 24 december 2002 reeds (in het eerste lid) dat het Intermutualistisch Agentschap als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken. Dat artikel 278 wordt nu dus verder aangevuld met het oog op de finaliteit ter zake. De wettelijke verankering van deze bevoegdheid vermijdt daarenboven ook dat deze bevoegdheid in vraag zou worden gesteld in het kader van juridische procedures ingesteld door geviseerde zorgverleners. Tenslotte bevat dit artikel ook nog enkele vormelijke wijzigingen (nieuwe benamingen van de desbetreffende instanties en een aanpassing van een verwijzing ten gevolge van het invoegen van een nieuw lid)."

De ontworpen tekst strekt er eveneens toe te voorzien in de mogelijkheid dat gegevens verwerkt worden op verzoek van instellingen die thans nog niet vermeld worden - de verzekeringsinstellingen - en dat de resultaten van die verwerking aan hen worden meegedeeld. Artikel X+59 heeft dus een ruimere opzet dan de loutere toevoeging van een gegevensverwerkingsdoeleinde.

1.2. Er dient aan herinnerd te worden dat wanneer de wetgever een nieuwe verwerking van persoonsgegevens wenst in te voeren, hij in het licht van het recht op de eerbiediging van het privéleven dat meer bepaald verankerd ligt in artikel 22 van de Grondwet, zelf de essentiële elementen van die verwerking dient vast te leggen.

De algemene vergadering van de afdeling Wetgeving heeft in haar advies 68.936/AV van 7 april 2021 opgemerkt dat dit de essentiële elementen zijn van de verwerking van persoonsgegevens: "1°) de categorieën van verwerkte gegevens; 2°) de categorieën van betrokken personen; 3°) de met de verwerking nagestreefde doelstelling; 4°) de categorieën van personen die toegang hebben tot de verwerkte gegevens; en 5°) de maximumtermijn voor het bewaren van de gegevens".[49]

[49] Adv.RvS 68.936/AV van 7 april 2021 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 14 augustus 2021 'betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie', *Parl.St.* Kamer 2020-21, nr. 55-1951/1, 55-127, opmerking 101. Zie ook GwH 10 maart 2022, nr. 33/2022, B.13.1; GwH 22 september 2022, nr. 110/2022, B.11.2; GwH 1 juni 2023, nr. 84/2023, B.16.9.

propos", l'avant-projet à l'examen entend ajouter une finalité au traitement de données ainsi réalisé, comme le confirme le commentaire de l'article:

"Afin d'ancrer les enquêtes antifraudes dans la législation, l'actuel article 278 de la loiprogramme (1) du 24 décembre 2002 est modifié afin de donner aux organismes assureurs la possibilité d'intervenir en cas de fraude, de surconsommation, de soins inefficaces, etc., sur la base de l'analyse des données collectées par l'Agence intermutualiste.

Pour lutter contre la fraude de manière intermutualiste, il est plus efficace d'analyser l'ensemble des données des organismes assureurs ensemble. Cette tâche pourrait être assurée par l'Agence intermutualiste. Par exemple, l'article 278 de la loiprogramme (1) du 24 décembre 2002 dispose déjà (au premier alinéa) que l'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leurs missions et de fournir les informations nécessaires. Cet article 278 est désormais complété pour cette finalité. De plus, l'ancrage légal de cette compétence empêche en outre que cette compétence soit remise en cause par des dispensateurs de soins ciblés dans le cadre de poursuites judiciaires intentées. Enfin, cet article comporte quelques adaptions formelles (nouvelles dénominations des instances concernées et une adaptation du renvoi suite à l'introduction d'un nouvel alinéa)".

Le texte en projet a également pour objet de permettre que les traitements de données soient réalisés à la demande d'organismes non visés actuellement – les organismes assureurs – et que les résultats des traitements leurs soient communiqués. L'objet de l'article X+59 va donc au-delà du seul ajout d'une finalité du traitement de données.

1.2. Il convient de rappeler qu'au regard du droit au respect de la vie privée consacré notamment par l'article 22 de la Constitution, lorsque le législateur entend organiser un nouveau traitement de données à caractère personnel, il doit fixer luimême les éléments essentiels de ce traitement.

Ainsi que l'a rappelé l'Assemblée générale de la section de législation dans son avis 68.936/AG donné le 7 avril 2021, les éléments essentiels du traitement de données à caractère personnel sont les suivants: "1°) les catégories de données traitées; 2°) les catégories de personnes concernées; 3°) la finalité poursuivie par le traitement; 4°) les catégories de personnes ayant accès aux données traitées; et 5°) le délai maximal de conservation des données"[49].

[49] Avis 68.936/AG donné le 7 avril 2021 sur un avant-projet devenu la loi du 14 août 2021 'relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique', *Doc. parl.*, Chambre, 20202021, n° 551951/001, pp. 55127, observation 101. Voir aussi C.C., 10 mars 2022, n° 33/2022, B.13.1; C.C., 22 septembre 2022, n° 110/2022, B.11.2; C.C., 1er juin 2023, n° 84/2023, B.16.9.

Wat dat betreft, komen de regels waarin de ontworpen tekst voorziet, zelfs al worden ze in samenhang gelezen met de artikelen 278 tot 281 van de programmawet van 24 december 2002 zoals het voorontwerp die wil wijzigen, niet tegemoet aan de aldus in herinnering gebrachte vereisten.

Immers:

1° De categorieën van verwerkte gegevens worden op zeer algemene wijze gedefinieerd als “de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens”: in de ontworpen tekst moet vermeld worden om welke categorieën gegevens binnen het geheel van de gegevens die door de verzekeringsinstellingen worden verzameld en verwerkt, het hier juist gaat, om ervoor te zorgen dat alleen die gegevens verwerkt worden waarvan de verwerking nodig is in het licht van het nieuwe doeleinde en zodoende te waarborgen dat de verwerking in verhouding staat tot het nagestreefde doel.

Verwerkte gegevens die eveneens betrekking zouden hebben op persoonlijke informatie betreffende de gezondheid, worden beschouwd als gevoelige informatie die in het bijzonder beschermd wordt door artikel 9 van de AVG en artikel 34 van de wet van 30 juli 2018, welke bepalingen vereisen dat die gegevens verwerkt worden door personen die onderworpen zijn aan een verplichting tot vertrouwelijkheid. Het spreekt hoe dan ook voor zich dat de gegevens die verwerkt worden geen persoonsgegevens mogen betreffen die onder het medisch beroepsgeheim vallen, zonder dat voorzien zou worden in extra garanties om die geheimhouding te verzekeren en in een daadwerkelijke rechterlijke controle op schendingen van het medisch beroepsgeheim.[50]

2° Het doeleinde van de gegevensverwerking is onvoldoende precies: eerst en vooral rijst de vraag hoe de doeleinden bedoeld in artikel X+59, 1° (ontworpen artikel 278, vierde lid, 4°, van de programmawet van 24 december 2002), namelijk “het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners” en de doeleinden bedoeld in artikel X+59, 2° (ontworpen artikel 278, vijfde lid, van de programmawet van 24 december 2002), namelijk “zorgverleners (…) identificeren met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”, met elkaar te verenigen vallen; het doeleinde waarin de tweede bepaling voorziet, blijft onduidelijk; de vraag rijst immers wat begrepen dient te worden onder “incorrect” of “ondoelmatig” gebruik van “middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”.

Worden daarmee de feiten en gedragingen bedoeld die opgesomd worden in artikel 73*bis* van de gecoördineerde wet en die bedoeld worden in artikel 142 van dezelfde wet, of is het de bedoeling daaraan nog andere feiten of gedragingen toe te voegen? In dat tweede geval merkt de afdeling Wetgeving

[50] Zie de toelichting die met betrekking tot dat aspect gegeven wordt in advies 78/105/2/V van 9 september 2025 over een voorontwerp van wet ‘tot wijziging van de wet van 22 april 2019 tot kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg’, opmerking 2 bij artikel X+9.

À cet égard, les règles prévues par le texte en projet, même combinées avec l’ensemble des articles 278 à 281 de la loiprogramme du 24 décembre 2002, tel que l’avant-projet entend modifier ces dispositions, sont en défaut de répondre aux exigences ainsi rappelées.

Ainsi:

1° Les catégories de données traitées sont définies de manière extrêmement générale comme étant “les données collectées et traitées par les organismes assureurs”: le texte en projet doit indiquer les catégories précises de données, au sein des données collectées et traitées par les organismes assureurs, ici concernées, de manière à garantir que seront uniquement traitées les données dont le traitement est nécessaire au regard de la nouvelle finalité prévue, ce afin de garantir la proportionnalité du traitement au regard du but poursuivi.

Dans la mesure où les données traitées concerneraient aussi des données personnelles relatives à la santé, celles-ci sont considérées comme sensibles et particulièrement protégées par l’article 9 du RGPD et l’article 34 de la loi du 30 juillet 2018, lesquels exigent notamment que ces données soient traitées par des personnes soumises à une obligation de confidentialité. En toute hypothèse, il va de soi que les données traitées ne pourraient concerner des données personnelles couvertes par le secret médical sans prévoir des garanties particulièrement renforcées pour assurer ce secret et sans prévoir un contrôle juridictionnel effectif portant sur l’atteinte au secret médical[50].

2° La finalité du traitement de données manque de précision: tout d’abord, la question se pose de savoir comment sont appelées à se combiner les finalités visées, d’une part, à l’article X+59, 1° (article 278, alinéa 4, 4°, en projet, de la loiprogramme du 24 décembre 2002), à savoir “vérifier la bonne application de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités [par] les dispensateurs de soins individuels” et, d’autre part, à l’article X+59, 2° (article 278, alinéa 5, en projet de la loiprogramme du 24 décembre 2002), à savoir “identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités”; la finalité prévue par la seconde de ces dispositions demeure imprécise; en effet, la question se pose de savoir ce que couvre la notion d’utilisation “incorrecte” ou “inefficace” des “ressources de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités”.

Ainsi, l’intention estelle de viser les faits et comportements énumérés à l’article 73*bis* de la loi coordonnée et visés à l’article 142 de la même loi, ou d’y ajouter d’autres faits ou comportements? Dans la seconde hypothèse, la section de législation observe que si l’auteur de l’avant-projet entendait

[50] Voir les développements consacrés à cet aspect dans l’avis 78.105/2/V donné le 9 septembre 2025 sur un avant-projet de loi ‘modifiant la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé’, observation 2 formulée sous l’article X + 9.

op dat, mocht de steller van het voorontwerp feiten en gedragingen beogen waar verder geen straffen op staan, de gegevensverwerking daarvan moeilijk te verantwoorden zou zijn in het licht van het doeleinde zoals dat uit de toelichting bij het artikel blijkt.

Op een vraag in dat verband heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"Artikel 278, eerste lid van de Programmawet (I) van 24 december 2002 luidt momenteel als volgt:

'De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail worden gemachtigd om toe te treden tot een vereniging van landsbonden van ziekenfondsen, hierna Intermutualistisch Agentschap genoemd, die als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken'.

Die bepaling is algemeen geformuleerd wat betreft de opdrachten van de verzekeringsinstellingen. Om diezelfde opbouw binnen het artikel te behouden, werd er ook in artikel X+59 in algemene bewoordingen gesproken over de bevoegdheid van respectievelijk de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en die van de verzekeringsinstellingen.

Zoals te lezen in de memorie van toelichting is het de bedoeling om het intermutualistisch agentschap (IMA) toe te laten de analyses die ze nu al doet te kunnen doen op het geheel van de gegevens van de verzekeringsinstellingen. Het is correct dat er niet apart omschreven is wat er juist begrepen moet worden onder 'de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners'. Die omschrijving moet samen gelezen worden met de rest van het artikel en de verwijzing naar de bevoegdheden van de verzekeringsinstellingen. Uit onderstaande beraadslagingen van het informatieveiligheidscomité blijkt ook duidelijk de rol van het IMA, ter ondersteuning van de uitoefening van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen:

1. Beraadslaging nr. 22/284 van 22 december 2022 (22-284-n464-kce-statbel.pdf), randnummer 19: 'Het IMA is een vereniging zonder winstgevend oogmerk die werd opgericht door de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 stelt dat het IMA tot doel heeft de gegevens te analyseren die het verzamelt in het kader van de opdrachten van de VI en hierover inlichtingen te verstrekken. Het gaat in dit geval om alle uitgaven inzake gezondheidszorg, voor de hospitalisaties en voor de ambulante zorg, die worden vergoed door de VI in het kader van de verplichte zorgverzekering, en om de socio[1]demografische gegevens en de sociale zekerheidsprofielen van hun aangesloten leden'.

2. Beraadslaging nr. 24/134 van 3 september 2024 (24-134-n280-spadis.pdf), randnummer 27: 'Het Inter-Mutualistisch Agentschap (IMA) is een vzw die in oktober 2002

ainsi viser des faits et comportements non sanctionnés par ailleurs, le traitement des données à leur égard serait difficilement justifié au regard de la finalité telle qu'elle ressort du commentaire de l'article.

Interrogé sur ce point, le délégué a répondu:

"Artikel 278, eerste lid van de Programmawet (I) van 24 december 2002 luidt momenteel als volgt:

'*De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail worden gemachtigd om toe te treden tot een vereniging van landsbonden van ziekenfondsen, hierna Intermutualistisch Agentschap genoemd, die als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken'*.

Die bepaling is algemeen geformuleerd wat betreft de opdrachten van de verzekeringsinstellingen. Om diezelfde opbouw binnen het artikel te behouden, werd er ook in artikel X+59 in algemene bewoordingen gesproken over de bevoegdheid van respectievelijk de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en die van de verzekeringsinstellingen.

Zoals te lezen in de memorie van toelichting is het de bedoeling om het intermutualistisch agentschap (IMA) toe te laten de analyses die ze nu al doet te kunnen doen op het geheel van de gegevens van de verzekeringsinstellingen. Het is correct dat er niet apart omschreven is wat er juist begrepen moet worden onder 'de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners'. Die omschrijving moet samen gelezen worden met de rest van het artikel en de verwijzing naar de bevoegdheden van de verzekeringsinstellingen. Uit onderstaande beraadslagingen van het informatieveiligheidscomité blijkt ook duidelijk de rol van het IMA, ter ondersteuning van de uitoefening van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen:

1.Beraadslaging nr. 22/284 van 22 december 2022 (22-284-n464-kce-statbel.pdf), randnummer 19: 'Het IMA is een vereniging zonder winstgevend oogmerk die werd opgericht door de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 stelt dat het IMA tot doel heeft de gegevens te analyseren die het verzamelt in het kader van de opdrachten van de VI en hierover inlichtingen te verstrekken. Het gaat in dit geval om alle uitgaven inzake gezondheidszorg, voor de hospitalisaties en voor de ambulante zorg, die worden vergoed door de VI in het kader van de verplichte zorgverzekering, en om de socio[1]demografische gegevens en de sociale zekerheidsprofielen van hun aangesloten leden'.

2.Beraadslaging nr. 24/134 van 3 september 2024 (24-134-n280-spadis.pdf), randnummer 27: 'Het Inter-Mutualistisch Agentschap (IMA) is een vzw die in oktober 2002

door de landsbonden van de verzekeringsinstellingen werd opgericht. De doelstelling van het IMA, bestaat erin om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en informatie hieromtrent te verstrekken. De gegevens worden verzameld om hun wettelijke opdracht te realiseren krachtens artikelen 278 t.e.m. 281van de Programmawet van 24 december 2002'.

Wanneer er voor de DGEC een verwijzing opgenomen zou worden in de wet zelf, zou dat eerder een verwijzing naar de bevoegdheid van de Dienst zijn zoals momenteel staat in artikel 139, vierde lid van de GVU-wet. De bevoegdheid van de DGEC is ruimer dan enkel de vaststelling van inbreuken zelf. De vaststelling van een inbreuk is daarbij ook niet het hoofddoel van de opvolging die hier voorzien wordt. Het zou bijvoorbeeld net de bedoeling kunnen zijn om door de analyse van het IMA proactiever te kunnen optreden en zelfs inbreuken te kunnen voorkomen in de toekomst."

Uit die uitleg blijkt dat de doeleinden van de verwerking verder reiken dan hetgeen *a priori* blijkt uit het dispositief en de toelichting bij de artikelen en dat ze zeer ruim zijn net als de gegevens die verwerkt mogen worden.

Bijgevolg dient de bepaling opnieuw onderzocht, herzien en aangevuld te worden teneinde de categorieën van verwerkte gegevens, alsook het (de) doeleinde(n) van de verwerking nader te bepalen, en inzonderheid te preciseren wat bedoeld wordt met "incorrect" of "ondoelmatig" gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de betrokken feiten of gedragingen nader te omschrijven, hetzij door te verwijzen naar de bepalingen waarin die handelingen en gedragingen reeds worden opgesomd.

3° Er wordt in geen enkele termijn voorzien voor het bewaren van de gegevens rekening houdend met het nagestreefde doel: het betreft hier een fundamentele leemte die verholpen moet worden.

4° Het ontworpen dispositief dient eveneens aldus aangevuld te worden dat nader bepaald wordt welke categorieën van personen toegang hebben tot de verwerkte gegevens, ongeacht of het daarbij gaat om het Intermutualistisch Agentschap dan wel om de verzekeringsinstellingen.

Het voorontwerp moet in het licht van die opmerkingen herzien en aangevuld worden.

2. Wat betreft het meedelen van verwerkte gegevens, rijst de vraag of het de bedoeling is van de steller van het voorontwerp dat het meedelen van de resultaten van de analyse door het Intermutualistisch Agentschap wel of niet kan plaatsvinden zonder de vereiste beraadslaging bedoeld in artikel 279 van de programmawet van 24 december 2002, zoals dat gewijzigd zou worden bij het voorontwerp. Iedere onduidelijkheid in dat verband dient te worden weggenomen. Mocht artikel 279 niet van toepassing zijn, dient de aldus beoogde afwijkende regeling zowel uit het oogpunt van het recht op bescherming van het privéleven als in het licht van het gelijkheidsbeginsel verantwoord te worden.

door de landsbonden van de verzekeringsinstellingen werd opgericht. De doelstelling van het IMA, bestaat erin om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en informatie hieromtrent te verstrekken. De gegevens worden verzameld om hun wettelijke opdracht te realiseren krachtens artikelen 278 t.e.m. 281van de Programmawet van 24 december 2002'.

Wanneer er voor de DGEC een verwijzing opgenomen zou worden in de wet zelf, zou dat eerder een verwijzing naar de bevoegdheid van de Dienst zijn zoals momenteel staat in artikel 139, vierde lid van de GVU-wet. De bevoegdheid van de DGEC is ruimer dan enkel de vaststelling van inbreuken zelf. De vaststelling van een inbreuk is daarbij ook niet het hoofddoel van de opvolging die hier voorzien wordt. Het zou bijvoorbeeld net de bedoeling kunnen zijn om door de analyse van het IMA proactiever te kunnen optreden en zelfs inbreuken te kunnen voorkomen in de toekomst".

Il ressort de ces explications que les finalités du traitement vont audelà de ce qui ressort *a priori* du dispositif et du commentaire des articles et qu'elles revêtent un caractère très large, de même que les données traitées.

En conséquence, la disposition sera réexaminée, revue et complétée afin de préciser les catégories de données traitées ainsi que la ou les finalités du traitement, et notamment ce qui est couvert par les notions d'utilisation "incorrecte" ou "inefficace" des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soit en identifiant les faits ou comportements concernés, soit par un renvoi aux dispositions qui énumèrent déjà ces actes et comportements.

3° Aucun délai de conservation des données n'est prévu tenant compte de la finalité poursuivie: il s'agit d'une lacune fondamentale qui doit être comblée.

4° Le dispositif en projet sera également complété aux fins de préciser les catégories de personnes ayant accès aux données traitées, que ce soit au sein de l'Agence intermutualiste ou des organismes assureurs.

L'avant-projet sera revu et complété à la lumière de ces observations.

2. S'agissant de la communication des données traitées, la question se pose de savoir si, dans l'intention de l'auteur de l'avant-projet, la communication des résultats de l'analyse par l'Agence intermutualiste pourra ou ne pourra pas s'effectuer sans la délibération requise par l'article 279 de la loiprogramme du 24 décembre 2002, tel que l'avant-projet envisage de modifier cette disposition. Il convient de lever tout ambiguïté à ce propos. Pour le cas où l'article 279 ne serait pas applicable, il conviendrait de justifier, tant au regard du droit à la protection de la vie privée qu'au regard du principe d'égalité, le régime dérogatoire ainsi envisagé.

De bepaling moet worden herzien in het licht van deze opmerking.

3. Uit de toelichting bij het artikel blijkt dat de wijzigingen die aangebracht worden bij de punten 3°, 4° en 5° louter formele wijzigingen zijn die ertoe strekken rekening te houden met de nieuwe benaming van bepaalde instanties.

Zo bijvoorbeeld wordt de verwijzing naar het "sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door een verwijzing naar het "informatieveiligheidscomité opgericht bij de wet van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG".

Wat voorts de beslissingen van het aldus bedoelde comité betreft, gaat het voortaan niet meer om "machtigingen" en "autorisations", maar wel om "beraadslagingen" en "délibérations".

Die terminologische wijziging heeft enkel zin indien aldus gedoeld wordt op "beraadslagingen" die leiden tot een "machtiging". Gezien de context van de ontworpen regeling kan de aldus bedoelde beraadslaging immers geen ander doeleinde hebben. Die nieuwe terminologie stemt overigens overeen met de terminologie die gebruikt wordt in de wet van 5 september 2018, waarin de woorden "beraadslaging" of "délibération" gebezigd worden in de plaats van de woorden "machtiging" en "autorisation", waarmee klaarblijkelijk dergelijke beslissingen bedoeld worden.

De woorden "beraadslaging" en "délibération" die gebezigd worden in de voorliggende bepaling dienen dan ook in die zin begrepen te worden.

In artikel X+59, 5° (ontworpen punt 3°) zijn de woorden "kan (…) een beraadslaging verlenen" zinloos. Het verdient aanbeveling om de bepaling aldus te stellen dat het met elkaar in verband brengen van gegevens waarvan sprake is, kan plaatsvinden "mits daarover is beraadslaagd' in het veiligheidscomité.

Dezelfde opmerking geldt voor de artikelen X+60, X+61 en X+62.

Artikel X+60

In plaats van "het voormelde informatieveiligheidscomité" te schrijven, dient verwezen te worden naar het "informatieveiligheidscomité bedoeld in artikel 278, dertiende lid, 2°,".

Dezelfde opmerking geldt *mutatis mutandis* voor de artikelen X+61 en X+62.

La disposition sera réexaminée à la lumière de cette observation.

3. Il se déduit du commentaire de l'article que les modifications apportées par les 3°, 4° et 5° sont purement formelles et ont pour objet de tenir compte de la nouvelle dénomination de certaines instances.

Ainsi, la référence faite au "comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant organisation et création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale" est remplacée par celle faite au "comité de sécurité de l'information créé en vertu de la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE".

Par ailleurs, s'agissant des décisions du comité ainsi visé, il n'est plus question d'"autorisations" et de "machtigingen" mais de "délibérations" et de "beraadslagingen".

Ce changement de terminologie n'a de sens que si sont ainsi visées des "délibérations" qui aboutissent à une "autorisation". Dans le contexte du dispositif en projet, la délibération considérée ne pourrait en effet avoir d'autre objet. Par ailleurs, cette nouvelle terminologie correspond à celle utilisée dans la loi du 5 septembre 2018, qui emploie les mots "délibération" ou "beraadslaging" en lieu et place des mots "autorisation" et "machtiging", tout en visant manifestement de telles décisions.

C'est de cette façon qu'il convient de comprendre les mots "délibération" et "beraadslaging" employés par la disposition à l'examen.

Il reste que, à l'article X+59, 5° (3° en projet), les mots "peut donner une délibération" sont dépourvus de sens. Mieux vaut rédiger la disposition en prévoyant que la mise en corrélation envisagée peut avoir lieu "moyennant une délibération" du comité de sécurité.

La même observation vaut pour les articles X+60, X+61 et X+62.

Article X + 60

Plutôt que de mentionner le "comité de sécurité de l'information susvisé", il y a lieu de mentionner le "comité de sécurité de l'information visé à l'article 278, alinéa 13, 2°,".

La même observation vaut, *mutatis mutandis*, pour les articles X+61 et X+62.

SLOTOPMERKINGEN

De steller van het voorontwerp dient de tekst aandachtig te herlezen teneinde spellingsfouten[51], taalfouten[52] en fouten inzake de wetgevingstechniek[53] te verbeteren en om te zorgen voor eenvormigheid van de terminologie[54].

De steller van het voorontwerp dient voorts de gecoördineerde wet onder de loep te nemen teneinde de bepalingen te onderscheiden waarin sprake is van overeenkomsten of akkoorden en vervolgens afdeling X+1 van het voorontwerp aldus te vervolledigen dat daarin in de toekomst enkel nog verwezen wordt naar akkoorden.[55]

De griffier, *De voorzitter,*

Béatrice DRAPIER FACCO Bernard BLERO

OBSERVATIONS FINALES

L'auteur de l'avant-projet procédera à une relecture attentive de celuici afin de corriger les fautes d'orthographe[51], de langue[52] et de légistique[53] et pour veiller à l'uniformité de la terminologie utilisée[54].

L'auteur de l'avant-projet passera en outre en revue la loi coordonnée pour identifier les dispositions où il est question de conventions ou d'accords et compléter la section X+1 de l'avant-projet pour que soient uniquement visés, à l'avenir, les accords[55].

Le greffier, *Le président,*

Béatrice DRAPIER FACCO Bernard BLERO

---

51 Zo dient bij wijze van voorbeeld in de Franse tekst van het ontworpen artikel 50, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet (artikel X+21) het woord "fait" vervangen te worden door het woord "faite", moeten in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51, eerste lid, (artikel X+23) de woorden "leurs comptabilités budgétaires" in het enkelvoud staan, en moet in de Nederlandse tekst van de derde zin van datzelfde lid "wordt gesloten" in plaats van "is gesloten" worden geschreven, en in de Nederlandse tekst van de vierde zin van datzelfde lid "als deze laatste" in plaats van "als dit laatste".

52 Bij wijze van voorbeeld dient in het ontworpen artikel 51/5, § 1, tweede lid, de laatste zin van de Franse tekst aan te vangen als volgt: "Toutefois, si aucun document n'a été établi par le ministre et approuvé par le Conseil général au plus tard le dernier jour du mois de février, les dispensateurs de soins conservent (…)".
Voorts dient in de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, tweede lid, "tijdstippen waarop" in plaats van "tijdstippen waarin" te worden geschreven.
In de Franse tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, derde lid, moeten telkens de woorden "de ceux-ci" worden weggelaten en in de Nederlandse tekst het woord "daarin". Bovendien moet in de Franse tekst het woord "pendant" vervangen worden door het woord "pour".

53 Bij wijze van voorbeeld dient in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/1, § 3, vijfde lid, verwezen te worden naar het percentage "visé à l'alinéa 1er" (en niet naar het percentage "visé au paragraphe 1er).

54 Zo is er bijvoorbeeld – los van de hiervoor geformuleerde opmerkingen - in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/1, § 2, sprake van "transmission" van het akkoord, terwijl in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/3, tweede lid, gesproken wordt over "envoi" van een wijzigingsclausule. Zo ook staat er in de Franse tekst van artikel 51/1, § 1, eerste lid, "par courrier" terwijl in artikel 51/3, tweede lid, "par voie postale" gebezigd wordt. Dat laatste verdient de voorkeur gelet op de formulering van de thans geldende bepalingen.

55 Zo dienen, louter bij wijze van voorbeeld, de artikelen 2, p), 16, § 1, 10°, 17, vierde lid, en 54 van de gecoördineerde wet aangepast te worden.

51 À titre d'exemple, dans la version française de l'article 50, § 2, alinéa 2, en projet de la loi coordonnée (article X+21), le mot "fait" sera remplacé par le mot "faite", dans la version française de l'article 51, alinéa 1er, en projet (article X+23), les mots "leurs comptabilités budgétaires" seront mis au singulier, dans la version néerlandaise du même alinéa, troisième phrase, il convient d'écrire "wordt gesloten" plutôt que "is gesloten" et dans la version néerlandaise du même alinéa, quatrième phrase, il convient d'écrire "als deze laatste" et non pas "als dit laatste".

52 À titre d'exemple, à l'article 51/5, § 1er, alinéa 2, en projet, la dernière phrase de la version française devrait débuter comme suit: "Toutefois, si aucun document n'a été établi par le ministre et approuvé par le Conseil général au plus tard le dernier jour du mois de février, les dispensateurs de soins conservent (…)".
À l'article 52/1, § 1er, alinéa 2, en projet, dans la version néerlandaise, il conviendrait d'écrire "de tijdstippen waarop" plutôt que "de tijdstippen waarin".
À l'article 52/1, § 1er, alinéa 3, en projet, dans la version française, il conviendrait de supprimer chaque fois les mots "de ceux-ci" et dans la version néerlandaise le mot "daarin". Par ailleurs, il convient de remplacer, dans la version française de la même disposition, le mot "pendant" par le mot "pour".

53 À titre d'exemple, dans la version française de l'article 51/1, § 3, alinéa 5, en projet, il convient de renvoyer au pourcentage visé à l'alinéa 1er (et non au pourcentage visé au paragraphe 1er).

54 À titre d'exemple, outre les observations effectuées ciavant, la version française de l'article 51/1, § 2, en projet, parle de "transmission" de l'accord, tandis que la version française de l'article 51/3, alinéa 2, en projet, parle "d'envoi" d'un avenant. De même, la version française de l'article 51/1, § 1er, alinéa 1er, utilise les mots "par courrier" tandis que l'article 51/3, alinéa 2, emploie les termes "par voie postale", qu'il conviendrait de privilégier vu la formulation des dispositions actuellement en vigueur.

55 Ainsi, à titre purement exemplatif, les articles 2, p), 16, § 1er, 10°, 17, alinéa 4, et 54 de la loi coordonnée devraient être adaptés.

WETSONTWERP (I)

FILIP,

KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is ermee belast in onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers het ontwerp van wet in te dienen waarvan de tekst hierna volgt:

HOOFDSTUK 1

Inleidende bepaling

Artikel 1

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

HOOFDSTUK 1

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

Afdeling 1

Begrotingsproces

Art. 2

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

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

"7° beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de overeenkomsten of de akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd of de documenten die worden vastgesteld

PROJET DE LOI (I)

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

À tous, présents et à venir,

SALUT.

Sur la proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de présenter en notre nom à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

CHAPITRE 1ER

Disposition introductive

Article 1er

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

CHAPITRE 1ER

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section 1re

Processus budgétaire

Art. 2

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

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

"7° décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la conformité des conventions ou des accords, qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de

door het Verzekeringscomité of de minister in overeenstemming zijn met de begroting voor geneeskundige verzorging en in voorkomend geval met het financieel meerjarenkader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid, en beslist tezelfdertijd inzake de overeenstemming van de bestaande overeenkomsten of akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar met de begroting voor geneeskundige verzorging;";

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

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

Art. 3

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

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

Art. 4

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

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

l'assurance ou le ministre, avec le budget des soins de santé et, le cas échéant, leur conformité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1er, alinéa 1er, et décide en même temps de la conformité des conventions ou des accords existants qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec le budget des soins de santé;";

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

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

Art. 3

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

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

Art. 4

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

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

Art. 5

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

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

Art. 6

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

1° het vierde lid wordt vervangen als volgt:

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

2° het vijfde lid wordt vervangen als volgt:

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

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

Art. 5

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

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

Art. 6

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

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

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

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

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

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

"De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad."

Art. 7

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 8

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

"Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres."

Art. 7

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

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

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

2° l'ancien alinéa 1er, qui devient l'alinéa 2, est complété par les mots "et, le cas échéant, la lettre de mission visée à l'alinéa 1er";

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

4° l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, est complété par les mots "et, le cas échéant, tient compte de la lettre de mission visée à l'alinéa 1er";

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

"Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le ministre soumet, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres au plus tard le deuxième vendredi d'octobre."

Art. 8

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

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

"§ 1. Gelet op het ontwerp van de Ministerraad bedoeld in artikel 39, zesde lid, of indien dat ontbreekt op het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, derde lid, of indien dat ook ontbreekt op volledig eigen initiatief, en rekening houdende met zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur bedoeld in artikel 16, 18°, met de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, bepaalt de Algemene raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordencommissies en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. De Algemene raad bepaalt eveneens de structurele besparingen (inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding) die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.";

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

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

Afdeling 2

Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

Art. 9

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

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

"§ 1er. Compte tenu du projet du Conseil des ministres visé à l'article 39, alinéa 6, ou à défaut de celui-ci de la proposition du Comité de l'assurance visée à l'article 39, alinéa 3, ou à défaut d'une telle proposition, de sa propre initiative, et compte tenu tant du rapport annuel que de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, respectivement à l'alinéa 2 et 3, des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la législature visés à l'article 16, 18°, des propositions de mesures d'économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l'article 18, et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition du Comité de l'assurance visé à l'article 18, le Conseil général détermine au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, le budget de l'assurance soins de santé, y compris l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d'accords et la partie hors objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général fixe également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d'entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l'augmentation de l'indice santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.";

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

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

Section 2

Accords entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs

Art. 9

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

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

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

Art. 10

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

“Akkoordencommissies”.

Art. 11

In artikel 26 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 13 december 2006, 27 december 2006 en 11 augustus 2017, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

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

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

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

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

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

1° les mots “conventions et” sont abrogés;

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

Art. 10

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

“Des commissions d’accords”.

Art. 11

À l’article 26 de la même loi, modifié par les lois des 13 décembre 2006, 27 décembre 2006 et 11 août 2017, dont le texte actuel formera le paragraphe 1er, les modifications suivantes sont apportées:

1° l’alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:

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

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

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

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

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

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

De voorzitter is niet stemgerechtigd.";

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

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

Art. 12

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

"Akkoorden".

Art. 13

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

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

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

Le président n'a pas voix délibérative.";

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

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

Art. 12

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

"Des accords".

Art. 13

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

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

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

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

Art. 14

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

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

Art. 15

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

Art. 16

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

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

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

Voor de in artikel 34, eerste lid, 4°*bis*, bedoelde verstrekkingen is de Akkoordencommissie tussen verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen bevoegd om de afleveringsmarge vast te stellen. De afleveringsmarge dekt de informatie van de ziekenhuisapotheker

Les accords mentionnés dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.

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

Art. 14

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

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

Art. 15

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

Art. 16

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

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

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

En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^er^, 4°*bis*, la Commission d'accords entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs est compétente pour fixer la marge de délivrance. La marge de délivrance couvre l'information par le pharmacien

met betrekking tot de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aan de in artikel 2, n), bedoelde verplegingsinrichtingen en aan potentiële implanters. De afleveringsmarge dekt ook de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit en de aflevering van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, evenals, overeenkomstig de wettelijke vereisten, de aflevering van en het toezicht op het traject van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

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

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

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

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

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

Art. 17

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

hospitalier aux établissements visés à l'article 2, n), et aux implanteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La marge de délivrance couvre également l'achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.

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

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

§ 4. Les accords peuvent fixer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé.

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

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

Art. 17

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

“Akkoorden met de verplegingsinrichtingen”.

Art. 18

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

Art. 19

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

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

Art. 20

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

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

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

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

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

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

Art. 21

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

“Akkoord met de apothekers”.

Art. 22

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

“Art. 48. Het in artikel 42 bedoelde akkoord bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria

“Des accords avec les établissements hospitaliers”.

Art. 18

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

Art. 19

Dans le titre III, chapitre V, section Ire, de la même loi, l’intitulé du point D est remplacé par ce qui suit:

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

Art. 20

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

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

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

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

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

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

Art. 21

Dans le titre III, Chapitre V, Section Ire, de la même loi, l’intitulé du point E est remplacé par ce qui suit:

“De l’accord avec les pharmaciens”.

Art. 22

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

“Art. 48. L’accord visé à l’article 42 fixe, en ce qui concerne les pharmaciens, le montant des honoraires

voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° en 5°*bis* die door de apothekers worden verstrekt."

Art. 23

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

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

Art. 24

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

Art. 25

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

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

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

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

Bovenop die correctiemechanismen moet elk akkoord bevatten:

pour les préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques, ainsi qu'à la délivrance et à la facturation des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° et 5°*bis*, dispensées par les pharmaciens."

Art. 23

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

"Art. 49. La commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature."

Art. 24

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

Art. 25

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

wordt aan enige beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of risico op beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling.

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

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

De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene raad, de Commissie voor begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren. Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

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

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

§ 5. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Algemene raad zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf

ou risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel.

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

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

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement significatif non justifié mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

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

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

§ 5. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Conseil général en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la

van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De Algemene raad stelt na advies van de Commissie voor begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.

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

Art. 26

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

"Afdeling III. Proces sluiten van akkoorden en toetreding tot akkoorden".

Art. 27

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

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

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

Als op voorvermelde datum geen akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als het akkoord op voorvermelde datum niet wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen

mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après avis de la Commission de contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

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

Art. 26

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

"Section III. Processus de conclusion des accords et adhésion aux accords".

Art. 27

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

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

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

Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général

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

Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

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

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

Art. 28

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

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

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

Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1er mars afin de déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard le dernier jour de février. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

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

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

Art. 28

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

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

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

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

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

De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 1, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die

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

§ 2. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Ce refus ne produit ses effets que s'il a été notifié pendant la période de trente jours à compter de la date d'envoi de l'accord ou du document. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

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

L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 1er, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre

zorgverlener zich voor eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandhaafd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.

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

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

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

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

Indien zorgverleners overeenkomstig de bepalingen van deze wet kennis hebben gegeven van hun weigering om dat akkoord of dat document verder na te leven, stelt de akkoordencommissie eventueel vast dat het akkoord of het document geen toepassing meer vindt zodra deze

compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

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

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

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

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

Si les dispensateurs de soins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accords constate éventuellement que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès

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

Art. 29

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

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

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

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

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

Art. 30

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

"Art. 51/3. De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen tijdens hun geldigheidsduur worden gewijzigd door middel van wijzigingsclausules. Deze wijzigingsclausules worden gesloten door de bevoegde commissies en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole.

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

Art. 29

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

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

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

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

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

Art. 30

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

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

Na de goedkeuring van een wijzigingsclausule door de Algemene raad deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

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

Art. 31

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

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

De akkoorden kunnen door een individuele zorgverlener geheel worden opgezegd zonder motivering. Die opzegging moet gebeuren voor 1 december en is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze opzegging via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de opzegging door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de opzegging uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van

ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.

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

Art. 31

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

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

Les accords peuvent être dénoncés dans leur totalité par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette dénonciation se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la dénonciation se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la dénonciation se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait

de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.

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

Wanneer die meerderheden niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kunnen dezelfde gronden voor opzegging opnieuw ter stemming worden gebracht en worden opgenomen in de akkoorden, op voorwaarde dat een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen akkoord gaan.

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

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

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

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

usage de l'un des services d'identification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

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

Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, les mêmes motifs de dénonciation peuvent être soumis à un nouveau vote et être inclus dans les accords, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

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

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

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

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

Art. 32

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

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

Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51 bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is goedgekeurd, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de minister en goedgekeurd door de Algemene raad, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, tot de laatste dag van februari.

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

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

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

Art. 32

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

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

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

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

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

Si aucun arrêté n'est pris en exécution de l'alinéa 2, les montants et honoraires fixés dans l'accord expiré ou dans le document expiré continuent à servir provisoirement de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou d'un autre texte légalement valable.

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

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

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document een nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad kan de indexmassa worden aangewend vanaf 1 januari zoals bepaald in het akkoord. Als het akkoord niet in werking kan treden, vervalt de indexering vanaf 1 maart."

Art. 33

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

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

Art. 34

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

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

Art. 35

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

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

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

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

Art. 33

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

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

Art. 34

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

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

Art. 35

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

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

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

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

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

“De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of een document zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.”

Art. 36

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

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

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

Buiten de tijdstippen meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheelkundigen geacht tot de akkoorden of de documenten te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden

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

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

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

4° dans le paragraphe 3, l’alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:

“Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l’article 42 ou des documents visés à l’article 51, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n’ont pas notifié leur refus d’adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.”

Art. 36

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

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

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

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

niet vooraf geïnformeerd hebben over de tijdstippen waarop zij niet tot de akkoorden of de documenten zijn toegetreden.

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

Art. 37

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

"Art. 52/2. De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36*sexies*, 36*octies*, 36*undecies* en 36*quinquiesdecies* van deze wet en in artikel 59*quater* van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, bepaalt de Koning dat de financiële tegemoetkomingen *pro rata* worden toegekend."

Art. 38

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

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

Art. 39

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

au préalable les bénéficiaires des moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou aux documents.

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

Art. 37

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

"Art. 52/2. Les interventions financières visées dans les articles 36*sexies*, 36*octies*, 36*undecies* et 36*quinquiesdecies* de la présente loi et dans l'article 59*quater* de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui s'engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, le Roi détermine que les interventions financières sont accordées au prorata."

Art. 38

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

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

Art. 39

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

Afdeling 3

Definities

Art. 40

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

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

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

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

z)/1 onder “gerechtvaardigde overschrijdingen”, overschrijdingen die ontstaan door externe factoren of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, waar de sector geen controle over heeft en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren.”

Art. 41

Artikel 40, 2°, treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op de akkoorden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2028.

Afdeling 4

Het gebruik van kopieën bestendigen, met name om de digitale verzending mogelijk te maken van documenten inzake verzekerbaarheid en financiële toegankelijkheid

Art. 42

Artikel 9*bis* van dezelfde wet, ingevoegd bij wet van 22 februari 1998 en vervangen door het koninklijk besluit van 19 juli 2013, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“In afwijking van de algemene vereiste tot voorlegging van originele documenten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de voorlegging van kopieën aanvaard voor de documenten met betrekking tot de verzekerbaarheid en de financiële toegankelijkheid

Section 3

Définitions

Art. 40

À l’article 2 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° au m), les mots “les fournisseurs de prothèses et appareils” sont remplacés par les mots “les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens”;

2° l’article est complété par le z) et le z)/1, rédigés comme suit:

“z) par “tarifs indicatifs”, les dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix dans le cadre des accords visés dans l’article 42 ou des documents visés dans l’article 51, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents;

z)/1 par “dépassements justifiés”, des dépassements dus à des facteurs externes ou résultant d’une obligation légale ou réglementaire, échappant au contrôle du secteur et générant une dynamique de dépenses imprévue.”

Art. 41

L’article 40, 2°, entre en vigueur le 1er juillet 2027 et s’applique aux accords applicables à partir du 1er janvier 2028.

Section 4

Pérenniser l’utilisation de copies, notamment pour permettre leur envoi digital, des documents d’assurabilité et d’accessibilité financière

Art. 42

L’article 9*bis* de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par l’arrêté royal du 19 juillet 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“Par dérogation à l’exigence générique de production de documents originaux en matière d’assurance soins de santé, la production de copies est acceptée pour les documents d’assurabilité et d’accessibilité financière au sens strict remis par les assurés sociaux à la mutualité.

in strikte zin, die door de sociaal verzekerde aan het ziekenfonds worden bezorgd. De sociaal verzekerde is verplicht de originele documenten gedurende 10 jaar ter beschikking te houden."

Art. 43

Deze afdeling heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026.

Afdeling 5

Vertegenwoordiging van deelstaten in beheersorganen

Art. 44

In artikel 15, eerste lid, f), van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 6 november 2023, wordt het woord "zeven" opgeheven.

Art. 45

In artikel 21 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, eerste lid, wordt aangevuld met de bepaling onder g), luidende:

"g) vertegenwoordigers van de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden.";

2° in paragraaf 1, derde lid, worden de woorden "en g)" ingevoegd tussen de woorden "eerste lid, f)" en de woorden ", hebben raadgevende stem";

3° paragraaf 2, eerste lid, wordt aangevuld met de volgende zin:

"De hoedanigheid van de leden bedoeld in § 1, eerste lid, g), is afhankelijk van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen."

L'assuré social est tenu de tenir les documents originaux à disposition pendant 10 ans."

Art. 43

La présente section produit ses effets le 1er janvier 2026.

Section 5

Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Art. 44

Dans l'article 15, alinéa 1er, f), de la même loi, inséré par la loi du 6 novembre 2023, le mot "sept" est abrogé.

Art. 45

À l'article 21 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° le paragraphe 1er, alinéa 1er, est complété par le g) rédigé comme suit:

"g) de représentants des autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.";

2° dans le paragraphe 1er, alinéa 3, les mots "et g)" sont insérés entre les mots "alinéa 1er, f)" et les mots ", ont voix consultative".

3° le paragraphe 2, alinéa 1er, est complété par la phrase suivante:

"La qualité de membres visés au paragraphe 1er, alinéa 1er, g), est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles."

Afdeling 6

Administratieve vereenvoudiging van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur

Art. 46

In artikel 35, § 2, eerste lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bevestigd door de wet van 12 december 1997, bij de wet van 10 augustus 2001 en bij de wet van 22 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bepaling onder 2° wordt aangevuld met een lid, luidende:

"De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de door de verzoeker vastgestelde termijn, die niet minder dan een maand mag bedragen. Indien de bevoegde technische raad een voorstel geformuleerd heeft dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen of indien niet binnen de vooropgestelde termijn gevolg gegeven wordt aan het verzoek, kan de verzoeker een voorstel doen overeenkomstig de bepalingen onder 3°.";

2° in de bepaling onder 3° wordt het tweede lid opgeheven;

3° de bepaling onder 4° wordt opgeheven.

Art. 47

In artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 november 2018, wordt paragraaf 8 opgeheven.

Afdeling 7

Ereloonsupplementen

Art. 48

Artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 6 november 2023, wordt aangevuld met een paragraaf 5, luidende:

Section 6

Simplification administrative de la procédure de modification de la nomenclature

Art. 46

À l'article 35, § 2, alinéa 1er, de la même loi, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, par la loi du 10 août 2001 et par la loi du 22 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées:

1° le 2° est complété par un alinéa rédigé comme suit:

"Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai fixé par le demandeur, lequel ne peut être inférieur à un mois. Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s'il n'est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°.";

2° dans le 3°, l'alinéa 2 est abrogé;

3° le 4° est abrogé.

Art. 47

Dans l'article 10 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 novembre 2018, le paragraphe 8 est abrogé.

Section 7

Suppléments d'honoraires

Art. 48

L'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, est complété par le paragraphe 5 rédigé comme suit:

"§ 5. Onder voorbehoud van supplementen verboden door of krachtens een wet, wordt het aanrekenen van supplementen uiterlijk op 1 januari 2028 geplafonneerd. De Koning plafonneert het aanrekenen van supplementen en wijzigt de vastgestelde maximumsupplementen, op voorstel van de bevoegde akkoordencommissie of -bij ontstentenis hiervan- op voorstel van de minister, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, met het oog op het waarborgen van een financieel toegankelijke gezondheidszorg en het beperken van excessen in het aanrekenen van bedragen aan rechthebbenden.

Het voorstel van de bevoegde akkoordencommissie wordt genomen bij drie vierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen. Wanneer deze meerderheden niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kan het voorstel opnieuw ter stemming worden gebracht en worden genomen bij een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.

Het door de Koning vastgesteld maximumsupplement kan verschillen naargelang de verstrekking of groep van verstrekkingen die Hij aanduidt, de specialisatie van de betrokken zorgverleners, en naargelang de rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis.

Het maximumsupplement kan bepaald worden door onder meer het vaststellen van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Bij het bepalen van het maximumsupplement wordt rekening gehouden met de beschikbare gegevens en de concrete cijfers.

Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.

Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplement, het gedeelte van het tarief dat afwijkt van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie.

De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd. Wordt eveneens niet beschouwd als een supplement, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat

"§ 5. Sous réserve des suppléments interdits par ou en vertu d'une loi, la facturation des suppléments est plafonnée au plus tard le 1er janvier 2028. Le Roi plafonne la facturation des suppléments et modifie les suppléments maximaux fixés, sur proposition de la commission d'accords concernée ou – à défaut – sur proposition du ministre, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, en vue de garantir l'accessibilité financière des soins de santé et de limiter les excès dans la facturation de montants aux bénéficiaires.

La proposition de la commission d'accords concernée est émise à la majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins. Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, la proposition peut être soumise à un nouveau vote et être prise, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Le supplément maximal fixé par le Roi peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'Il désigne, la spécialisation des dispensateurs de soins concernés et selon que le bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.

Le supplément maximal peut être fixé, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou d'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Pour la détermination du supplément maximal, il est tenu compte des données disponibles et des chiffres concrets.

La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'Il désigne, peut en outre être limité à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission d'accords concernée.

Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au

aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35*septies*/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid voor zover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend."

Art. 49

Artikel 53, § 5, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 29 november 2022, wordt aangevuld met de woorden ", onverminderd de bepalingen die zijn voorzien in de overeenkomsten en de akkoorden".

Art. 50

In artikel 73, § 1/1, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 10 april 2014, worden de woorden "van artikel 35, § 5, en" ingevoegd tussen de woorden "Onder voorbehoud" en "van artikel 152, § 5,".

Art. 51

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van artikel 49, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2025.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding van deze afdeling, met uitzondering van artikel 49, uitstellen tot uiterlijk 1 januari 2029. Hij kan eveneens, in voorkomend geval, de datum bedoeld in artikel 48 wijzigen.

Afdeling 8

Financiering representatieve beroepsorganisaties

Art. 52

Artikel 36*nonies* van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de overeenkomsten of de akkoorden. Het aanvullend bedrag bedraagt vijftien procent van de totale tegemoetkoming voor de betrokken sector of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt, op voorstel van de betrokken overeenkomsten- of

bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35*septies*/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée."

Art. 49

L'article 53, § 5, de la même loi, inséré par la loi du 29 novembre 2022, est complété par les mots "sans préjudice des dispositions prévues dans les conventions et les accords".

Art. 50

À l'article 73, § 1er/1, alinéa 1er, de la même loi, inséré par la loi du 10 avril 2014, les mots "de l'article 35, § 5, et" sont insérés entre les mots "Sous réserve de l'application" et les mots "de l'article 152, § 5".

Art. 51

La présente section entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception de l'article 49, qui produit ses effets le 1er janvier 2025.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, reporter la date d'entrée en vigueur de la présente section, à l'exception de l'article 49, au plus tard au 1er janvier 2029. Il peut également, le cas échéant, adapter la date visée à l'article 48.

Section 8

Financement des organisations professionnelles représentatives

Art. 52

L'article 36*nonies* de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

"L'intervention financière visée dans l'alinéa 1er se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux conventions ou aux accords. Le montant complémentaire s'élève à quinze pour cent de l'intervention totale pour le secteur ou l'organisation professionnelle concerné. Le Roi fixe, sur proposition de la commission

akkoordencommissie, de modaliteiten waarop het basisbedrag en het aanvullend bedrag worden bepaald en verdeeld. De overeenkomsten- of akkoordencommissie formuleert een voorstel binnen de door de minister vastgestelde termijn, die niet minder dan drie maanden mag bedragen. In afwezigheid van een voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit."

Art. 53

Deze afdeling heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026. Voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, hebben deze bepalingen uitwerking vanaf 1 januari van het jaar volgend op de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze afdeling.

Afdeling 9

Verplicht gebruik van elektronische diensten door zorgverleners

Art. 54

Artikel 53, § 1, zesde lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt vervangen als volgt:

"In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling, en op 1 januari 2027 voor de kinesitherapeuten voor wat de elektronische kennisgevingen en akkoordaanvragen betreft alsook de elektronische gegevensoverdracht binnen of buiten de derdebetalersregeling. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 eveneens beschikken over alle elektronische diensten om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichting bedoeld in het tweede lid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen zal uiterlijk op 1 januari 2030 ontstaan voor alle zorgverleners. Op 1 januari 2030 ontstaat ook de verplichting voor alle zorgverleners om de andere elektronische diensten te gebruiken om gegevens te consulteren bij

de conventions ou d'accords concernée, les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire sont déterminés et répartis. La commission de conventions ou d'accords formule une proposition dans le délai fixé par le ministre, qui ne peut pas être inférieur à trois mois. En l'absence de proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres."

Art. 53

La présente section produit ses effets le 1er janvier 2026. Pour les secteurs où se déroulent des élections telles que visées à l'article 211 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ces dispositions produisent leurs effets à partir du 1er janvier de l'année suivant la première élection après l'entrée en vigueur de la présente section.

Section 9

Obligation d'utilisation de services électroniques par les dispensateurs de soins

Art. 54

L'article 53, § 1er, alinéa 6, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, est remplacé par ce qui suit:

"Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 prend effet le 1er juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le 1er janvier 2027 pour les kinésithérapeutes en ce qui concerne les notifications électroniques et les demandes d'accord électroniques ainsi que le transfert de données électronique dans ou en dehors du régime du tiers payant. Tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, au plus tard le 1er janvier 2029, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. L'obligation visée à l'alinéa 2 d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales prendra effet au plus tard le 1er janvier 2030 pour tous les dispensateurs de soins. Au 1er janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d'utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des

en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichtingen zoals bedoeld in deze alinea vinden geen toepassing als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is, in geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt en indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027. De Koning kan, na eensluidend advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie of, bij gebrek aan bevoegde commissie, van het Verzekeringscomité, deze uitzonderingen aanpassen of er bijkomende voorzien."

Afdeling 10

RIZIV-nummers

Art. 55

In artikel 53 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022, wordt een paragraaf 6 toegevoegd, luidende:

"§ 6. De zorgverlener mag enkel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering attesteren indien hij beschikt over een actief nummer dat wordt uitgereikt door het Instituut.

Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet.

De Koning kan de nadere technische regels bepalen inzake de uitreiking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid alsook inzake de finaliteiten waarvoor het RIZIV-nummer kan worden aangewend.

Gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep wordt het nummer automatisch opgeschort.

De zorgverlener mag tijdens de periode van verbod de prestaties waarvan de prestatiedatum voor die periode van verbod valt wel aanrekenen."

Art. 56

Artikel 73, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 mei 2022, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"De zorgverleners zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over de opschorting

données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. Les obligations prévues au présent alinéa ne s'appliquent pas lorsque la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et que la facturation électronique n'est techniquement pas possible, en cas de force majeure qui rend la transmission électronique de données impossible et si le dispensateur de soins a atteint l'âge de 67 ans au 1er janvier 2027. Le Roi peut, moyennant avis conforme de la commission de conventions ou d'accords compétente ou, à défaut de commission compétente, du Comité de l'assurance, adapter ces exceptions ou en rajouter."

Section 10

Numéros INAMI

Art. 55

L'article 53 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit:

"§ 6. Le dispensateur de soins peut uniquement attester des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance s'il dispose d'un numéro actif attribué par l'Institut.

Le numéro visé à l'alinéa 1er peut également être utilisé aux fins prévues par la présente loi coordonnée ou en vertu de celle-ci.

Le Roi peut fixer des modalités techniques relatives à l'attribution du numéro INAMI visé à l'alinéa 1er ainsi que des modalités techniques relatives aux finalités pour lesquelles il peut être fait usage du numéro INAMI.

Le numéro est automatiquement suspendu durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Le dispensateur de soins peut porter en compte pendant la période d'interdiction les prestations dont la date de prestation est antérieure à cette période d'interdiction."

Art. 56

L'article 73, § 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

"Les dispensateurs de soins sont également tenus d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension

van hun RIZIV-nummer of het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling dat aan hen werd opgelegd door de organen bedoeld in artikel 144, § 1. De Koning kan de praktische toepassingsregels vastleggen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners daaromtrent moeten meedelen aan de rechthebbenden."

Art. 57

In artikel 73*bis*, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt de bepaling onder 1° aangevuld met de woorden "of gedurende een periode van opschorting van het RIZIV-nummer".

Art. 58

In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt:

"Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten. Voor de artsen en de tandheelkundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de tijdstippen vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners.

Wanneer het RIZIV-nummer tijdelijk opgeschort wordt, is die informatie zichtbaar op de internetsite van het Instituut gedurende de periode van de opschorting van het nummer. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook gedurende de periode van het verbod. Het publiek heeft recht op die informatie om vrij een zorgverlener te kunnen kiezen."

Afdeling 11

Geneeskundige evaluatie en controle

Art. 59

In titel II van dezelfde wet wordt een artikel 13/5 ingevoegd, luidende:

"Art 13/5. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming

de leur numéro INAMI ou de l'interdiction d'appliquer le système de tiers payant qui leur est imposée par les organes visés à l'article 144, § 1er. Le Roi peut fixer les modalités d'application pratique en rapport avec l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires à cet égard."

Art. 57

À l'article 73*bis*, alinéa 1er, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, le 1° est complété par les mots "ou durant une période de suspension du numéro INAMI".

Art. 58

À l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit:

"L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Pour les médecins et praticiens de l'art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré sont également mentionnés. Cette liste contient également les numéros INAMI des dispensateurs de soins.

Quand le numéro INAMI est temporairement suspendu, cette information est visible sur le site internet de l'Institut durant la période de la suspension du numéro. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également durant la période de l'interdiction. Le public a droit à cette information afin de pouvoir choisir librement un dispensateur de soins."

Section 11

Évaluation et contrôle médicaux

Art. 59

Dans le titre II de la même loi, il est inséré un article 13/5 rédigé comme suit:

"Art. 13/5. Les membres des organes de gestion ou d'autres organes de l'Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils

door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek in verband met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen.

De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden."

ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social en lien avec l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut.

Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination."

Art. 60

In artikel 153 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 12 januari 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 2/1 wordt aangevuld met de volgende zin:

"Dat geldt ook voor de vaststellingen gedaan door de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers, aan wie de adviserend artsen opdrachten kunnen delegeren.";

2° in § 3 wordt het laatste lid vervangen als volgt:

"De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken op de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen en de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen uit § 1 een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de samenstelling, de werking en het soort opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges. De minister, het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Hoge raad van artsen-directeurs kunnen het Nationaal College van adviserend-artsen verzoeken een opdracht uit te voeren. Daarnaast kan het Nationaal College ook ambtshalve optreden."

Art. 60

À l'article 153 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 12 janvier 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° le § 2/1 est complété par la phrase suivante:

"Il en est de même des constatations faites par les kinésithérapeutes, infirmiers et auxiliaires paramédicaux, auxquels les médecins-conseils peuvent déléguer des tâches.";

2° au § 3, le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit:

"Sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations de santé visées à l'article 34 et le suivi des missions des médecins-conseils du § 1er, un Collège national des médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et le type de missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. Le ministre, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Conseil supérieur des médecins-directeurs peuvent demander au Collège national des médecins-conseils d'exécuter une mission. En outre, le Collège national peut également agir d'office."

HOOFDSTUK 3

Opheffingsbepalingen

Art. 61

In de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg wordt hoofdstuk 7, dat de artikelen 85 tot 87 bevat, opgeheven.

Art. 62

Het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft wordt opgeheven.

Art. 63

Het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan wordt opgeheven.

Art. 64

Artikel 51/5, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij deze wet, wordt opgeheven.

CHAPITRE 3

Dispositions abrogatoires

Art. 61

Dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, le chapitre 7, comportant les articles 85 à 87, est abrogé.

Art. 62

L'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées est abrogé.

Art. 63

L'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel est abrogé.

Art. 64

L'article 51/5, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par cette loi, est abrogé.

Art. 65

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2028, met uitzondering van de artikelen 62 en 64 die in werking treden op een door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, te bepalen datum.

Gegeven te Brussel, 3 februari 2026.

FILIP

VAN KONINGSWEGE:

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank Vandenbroucke

Art. 65

Le présent chapitre entre en vigueur le 1er janvier 2028, à l'exception des articles 62 et 64 qui entrent en vigueur à une date à déterminer par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Donné à Bruxelles, le 3 février 2026.

PHILIPPE

PAR LE ROI:

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank Vandenbroucke

WETSONTWERP (II)

FILIP,

KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Justitie,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Justitie zijn ermee belast het ontwerp van wet, waarvan de tekst hierna volgt, in onze naam aan de Wetgevende Kamers voor te leggen en bij de Kamer van volksvertegenwoordigers in te dienen:

HOOFDSTUK 1

Inleidende bepaling

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

Afdeling 1

RIZIV-nummers

Art. 2

In artikel 142 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 6 november 2023, wordt een § 1/1 ingevoegd, luidende:

"§ 1/1. De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep kunnen, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, een opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete voor de inbreuken voorzien in artikel 73*bis*, 1° tot en met 4° wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro.

PROJET DE LOI (II)

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

À tous, présents et à venir,

SALUT.

Sur la proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et la ministre de la Justice,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et la ministre de la Justice sont chargés de présenter en notre nom aux Chambres législatives et de déposer à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

CHAPITRE 1ER

Disposition introductive

Article 1er

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE 2

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Section 1re

Numéros INAMI

Art. 2

Dans l'article 142 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, il est inséré un § 1er/1, rédigé comme suit:

"§ 1er/1. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, imposer la suspension du numéro INAMI comme alternative à l'amende administrative pour les infractions prévues à l'article 73*bis*, 1° à 4°, quand la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros.

Die opschorting kan opgelegd worden voor minimum één maand en maximum twee jaar.

De datum waarop de opschorting ingaat en de duur er van, worden gespecifieerd in de uitgesproken beslissing. De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van opschorting valt niet aanrekenen of attesteren binnen de verzekering geneeskundige verzorging, ook niet na de periode van opschorting.

Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die de opschorting uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen.

De waarde van de aan een rechthebbende uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald aan de verzekeringsinstelling door de zorgverlener die de opschorting niet respecteerde."

Afdeling 2

Geneeskundige evaluatie en controle

Art. 3

Artikel 144, § 3/1, derde lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt aangevuld met de volgende zin:

"De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod valt, niet aanrekenen met toepassing van de derdebetalersregeling na de periode van het verbod."

Art. 4

In artikel 145 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 6 november 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 2, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

"Een lid kan niet benoemd worden wanneer hij in de vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming veroordeeld werd voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of als hij door de rechterlijke macht veroordeeld werd voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek in verband met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Een lid kan ook niet benoemd worden wanneer hij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moet voldoen."

Cette suspension peut être imposée pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans.

La date de l'entrée en vigueur de la suspension et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte ni attester dans le cadre de l'assurance soins de santé les prestations dont la date de prestation est comprise dans la période de suspension, même après la période de suspension.

Simultanément à la notification visée à l'article 156, § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant la suspension.

La valeur des prestations versées à un bénéficiaire est remboursée à l'organisme assureur par le dispensateur de soins qui n'a pas respecté la suspension."

Section 2

Évaluation et contrôle médicaux

Art. 3

L'article 144, § 3/1, alinéa 3, de la même loi, inséré par la loi du 30 octobre 2018, est complété par la phrase suivante:

"Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte les prestations dont la date de prestation se situe pendant la période d'interdiction, en utilisant le régime du tiers payant après la période d'interdiction."

Art. 4

À l'article 145 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° au § 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit:

"Un membre ne peut être nommé si, dans les cinq années précédant sa nomination, il a été condamné pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou s'il a été condamné par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social en lien avec l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Un membre ne peut pas non plus être nommé quand il a encore une dette à l'égard de l'Institut."

2° in § 2, wordt tussen het derde en het vierde lid een lid ingevoegd, luidende:

"Om de continuïteit van de normale rechtsgang niet in gevaar te brengen, worden de mandaten van de voorzitters en de leden die zouden verstrijken, automatisch verlengd totdat in hun vervanging of in hun herbenoeming is voorzien."

Gegeven te Brussel, 3 februari 2026.

FILIP

VAN KONINGSWEGE:

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank Vandenbroucke

De minister van Justitie,

Annelies Verlinden

2° au § 2, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 3 et 4:

"Afin d'assurer la continuité du cours normal de la justice, les mandats des Présidents et des membres arrivés à leur terme, sont prolongés de plein droit jusqu'au moment où il est pourvu à leur remplacement ou leur renouvellement."

Donné à Bruxelles, le 3 février 2026.

PHILIPPE

PAR LE ROI:

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank Vandenbroucke

La ministre de la Justice,

Annelies Verlinden

COÖRDINATIE VAN DE ARTIKELEN (I)

Basistekst	Tekst aangepast aan het wetsontwerp
Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
TITEL I.- ALGEMENE BEPALINGEN	TITEL I.- ALGEMENE BEPALINGEN
Artikel 2	Artikel 2
In deze gecoördineerde wet wordt verstaan:	In deze gecoördineerde wet wordt verstaan:
(…)	(…)
m) onder “paramedisch medewerker”, [...], de logopedisten, de orthoptisten, de ergotherapeuten, de diëtisten, [de mondhygiënisten, de podologen, de verstrekkers van prothesen en toestellen, de verstrekkers van implantaten, dat wil zeggen de personen die implantaten of invasieve medische hulpmiddelen verstrekken de licentiaten in de wetenschappen, die gemachtigd zijn om verstrekkingen te verlenen als bedoeld in deze gecoördineerde wet;	m) onder “paramedisch medewerker”, [...], de logopedisten, de orthoptisten, de ergotherapeuten, de diëtisten, [de mondhygiënisten, de podologen, ~~de verstrekkers van prothesen en toestellen~~ **de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens**, de verstrekkers van implantaten, dat wil zeggen de personen die implantaten of invasieve medische hulpmiddelen verstrekken de licentiaten in de wetenschappen, die gemachtigd zijn om verstrekkingen te verlenen als bedoeld in deze gecoördineerde wet;
(…)	(…)
	z) onder “richttarieven”, de in het kader van de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en de prijzen voor de zorgverleners die tot die akkoorden of die documenten zijn toegetreden;
	z)/1 onder “gerechtvaardigde overschrijdingen”, overschrijdingen die ontstaan door externe factoren of die voortvloeien uit een wettelijke of reglementaire verplichting, waar de sector geen controle over heeft en die een onvoorziene uitgavendynamiek genereren.
Artikel 9*bis*	Artikel 9*bis*
De documenten met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in deze wet of in de uitvoeringsbesluiten ervan mogen, zodra beschikbaar, in elektronische versie worden ingediend voor zover deze bewijskracht bezit overeenkomstig artikel 36/1, § 1, van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.	De documenten met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in deze wet of in de uitvoeringsbesluiten ervan mogen, zodra beschikbaar, in elektronische versie worden ingediend voor zover deze bewijskracht bezit overeenkomstig artikel 36/1, § 1, van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.
Het Verzekeringscomité legt per verordening bedoeld in artikel 22, 11°, in voorkomend geval, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de technische toepassingsregels van het vorige lid vast.	Het Verzekeringscomité legt per verordening bedoeld in artikel 22, 11°, in voorkomend geval, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de technische toepassingsregels van het vorige lid vast.
	In afwijking van de algemene vereiste tot voorlegging van originele documenten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de voorlegging van kopieën aanvaard voor de documenten met betrekking tot de verzekerbaarheid en de financiële

	toegankelijkheid in strikte zin, die door de sociaal verzekerde aan het ziekenfonds worden bezorgd. De sociaal verzekerde is verplicht de originele documenten gedurende 10 jaar ter beschikking te houden.
TITEL II.- RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING	TITEL II.- RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
	Artikel 13/5
	Art. 13/5. De leden van de beheersorganen of andere organen van het Instituut en zijn bijzondere diensten zoals voorzien in deze wet, kunnen niet benoemd worden wanneer zij in de vijf jaar voorafgaand aan hun benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werden voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73bis of door de rechterlijke macht voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek in verband met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze leden kunnen ook niet benoemd worden wanneer zij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moeten voldoen.
	De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden.
TITEL III.- VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING	TITEL III.- VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
HOOFDSTUK I.- ORGANEN	HOOFDSTUK I.- ORGANEN
Afdeling II.- Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging	Afdeling II.- Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging
Artikel 15	Artikel 15
De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die samengesteld is uit: (…)	De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die samengesteld is uit: (…)
f) zeven leden die de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen.	f) leden die de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen.
De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen en de werkingsregels van de Algemene raad. Hij benoemt de leden, de voorzitter en de twee ondervoorzitters. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen. De hoedanigheid van de leden bedoeld in het eerste lid, f), is afhankelijk van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92ter, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.	De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen en de werkingsregels van de Algemene raad. Hij benoemt de leden, de voorzitter en de twee ondervoorzitters. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen. De hoedanigheid van de leden bedoeld in het eerste lid, f), is afhankelijk van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92ter, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

De voorzitter en de leden bedoeld in het eerste lid, a), b), c) en d), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, e) en f), hebben raadgevende stem.	De voorzitter en de leden bedoeld in het eerste lid, a), b), c) en d), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, e) en f), hebben raadgevende stem.
Artikel 16	Artikel 16
§ 1. De Algemene raad:	§ 1. De Algemene raad:
(…)	(…)
7° beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de overeenkomsten en akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd, in overeenstemming zijn met de begroting , en, in voorkomend geval, met het financieel meerjarenkader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid;	**7° beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd of de documenten die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister in overeenstemming zijn met de begroting voor geneeskundige verzorging en in voorkomend geval met het financieel meerjarenkader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid, en beslist tezelfdertijd inzake de overeenstemming van de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar met de begroting voor geneeskundige verzorging;**
(…)	(…)
12° beslist, in het geval dat de Commissie voor begrotingscontrole een voorstel doet zoals bedoeld in artikel 51, § 5, over de opportuniteit om correctiemaatregelen te nemen en de mate waarin deze dienen genomen te worden.	**12° stelt een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of een risico op dergelijke overschrijding van een partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling of van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast. De Algemene Raad beslist ook om de in deze wet voorziene pertinente maatregelen en mechanismen die van toepassing zijn op de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te activeren indien blijkt dat de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het lopende begrotingsjaar op beduidende niet gerechtvaardigde wijze dreigt overschreden te worden;**
Afdeling III.- Commissie voor begrotingscontrole	Afdeling III.- Commissie voor begrotingscontrole
Artikel 18	Artikel 18
Op basis van de verslagen van de permanente audit bedoeld in artikel 51, § 4 stelt de Commissie voor Begrotingscontrole aan het Verzekeringscomité, aan de Algemene Raad en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting, uiterlijk de achtste werkdag volgend op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, besparingsmaatregelen voor die in sommige sectoren moeten worden toegepast, teneinde de globale begrotingsdoelstelling vast te stellen met naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid. Zij deelt deze besparingsmaatregelen eveneens mee aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Minister van Sociale Zaken evenals de Algemene Raad kunnen, al dan niet op voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole, op elk ogenblik besparingsmaatregelen voorstellen die met het oog op de naleving van de partiële	Op basis van de verslagen van de permanente audit bedoeld in artikel 51, § 4 stelt de Commissie voor Begrotingscontrole aan het Verzekeringscomité, aan de Algemene Raad en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting, uiterlijk de achtste werkdag volgend op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, besparingsmaatregelen voor die in sommige sectoren moeten worden toegepast, teneinde de globale begrotingsdoelstelling vast te stellen met naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid. Zij deelt deze besparingsmaatregelen eveneens mee aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Minister van Sociale Zaken evenals de Algemene Raad kunnen, al dan niet op voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole, op elk ogenblik besparingsmaatregelen voorstellen die met het oog op de naleving van de partiële

begrotingsdoelstellingen in sommige sectoren moeten worden toegepast. De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies formuleren binnen een termijn van dertig dagen vanaf de kennisgeving van de voornoemde maatregelen hun opmerkingen en maken deze, naargelang het geval, over aan de Minister van Sociale Zaken of aan de Algemene Raad.	begrotingsdoelstellingen in sommige sectoren moeten worden toegepast. De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies formuleren binnen een termijn van dertig dagen vanaf de kennisgeving van de voornoemde maatregelen hun opmerkingen en maken deze, naargelang het geval, over aan de Minister van Sociale Zaken of aan de Algemene Raad.
De Commissie voor Begrotingscontrole analyseert het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 op de conformiteit met het begrotingskader en het meerjarentraject zoals de Ministerraad heeft besloten en brengt uiterlijk op de derde maandag van oktober advies uit aan de Algemene Raad.	**De Commissie voor begrotingscontrole analyseert het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 op de conformiteit met het begrotingskader, in voorkomend geval met de opdrachtbrief bedoeld in artikel 39, eerste lid, en met het meerjarentraject zoals de Ministerraad heeft besloten, analyseert de bestaande akkoorden die nog blijven lopen in het begrotingsjaar op de conformiteit met het voorstel van het Verzekeringscomité, en brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober advies uit, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.**
(…)	(…)
Afdeling III/I.- Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen	Afdeling III/I.- Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen
Artikel 18/2	Artikel 18/2
§ 1. De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen legt binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers, op basis van enerzijds een gestructureerde bevraging bij het brede werkveld van de gezondheidszorg en anderzijds wetenschappelijke evidentie en alle beschikbare nationale en internationale gegevens en rapporten betreffende de performantie van gezondheidssystemen, gezondheidszorgsystemen en sociale zekerheidssystemen inzake gezondheid, rekening houdende met zowel de gezondheidsdoelstellingen als de gezondheidszorgdoelstellingen die golden voor de vorige legislatuur, een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de termijn van de volgende legislatuur prioritair nagestreefd zouden moeten worden. De Commissie maakt terzelfdertijd een evaluatie van de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen tijdens de voorgaande legislatuur.	§ 1. De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen legt binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers, op basis van enerzijds een gestructureerde bevraging bij het brede werkveld van de gezondheidszorg en anderzijds wetenschappelijke evidentie en alle beschikbare nationale en internationale gegevens en rapporten betreffende de performantie van gezondheidssystemen, gezondheidszorgsystemen en sociale zekerheidssystemen inzake gezondheid, rekening houdende met zowel de gezondheidsdoelstellingen als de gezondheidszorgdoelstellingen die golden voor de vorige legislatuur, een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de termijn van de volgende legislatuur prioritair nagestreefd zouden moeten worden. De Commissie maakt terzelfdertijd een evaluatie van de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen tijdens de voorgaande legislatuur.
Op uiterlijk 30 juni brengt de Commissie een jaarlijks rapport uit over de voortgang van de realisatie van de voor die legislatuur door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen. Dit jaarlijks rapport kan ook voorstellen bevatten tot het actualiseren van de door de Algemene raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen en hun concrete vertaling bedoeld in artikel 16, § 1, 18° en 19°.	Op uiterlijk 30 juni brengt de Commissie een jaarlijks rapport uit over de voortgang van de realisatie van de voor die legislatuur door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen. Dit jaarlijks rapport kan ook voorstellen bevatten tot het actualiseren van de door de Algemene raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen en hun concrete vertaling bedoeld in artikel 16, § 1, 18° en 19°.
De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober een advies uit aan de Algemene Raad over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39. Dit advies wordt tegelijkertijd toegezonden aan het Verzekeringscomité, dat vóór de derde maandag van	**De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober een advies uit over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel**

oktober bijeen kan komen om eventueel zijn voorstel aan te passen.	**39, dat nog diezelfde dag wordt overgemaakt aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.**
Afdeling V.- Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging	Afdeling V.- Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging
Artikel 21	Artikel 21
§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld, dat samengesteld is uit:	§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld, dat samengesteld is uit:
a) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger;	a) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger;
b) vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de [artsen] en van de tandheelkundigen;	b) vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de [artsen] en van de tandheelkundigen;
c) vertegenwoordigers van de officina-apothekers, de ziekenhuisapothekers en de apothekers-biologen;	c) vertegenwoordigers van de officina-apothekers, de ziekenhuisapothekers en de apothekers-biologen;
d) vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen, van de diensten en instellingen vermeld in artikel 34, 11°, 12°, 13° en 18° en van de inrichtingen voor revalidatie en herscholing;	d) vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen, van de diensten en instellingen vermeld in artikel 34, 11°, 12°, 13° en 18° en van de inrichtingen voor revalidatie en herscholing;
e) vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers;	e) vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers;
f) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties, vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen.	f) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties, vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen.
	g) vertegenwoordigers van de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden.
Het aantal in het eerste lid onder b) tot e) vermelde leden is in totaal gelijk aan het aantal onder a) vermelde leden.	Het aantal in het eerste lid onder b) tot e) vermelde leden is in totaal gelijk aan het aantal onder a) vermelde leden.
De leden bedoeld in het eerste lid, a) tot e), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, f), hebben raadgevende stem.	De leden bedoeld in het eerste lid, a) tot e), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, f) **en g)**, hebben raadgevende stem.
Ingeval er geen akkoord is aangaande de beslissingen die betrekking hebben op de medische honoraria, kunnen de leden die de representatieve organisaties van de [artsen] vertegenwoordigen, een schorsing van de ter zake gevoerde beraadslaging in het Verzekeringscomité vragen gedurende maximaal tien dagen om hen in staat te stellen hun verzet te motiveren. Deze termijn is niet verlengbaar.	Ingeval er geen akkoord is aangaande de beslissingen die betrekking hebben op de medische honoraria, kunnen de leden die de representatieve organisaties van de [artsen] vertegenwoordigen, een schorsing van de ter zake gevoerde beraadslaging in het Verzekeringscomité vragen gedurende maximaal tien dagen om hen in staat te stellen hun verzet te motiveren. Deze termijn is niet verlengbaar.
Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt, op voordracht van de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, respectievelijk de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en een afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de	Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt, op voordracht van de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, respectievelijk de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en een afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de

zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van dit Comité bij. De afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, heeft dezelfde bevoegdheden als de regeringscommissarissen.	zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van dit Comité bij. De afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, heeft dezelfde bevoegdheden als de regeringscommissarissen.
Een vertegenwoordiger van de Controledienst, bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, woont de vergadering van het Comité bij met raadgevende stem.	Een vertegenwoordiger van de Controledienst, bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, woont de vergadering van het Comité bij met raadgevende stem.
§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden van het Verzekeringscomité worden voorgedragen, het aantal werkende leden en plaatsvervangers, alsmede de werkingsregels ervan. Hij benoemt de voorzitter en de twee ondervoorzitters alsmede de leden van het Verzekeringscomité.	§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden van het Verzekeringscomité worden voorgedragen, het aantal werkende leden en plaatsvervangers, alsmede de werkingsregels ervan. Hij benoemt de voorzitter en de twee ondervoorzitters alsmede de leden van het Verzekeringscomité. **De hoedanigheid van de leden bedoeld in § 1, eerste lid, g), is afhankelijk van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92ter, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.**
Bij het benoemen van de leden wordt erop toegezien dat de vertegenwoordiging van eventuele minderheden verzekerd is.	Bij het benoemen van de leden wordt erop toegezien dat de vertegenwoordiging van eventuele minderheden verzekerd is.
Artikel 22	Artikel 22
Het Verzekeringscomité: (…)	Het Verzekeringscomité: (…)
3° keurt de overeenkomsten en de akkoorden goed, rekening houdend met de beslissing van de Algemene raad aangaande hun overeenstemming met de begroting, genomen onder de voorwaarden bedoeld in artikel 16, § 1, 7° en onverminderd de mogelijkheid voor de Minister om er binnen de vijftien werkdagen vanaf de kennisgeving van de beslissing door de Voorzitter van het Verzekeringscomité verzet tegen aan te tekenen. In geval van verzet door de Ministerraad of door de minister, oefent deze laatste de bevoegdheden uit van het Verzekeringscomité, bedoeld in artikel 51, § 1, vierde lid;	3° keurt de akkoorden goed, rekening houdend met de beslissing van de Algemene raad aangaande hun overeenstemming met de begroting, genomen onder de voorwaarden bedoeld in artikel 16, § 1, 7° en onverminderd de mogelijkheid voor de Minister om er binnen de vijftien werkdagen vanaf de kennisgeving van de beslissing door de Voorzitter van het Verzekeringscomité verzet tegen aan te tekenen.
(…)	(…)
Afdeling VIII.- Overeenkomsten- en akkoordencommissies	Afdeling VIII.- **Akkoordencommissies**
Artikel 26	**Artikel 26**
De in de artikelen 42 en 50 bedoelde overeenkomsten en akkoorden worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten en de in artikel 22, 6°, en 6°bis, bedoelde ontwerpen van overeenkomsten worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgesteld door overeenkomsten- en akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve	**§ 1. De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden in de schoot van de dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten en de in artikel 22, 6° en 6°bis, bedoelde ontwerpen van overeenkomsten worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgesteld door akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve**

organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben.	**organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben.**
De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. Die commissies kunnen eigener beweging aan de bevoegde technische raden of, voor de verstrekkingen die worden verleend door personen die behoren tot beroepen waarvoor geen technische raad bestaat, aan het Verzekeringscomité voorstellen doen tot aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.	De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. Die commissies kunnen eigener beweging aan de bevoegde technische raden of, voor de verstrekkingen die worden verleend door personen die behoren tot beroepen waarvoor geen technische raad bestaat, aan het Verzekeringscomité voorstellen doen tot aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.
Elk van die commissies, uitgezonderd de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen [...], wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of door zijn afgevaardigde.	Elk van die commissies, uitgezonderd de Nationale commissie [artsen-ziekenfondsen] [...], wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of door zijn afgevaardigde.
Deze kan beslissen dat commissies samen kunnen vergaderen wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.	Deze kan beslissen dat commissies samen kunnen vergaderen wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.
Een door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangewezen personeelslid van die Dienst staat in voor het secretariaat.	Een door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangewezen personeelslid van die Dienst staat in voor het secretariaat.
	§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het artsenkorps en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.
	Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.
	De Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.
	De beslissingen worden genomen bij drie vierde meerderheid zowel van leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het artsenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die meerderheden niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het artsenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de artsen en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het

	artsenkorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als arts-specialist moeten bevatten.
	De voorzitter is niet stemgerechtigd.
	§ 3. Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd en dat in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.
HOOFDSTUK III.- GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN	HOOFDSTUK III.- GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN
Artikel 35	Artikel 35
(…)	(…)
§ 2. De Koning kan wijzigingen aanbrengen in de in § 1 bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:	§ 2. De Koning kan wijzigingen aanbrengen in de in § 1 bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:
1° op grond van het door de bevoegde technische raad op eigen initiatief geformuleerde voorstel, dat wordt voorgelegd aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;	1° op grond van het door de bevoegde technische raad op eigen initiatief geformuleerde voorstel, dat wordt voorgelegd aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;
2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde technische raad wordt geformuleerd op verzoek van de Minister of van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie. Die voorstellen worden medegedeeld aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;	2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde technische raad wordt geformuleerd op verzoek van de Minister of van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie. Die voorstellen worden medegedeeld aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;
	De bevoegde technische raad formuleert een voorstel binnen de door de verzoeker vastgestelde termijn, die niet minder dan een maand mag bedragen. Indien de bevoegde technische raad een voorstel geformuleerd heeft dat niet beantwoordt aan de in het verzoek vervatte doelstellingen of indien niet binnen de vooropgestelde termijn gevolg gegeven wordt aan het verzoek, kan de verzoeker een voorstel doen overeenkomstig de bepalingen onder 3°.
3° op grond van het door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de Minister of het Verzekeringscomité uitgewerkte voorstel, waarvan de oorspronkelijke tekst behouden blijft of dat wordt gewijzigd nadat het voor advies is voorgelegd aan de bevoegde technische raad; dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de termijn van één maand na het verzoek.	3° op grond van het door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de Minister of het Verzekeringscomité uitgewerkte voorstel, waarvan de oorspronkelijke tekst behouden blijft of dat wordt gewijzigd nadat het voor advies is voorgelegd aan de bevoegde technische raad; dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de termijn van één maand na het verzoek.
De onder punt 3° bedoelde procedure kan worden gevolgd:	~~De onder punt 3° bedoelde procedure kan worden gevolgd:~~
a) wanneer de bevoegde technische raad aan het onder punt 2° bedoelde verzoek tot voorstel geen gevolg geeft binnen de termijn van één maand na het verzoek;	~~a) wanneer de bevoegde technische raad aan het onder punt 2° bedoelde verzoek tot voorstel geen gevolg geeft binnen de termijn van één maand na het verzoek;~~

b) wanneer de bevoegde technische raad een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de in het onder punt 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen; in dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de bevoegde technische raad gemotiveerd zijn;	~~b) wanneer de bevoegde technische raad een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de in het onder punt 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen; in dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de bevoegde technische raad gemotiveerd zijn;~~
4° op grond van de in artikel 51, § 3 vastgestelde procedure;	~~4° op grond van de in artikel 51, § 3 vastgestelde procedure;~~
5° op grond van de in artikel 68, § 1 vastgestelde procedure;	5° op grond van de in artikel 68, § 1 vastgestelde procedure;
Wanneer er voor het betrokken beroep geen technische raad is, worden de hiervoren bepaalde bevoegdheden uitgeoefend door de bevoegde overeenkomstencommissie.	Wanneer er voor het betrokken beroep geen technische raad is, worden de hiervoren bepaalde bevoegdheden uitgeoefend door de bevoegde overeenkomstencommissie.
(…)	(…)
	§ 5. Onder voorbehoud van supplementen verboden door of krachtens een wet, wordt het aanrekenen van supplementen uiterlijk op 1 januari 2028 geplafonneerd. De Koning plafonneert het aanrekenen van supplementen en wijzigt de vastgestelde maximumsupplementen, op voorstel van de bevoegde akkoordencommissie of -bij ontstentenis hiervan- op voorstel van de Minister, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, met het oog op het waarborgen van een financieel toegankelijke gezondheidszorg en het beperken van excessen in het aanrekenen van bedragen aan rechthebbenden.
	Het voorstel van de bevoegde akkoordencommissie wordt genomen bij drie vierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen. Wanneer deze meerderheden niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kan het voorstel opnieuw ter stemming worden gebracht en worden genomen bij een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.
	Het door de Koning vastgesteld maximumsupplement kan verschillen naargelang de verstrekking of groep van verstrekkingen die Hij aanduidt, de specialisatie van de betrokken zorgverleners, en naargelang de rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis.
	Het maximumsupplement kan bepaald worden door onder meer het vaststellen van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Bij het bepalen van het maximumsupplement wordt rekening gehouden met de beschikbare gegevens en de concrete cijfers.
	Het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van

	geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, kan bijkomend beperkt worden tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.
	Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplement, het gedeelte van het tarief dat afwijkt van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, met inbegrip van de toeslag ingeval van bijzondere eisen zoals vastgesteld door de betrokken akkoordencommissie.
	De richttarieven worden niet als supplementen beschouwd. Wordt eveneens niet beschouwd als een supplement, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, en het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35*septies*/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid voor zover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.
Artikel 35*octies*	Artikel 35*octies*
(…)	(…)
§ 3. Bij het opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging, in het kader van de vaststelling van de financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 38, eerste lid, stelt de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen de financiële middelen vast voor de honorariummassa (marges en honoraria) van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek.	§ 3. Bij het opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging, in het kader van de vaststelling van de financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 38, eerste lid, stelt de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen de financiële middelen vast voor de honorariummassa (marges en honoraria) van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek.
Jaarlijks, in het kader van de technische ramingen bedoeld in artikel 38, vijfde lid, raamt de Dienst voor geneeskundige verzorging in de maand september van het jaar t-1 op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de meest recente gegevens eveneens de honorariummassa (marges en honoraria) van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek voor het jaar t. De beslissing van de Algemene raad of de minister inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de vaststelling door het Verzekeringscomité van de partiële begrotingsdoelstellingen, overeenkomstig artikel 40, § 3, omvatten tevens een beslissing hierover.	**Als onderdeel van zowel de initiële als de herziene technische ramingen van het jaar t-1, zoals bedoeld in artikel 38, zesde lid, raamt de Dienst voor geneeskundige verzorging op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de meest recente gegevens eveneens de honorariummassa (marges en honoraria) van de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek voor het jaar t. De beslissing van de Algemene raad of de Ministerraad, naargelang het geval, inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en inzake de vaststelling van de partiële begrotingsdoelstellingen omvatten tevens een beslissing hierover.**
Artikel 36*nonies*	Artikel 36*nonies*
Op voordracht van de Nationale Commissie [artsen-ziekenfondsen] bepaalt de Koning de voorwaarden en de	Op voordracht van de Nationale Commissie [artsen-ziekenfondsen] bepaalt de Koning de voorwaarden en de

modaliteiten volgens welke het Instituut een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de [artsen] bedoeld in artikel 211 van de voormelde gecoördineerde wet. De bedragen van die financiële tegemoetkoming worden eveneens vastgesteld door de Koning en worden voorafgenomen op de begroting van de administratiekosten van het Instituut - tak van de geneeskundige verzorging. Op voordracht van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie kan de Koning voorzien in een financiële tegemoetkoming voor de werking van de in artikel 211, van de gecoördineerde wet, bepaalde representatieve beroepsorganisaties van andere zorgverleners.	modaliteiten volgens welke het Instituut een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de [artsen] bedoeld in artikel 211 van de voormelde gecoördineerde wet. De bedragen van die financiële tegemoetkoming worden eveneens vastgesteld door de Koning en worden voorafgenomen op de begroting van de administratiekosten van het Instituut - tak van de geneeskundige verzorging. Op voordracht van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie kan de Koning voorzien in een financiële tegemoetkoming voor de werking van de in artikel 211, van de gecoördineerde wet, bepaalde representatieve beroepsorganisaties van andere zorgverleners.
	De financiële tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid bestaat uit een basisbedrag en een aanvullend bedrag dat wordt bepaald in functie van het aantal zorgverleners in de betreffende sector dat is toegetreden tot de overeenkomsten of de akkoorden. Het aanvullend bedrag bedraagt vijftien procent van de totale tegemoetkoming voor de betrokken sector of beroepsorganisatie. De Koning bepaalt, op voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie, de modaliteiten waarop het basisbedrag en het aanvullend bedrag worden bepaald en verdeeld. De overeenkomsten- of akkoordencommissie formuleert een voorstel binnen de door de Minister vastgestelde termijn, die niet minder dan drie maanden mag bedragen. In afwezigheid van een voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit.
HOOFDSTUK III*bis*.- MAXIMUMFACTUUR	HOOFDSTUK III*bis*.- MAXIMUMFACTUUR
Afdeling I.- Algemene bepalingen	Afdeling I.- Algemene bepalingen
Artikel 37*sexies*	Artikel 37*sexies*
Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt onder “persoonlijk aandeel” verstaan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals ze blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel. [...] [...] Als persoonlijk aandeel worden eveneens beschouwd de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 19 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie. Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd het bedrag bedoeld in artikel 37, § 21, tweede lid.	Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt onder “persoonlijk aandeel” verstaan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals ze blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel. [...] [...] Als persoonlijk aandeel worden eveneens beschouwd de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 19 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie. Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd het bedrag bedoeld in artikel 37, § 21, tweede lid.
De aanvraagprocedure gebeurt via een eenvoudige medische notificatie aan de [adviserend-arts] van het ziekenfonds waarbij rechthebbende is aangesloten of ingeschreven.	De aanvraagprocedure gebeurt via een eenvoudige medische notificatie aan de [adviserend-arts] van het ziekenfonds waarbij rechthebbende is aangesloten of ingeschreven.

De Koning kan limitatieve lijsten van in aanmerking komende medische voedingen en vergoedingscriteria vaststellen.]	De Koning kan limitatieve lijsten van in aanmerking komende medische voedingen en vergoedingscriteria vaststellen.]
De Koning onderwerpt de regeling twee jaar na de inwerkingtreding ervan aan een evaluatie en dient terzake bij de federale Wetgevende Kamers een verslag in.]	De Koning onderwerpt de regeling twee jaar na de inwerkingtreding ervan aan een evaluatie en dient terzake bij de federale Wetgevende Kamers een verslag in.]
Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen. Wordt eveneens beschouwd als persoonlijk aandeel, [het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid.] voorzover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.	Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen. Wordt eveneens beschouwd als persoonlijk aandeel, [het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals bedoeld in artikel 35septies/1, § 2, tweede lid, 5°, en § 4, tweede lid.] voorzover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.
Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, het bedrag van de maximale overschrijdingen van de honoraria, vastgesteld in het in artikel 50 bedoelde akkoord tussen de tandheelkundigen en de verzekeringsinstellingen, voor uitneembare prothesen.	**Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, het bedrag van de richttarieven.**
Worden echter niet in aanmerking genomen voor de berekening van het bedrag van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door de rechthebbende ten laste worden genomen:	Worden echter niet in aanmerking genomen voor de berekening van het bedrag van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door de rechthebbende ten laste worden genomen:
(…)	(…)
HOOFDSTUK IV.- OPMAKEN VAN DE BEGROTING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING	HOOFDSTUK IV.- OPMAKEN VAN DE BEGROTING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
Artikel 38	Artikel 38
De overeenkomsten- en akkoordencommissies stellen, elk wat haar betreft, de financiële middelen vast die ze voor de financiering van de prioritaire aanpassingen van hun sector onontbeerlijk achten. Daartoe winnen ze het advies van de overeenstemmende technische raad in. Deze prioritaire aanpassingen houden rekening met het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid zoals meegedeeld door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad.	De overeenkomsten- en akkoordencommissies stellen, elk wat haar betreft, de financiële middelen vast die ze voor de financiering van de prioritaire aanpassingen van hun sector onontbeerlijk achten. Daartoe winnen ze het advies van de overeenstemmende technische raad in. Deze prioritaire aanpassingen houden rekening met het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid zoals meegedeeld door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad.
Voor de verstrekkingen waarvoor geen overeenkomsten of akkoordencommissie bevoegd is, stelt de Dienst de middelen vast die ze voor de financiering van de prioritaire aanpassingen van de betrokken sectoren onontbeerlijk achten. Deze prioritaire aanpassingen houden eveneens rekening met het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prio-riteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid zoals meegedeeld door het Verzekerings-comité en de Algemene Raad. Wat de in artikel 34, 6°, bedoelde prestaties betreft, raadpleegt de Dienst voorafgaandelijk de bevoegde dienst van het Ministerie van Volksgezondheid.	Voor de verstrekkingen waarvoor geen overeenkomsten of akkoordencommissie bevoegd is, stelt de Dienst de middelen vast die ze voor de financiering van de prioritaire aanpassingen van de betrokken sectoren onontbeerlijk achten. Deze prioritaire aanpassingen houden eveneens rekening met het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prio-riteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid zoals meegedeeld door het Verzekerings-comité en de Algemene Raad. Wat de in artikel 34, 6°, bedoelde prestaties betreft, raadpleegt de Dienst voorafgaandelijk de bevoegde dienst van het Ministerie van Volksgezondheid.

De inventarisatie van de wijzigingen van de nodige financiële middelen voor prioritaire aanpassingen, vertrekkende van het uitgavenniveau bij constante wetgeving zoals het is opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, dient in zijn diverse componenten te worden meegedeeld en gerechtvaardigd door de betrokken Overeenkomsten- of Akkoordencommissies of respectievelijk door de Dienst. Deze componenten moeten toelaten de invloed van prijsfactoren, consumptiefactoren en alle andere factoren te onderscheiden. De Commissie van begrotingscontrole kan hiertoe het gebruik aanbevelen van een modelformularium.	De inventarisatie van de wijzigingen van de nodige financiële middelen voor prioritaire aanpassingen, vertrekkende van het uitgavenniveau bij constante wetgeving zoals het is opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, dient in zijn diverse componenten te worden meegedeeld en gerechtvaardigd door de betrokken Overeenkomsten- of Akkoordencommissies of respectievelijk door de Dienst. Deze componenten moeten toelaten de invloed van prijsfactoren, consumptiefactoren en alle andere factoren te onderscheiden. De Commissie van begrotingscontrole kan hiertoe het gebruik aanbevelen van een modelformularium.
De overeenkomsten- en akkoordencommissies delen, uiterlijk op 1 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, de financiële middelen voor de financiering van prioritaire aanpassingen mee.	**De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, de financiële middelen voor de financiering van prioritaire aanpassingen en voorstellen gericht op het verhogen van de doelmatigheid van de zorg binnen hun sector meedelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.**
De overeenkomsten- en akkoordencommissies delen, uiterlijk op 1 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, voorstellen mee van compenserende maatregelen, enerzijds indien er op basis van de technische ramingen, zoals opgemaakt door de Dienst uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, er een overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de overeenkomsten- en akkoordencommissie bevoegd is en anderzijds om eventueel een nieuw beleid te financieren.	**De akkoordencommissies kunnen uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, voorstellen meedelen van maatregelen aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité, enerzijds op basis van de technische ramingen, zoals opgemaakt door de Dienst uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, en anderzijds om eventueel een nieuw beleid te financieren. Deze voorstellen van maatregelen worden uiterlijk op 30 juni alleszins aan die organen meegedeeld indien er een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding geraamd wordt van de partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.**
De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut deelt aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole en de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn technische ramingen mee op basis van volledige jaren, en uiterlijk op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar herziene technische ramingen waarbij de uitgaven van de eerste vijf maanden van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar in aanmerking worden genomen.	De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut deelt aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole en de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting uiterlijk op 31 mei van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn technische ramingen mee op basis van volledige jaren, en uiterlijk op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar herziene technische ramingen waarbij de uitgaven van de eerste vijf maanden van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar in aanmerking worden genomen. **De technische ramingen worden besproken in de Ministerraad.**
Behoudens hiervan afwijkende richtlijnen uitgaande van de Ministers van Sociale Zaken en Begroting, moeten de vast te stellen middelen worden geraamd aan prijzen die nog geen rekening houden met de evolutie van de prijzen van het begrotingsjaar, waarvoor de middelen worden geraamd.	Behoudens hiervan afwijkende richtlijnen uitgaande van de Ministers van Sociale Zaken en Begroting, moeten de vast te stellen middelen worden geraamd aan prijzen die nog geen rekening houden met de evolutie van de prijzen van het begrotingsjaar, waarvoor de middelen worden geraamd.
Er wordt eveneens rekening gehouden met de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole en de verslagen van de permanente audit zoals vermeld in artikel 51.	Er wordt eveneens rekening gehouden met de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole en de verslagen van de permanente audit zoals vermeld in artikel 51.
Artikel 39	Artikel 39

	De minister bezorgt het Verzekeringscomité op uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief van de Ministerraad met de beleidsprioriteiten en het budgettair kader waarmee rekening is te houden door het Verzekeringscomité in het vierde lid bedoelde begrotingsvoorstel voor het volgende jaar. De opdrachtbrief wordt in voorkomend geval ook overgemaakt aan de Algemene Raad.
Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd.	Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd **en in voorkomend geval de in het eerste lid bedoelde opdrachtbrief.**
In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen de inventaris van de wijzigingen van hun subsector opnieuw te evalueren.	In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen de inventaris van de wijzigingen van hun subsector opnieuw te evalueren.
Het Verzekeringscomité bezorgt de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een globaal voorstel dat de groeinorm, de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid, het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid naleeft.	Het Verzekeringscomité bezorgt **de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen,** de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een globaal voorstel dat de groeinorm, de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid, het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid naleeft**, en in voorkomend geval rekening houdt met de in het eerste lid bedoelde opdrachtbrief**.
Teneinde de partiële doelstellingen van dat globale voorstel vast te stellen, vermeldt het Verzekeringscomité voor de betrokken sectoren in verhouding tot de technische ramingen, naargelang van het geval, ofwel het te besparen bedrag, alsook de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan, ofwel bedragen die overeenstemmen met positieve maatregelen, alsook een beschrijving van die maatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan.	Teneinde de partiële doelstellingen van dat globale voorstel vast te stellen, vermeldt het Verzekeringscomité voor de betrokken sectoren in verhouding tot de technische ramingen, naargelang van het geval, ofwel het te besparen bedrag, alsook de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan, ofwel bedragen die overeenstemmen met positieve maatregelen, alsook een beschrijving van die maatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan.
Bij gebrek aan dergelijk voorstel op de eerste maandag van oktober is de Algemene Raad bevoegd voor de vaststelling van de partiële doelstellingen.	**Gelet op het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en gelet op de adviezen op dat voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole en de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en op de herziene technische ramingen bedoeld in artikel 38, zesde lid, legt de Minister na de tweede maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een ontwerp van begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor aan de Ministerraad, goed te keuren door de Ministerraad uiterlijk de tweede vrijdag van oktober.**
Artikel 40	Artikel 40
§ 1. Gelet op het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, op zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, op de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor	**§ 1. Gelet op het ontwerp van de Ministerraad bedoeld in artikel 39, zesde lid, of indien dat ontbreekt op het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, derde lid, of indien dat ook ontbreekt op volledig eigen initiatief, en rekening houdende met zowel het jaarlijks rapport als het advies van de Commissie voor**

Begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, hecht de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn goedkeuring aan de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Algemene Raad hecht eveneens zijn goedkeuring aan de structurele besparingen (inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding) die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in het derde lid en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.	**gezondheidszorgdoelstellingen bedoeld in artikel 18/2, § 1, respectievelijk tweede en derde lid, met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de legislatuur bedoeld in artikel 16, 18°, met de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor Begrotingscontrole bedoeld in artikel 18 en met het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 18, bepaalt de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de akkoordencommissies en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. De Algemene Raad bepaalt eveneens de structurele besparingen [inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding] die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.**
(…)	(…)
§ 2. Indien de begroting en begrotingsdoelstelling niet worden goedgekeurd, stelt de Algemene raad de minister hiervan in kennis. In dat geval bepaalt de Ministerraad, op voorstel van de minister, de begroting en het bedrag van de jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en de partiële doelstellingen en de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarvoor dat systeem van toepassing is.	§ 2. Indien de begroting en begrotingsdoelstelling niet worden goedgekeurd, stelt de Algemene raad de minister hiervan in kennis. In dat geval bepaalt de Ministerraad, op voorstel van de minister, de begroting **van geneeskundige verzorging, met inbegrip van** de jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en de partiële doelstellingen **en het deel buiten de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling** en de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarvoor dat systeem van toepassing is.
HOOFDSTUK V.- BETREKKINGEN MET DE ZORGVERLENERS, DE DIENSTEN EN DE INSTELLINGEN	HOOFDSTUK V.- BETREKKINGEN MET DE ZORGVERLENERS, DE DIENSTEN EN DE INSTELLINGEN
Afdeling I.- Overeenkomsten	Afdeling I.- **Akkoorden**
A. Algemene bepalingen	A. Algemene bepalingen
Artikel 42	Artikel 42
Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen eensdeels, en de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten en de in artikel 34, 11°, 12° en 18° bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij overeenkomsten geregeld.	**Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen eensdeels, en de artsen, de tandheelkundigen, de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens, de verstrekkers van implantaten en de in artikel 34, 11°, 12°**

	en 18° bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij akkoorden geregeld.
De in het vorige lid vermelde overeenkomsten, zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.	**De in het vorige lid vermelde akkoorden, zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.**
De Koning regelt de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners die instaan voor de in artikel 34, 13°, 14°, 15° en 16° bedoelde verstrekkingen anderzijds.	**De Koning regelt de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners die instaan voor de in artikel 34, 13°, 14° en 15° bedoelde verstrekkingen anderzijds.**
B. Overeenkomsten met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten	**B. Akkoorden met de artsen, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens en de verstrekkers van implantaten**
Artikel 43	~~Artikel 43~~
Wanneer er op nationaal vlak geen overeenkomst bestaat met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten, omdat de overeenkomst niet opgemaakt, niet goedgekeurd of vervallen is, kunnen alle verzekeringsinstellingen samen en de betrokken beroepsorganisaties of representatieve organisaties van de diensten rechtstreeks over streekovereenkomsten onderhandelen en die sluiten.	~~Wanneer er op nationaal vlak geen overeenkomst bestaat met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten, omdat de overeenkomst niet opgemaakt, niet goedgekeurd of vervallen is, kunnen alle verzekeringsinstellingen samen en de betrokken beroepsorganisaties of representatieve organisaties van de diensten rechtstreeks over streekovereenkomsten onderhandelen en die sluiten.~~
Deze overeenkomsten worden gesloten in streekcommissies, welke bestaan uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van, enerzijds, de verzekeringsinstellingen en, anderzijds, de organisaties welke in de beschouwde streek representatief zijn voor de belanghebbende beroepen of diensten. Voor de toepassing van het bepaalde in dit artikel kan de Koning omschrijven wat onder “streek” dient te worden verstaan.	~~Deze overeenkomsten worden gesloten in streekcommissies, welke bestaan uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van, enerzijds, de verzekeringsinstellingen en, anderzijds, de organisaties welke in de beschouwde streek representatief zijn voor de belanghebbende beroepen of diensten. Voor de toepassing van het bepaalde in dit artikel kan de Koning omschrijven wat onder “streek” dient te worden verstaan.~~
Wanneer er op het nationale vlak een overeenkomst is, kunnen regionale overeenkomsten, voor zoverre zij aanvullende bepalingen behelzen, tot stand komen of in voege blijven mits goedkeuring door het Verzekeringscomité.	~~Wanneer er op het nationale vlak een overeenkomst is, kunnen regionale overeenkomsten, voor zoverre zij aanvullende bepalingen behelzen, tot stand komen of in voege blijven mits goedkeuring door het Verzekeringscomité.~~
Artikel 44	Artikel 44

§ 1. De overeenkomsten met betrekking tot de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en [de verstrekkers van prothesen en toestellen] bepalen in het bijzonder het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.

Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.

[Voor de in artikel 34, eerste lid, 4° bis, bedoelde verstrekkingen is de Overeenkomstencommissie tussen verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen bevoegd om de afleveringsmarge vast te stellen. De afleveringsmarge dekt de informatie van de ziekenhuisapotheker met betrekking tot de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aan de in artikel 2, n), bedoelde verplegingsinrichtingen en aan potentiële implanters. De afleveringsmarge dekt ook de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit en de aflevering van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, evenals, overeenkomstig de wettelijke vereisten, de aflevering van en het toezicht op het traject van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.]

§ 2. Wat de huisbezoeken of verstrekkingen ten huize betreft, wordt in de overeenkomsten voor de reiskosten een forfaitair bedrag vastgesteld dat de in § 1 bedoelde personen aan de rechthebbende mogen aanrekenen wanneer zij deze verzorging te zijnen huize verstrekken, hetzij op zijn verzoek, hetzij eigener beweging wanneer de toestand van de zieke verdere verzorging vergt zonder dat hij zich kan verplaatsen. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.

§ 3. [Voor de in artikel 37, § 19 bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming], bedoelde rechthebbenden, kunnen de overeenkomsten, wat de in artikel 34, 1° en 7°bis bedoelde verstrekkingen betreft, in voorkeurshonorariumbedragen voorzien, zodat de rechthebbenden niet een gedeelte van de kosten der verstrekking hoeven te betalen.

§ 4. De overeenkomsten worden door de partijen toegepast, waar en op welk tijdstip ook de verstrekkingen worden verleend.

§ 5. De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 32 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.

Die bijzondere voorwaarden zijn evenwel niet van toepassing wanneer het verstrekkingen geldt aan ter verpleging opgenomen personen die niet in een afzonderlijke kamer verblijven.

§ 6. De Koning kan voor de personen die tot een overeenkomst toetreden, een speciale regeling inzake overlevings- en invaliditeitsverzekering invoeren.

Bij het bepalen van de bedragen van de overeenkomstenhonoraria kan met bedoelde speciale regeling rekening worden gehouden.

§ 1. De akkoorden met betrekking tot de artsen, de tandheelkundigen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens en de audiciens bepalen in het bijzonder het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.

Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.

Voor de in artikel 34, eerste lid, 4° bis, bedoelde verstrekkingen is de Akkoordencommissie tussen verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen bevoegd om de afleveringsmarge vast te stellen. De afleveringsmarge dekt de informatie van de ziekenhuisapotheker met betrekking tot de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aan de in artikel 2, n), bedoelde verplegingsinrichtingen en aan potentiële implanters. De afleveringsmarge dekt ook de aankoop, het voorraadbeheer, de steriliteit en de aflevering van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, evenals, overeenkomstig de wettelijke vereisten, de aflevering van en het toezicht op het traject van deze implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

§ 2. Wat de huisbezoeken of verstrekkingen ten huize betreft, wordt in de akkoorden voor de reiskosten een forfaitair bedrag vastgesteld dat de in § 1 bedoelde personen aan de rechthebbende mogen aanrekenen wanneer zij deze verzorging te zijnen huize verstrekken, hetzij op zijn verzoek, hetzij eigener beweging wanneer de toestand van de rechthebbende verdere verzorging vergt zonder dat hij zich kan verplaatsen. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.

§ 3. De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria, wordt gestort aan de zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming.

§ 4. De akkoorden kunnen de voorwaarden vaststellen inzake bijzondere eisen van de rechthebbenden waarin het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen mag worden overschreden.

De akkoorden kunnen richttarieven vaststellen voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Deze richttarieven moeten een tijdelijk karakter hebben en de opname van deze richttarieven in de akkoorden moet worden geëvalueerd. Deze richttarieven mogen in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of wanneer voor bepaalde

In de financiering van de bij die speciale regeling bepaalde voordelen wordt voorzien met een persoonlijk aandeel van de belanghebbenden dat varieert uitgaande van het peil der overeenkomstenhonoraria en met de inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Daartoe kan de Koning bij het Instituut een bijzonder fonds instellen dat wordt opgenomen in de begroting van de administratiekosten van het Instituut. De Koning bepaalt de werkingsregelen van genoemd fonds.

Na het verstrijken van een tijdvak van twee jaar kan bij wet een bijzondere regeling worden ingevoerd die ook het rustpensioen omvat.

verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

§ 5. De akkoorden met de artsen en de tandheelkundigen kunnen voorzien in een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden. In voorkomend geval mag de arts en de tandheelkundige die gedeeltelijk is toegetreden de honorariumbedragen die zijn vastgesteld in het akkoord overschrijden overeenkomstig de in het akkoord vastgestelde voorwaarden en modaliteiten.

C. Overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen	C. **Akkoorden met de verplegingsinrichtingen**
Artikel 46	Artikel 46
§ 1. De overeenkomsten met betrekking tot de verplegingsinrichtingen voor welke de prijs van de verpleegdag niet wordt vastgesteld door of krachtens de wet op de ziekenhuizen, behelzen de verbintenis van genoemde inrichtingen tot toepassing, ten aanzien van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van het voor iedere inrichting vastgestelde verpleegdagbedrag.	§ 1. De **akkoorden** met betrekking tot de verplegingsinrichtingen voor welke de prijs van de verpleegdag niet wordt vastgesteld door of krachtens de wet op de ziekenhuizen, behelzen de verbintenis van genoemde inrichtingen tot toepassing, ten aanzien van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van het voor iedere inrichting vastgestelde verpleegdagbedrag.
§ 2. In de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen kan worden gesteld dat deze gemachtigd zijn om van de toepassing van de normale verpleegdagbedragen af te wijken in de gevallen waarin de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging geëist hebben in een afzonderlijke kamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen.	§ 2. In de **akkoorden** met de verplegingsinrichtingen kan worden gesteld dat deze gemachtigd zijn om van de toepassing van de normale verpleegdagbedragen af te wijken in de gevallen waarin de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging geëist hebben in een afzonderlijke kamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen.
In de bij de overeenkomsten gevoegde bijlagen geven de verplegingsinrichtingen de prijzen op die toepasselijk zijn voor de opneming van de zieke in een afzonderlijke kamer als bedoeld in het vorige lid.	In de bij de **akkoorden** gevoegde bijlagen geven de verplegingsinrichtingen de prijzen op die toepasselijk zijn voor de opneming van de zieke in een afzonderlijke kamer als bedoeld in het vorige lid.
D. Overeenkomsten met de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde diensten en inrichtingen	D. **Akkoorden** met de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde diensten en inrichtingen
Artikel 47	Artikel 47
§ 1. De in artikel 42 bedoelde overeenkomsten stellen voor de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen de modaliteiten vast voor toekenning van de in artikel 37, § 12, bedoelde tegemoetkomingen.	§ 1. De in artikel 42 **bedoelde akkoorden** stellen voor de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen de modaliteiten vast voor toekenning van de in artikel 37, § 12, bedoelde tegemoetkomingen.
§ 2. De overeenkomsten worden aan het Verzekeringscomité ter goedkeuring voorgelegd. Het Verzekeringscomité kan die overeenkomsten goedkeuren, hetzij voor alle rechthebbenden die in de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen zijn ondergebracht, hetzij voor een deel van die rechthebbenden, rekening houdende met de grenzen van de begrotingskredieten en in functie van de bezuinigingen die door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden worden verwezenlijkt.	§ 2. **De akkoorden worden** aan het Verzekeringscomité ter goedkeuring voorgelegd. Het Verzekeringscomité kan **die akkoorden** goedkeuren, hetzij voor alle rechthebbenden die in de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen zijn ondergebracht, hetzij voor een deel van die rechthebbenden, rekening houdende met de grenzen van de begrotingskredieten en in functie van de bezuinigingen die door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden worden verwezenlijkt.
§ 3. In de overeenkomst kan worden bepaald dat de overeenkomstencommissie de toetreding tot de overeenkomst kan schorsen van een instelling waarin systematisch zware misbruiken worden vastgesteld in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De commissie beslist over de datum waarop de schorsing ingaat en over de schorsingsperiode. De vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die schorsing voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken instelling worden teruggevorderd van de rechthebbenden.	§ 3. In **het akkoord** kan worden bepaald dat de **akkoordencommissie** de toetreding tot **het akkoord** kan schorsen van een instelling waarin systematisch zware misbruiken worden vastgesteld in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De commissie beslist over de datum waarop de schorsing ingaat en over de schorsingsperiode. De vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die schorsing voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken instelling worden teruggevorderd van de rechthebbenden. De Koning

De Koning bepaalt wat onder “systematisch zware misbruiken” wordt verstaan.	bepaalt wat onder “systematisch zware misbruiken” wordt verstaan.
E. Overeenkomst met de apothekers	E. **Akkoord** met de apothekers
Artikel 48	**Artikel 48**
§ 1. De in artikel 42 bedoelde nationale overeenkomst bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria en beschikbaarheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen [bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° en 5°bis], die door de apothekers worden verstrekt.	~~§ 1. De in artikel 42 bedoelde nationale overeenkomst bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria en beschikbaarheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen [bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° en 5°bis], die door de apothekers worden verstrekt.~~
Wat de in artikel 34, eerste lid, 5°, e) bedoelde verstrekkingen betreft, stelt de overeenkomst regelen vast met betrekking tot een honorarium en een forfaitaire vergoeding voor de kosten verbonden aan de aflevering van zuurstof.	~~Wat de in artikel 34, eerste lid, 5°, e) bedoelde verstrekkingen betreft, stelt de overeenkomst regelen vast met betrekking tot een honorarium en een forfaitaire vergoeding voor de kosten verbonden aan de aflevering van zuurstof.~~
§ 2. Voorkeurhonoraria kunnen worden bepaald voor de in artikel 34, 5°, a), bedoelde farmaceutische verstrekkingen, af te leveren [aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming].	~~§ 2. Voorkeurhonoraria kunnen worden bepaald voor de in artikel 34, 5°, a), bedoelde farmaceutische verstrekkingen, af te leveren [aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming].~~
§ 3. De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 32 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.	~~§ 3. De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 32 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.~~
	Het in artikel 42 bedoelde akkoord bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° en 5°bis die door de apothekers worden verstrekt.
F. Gemene bepalingen	F. Gemene bepalingen
Artikel 49	Artikel 49
§ 1. [Opgeheven bij: Wet 11-8-17 - B.S. 28-8 - ed. 1 - art 34]	~~§ 1. [Opgeheven bij: Wet 11-8-17 - B.S. 28-8 - ed. 1 - art 34]~~
§ 2. [De overeenkomsten kunnen bepalen dat de commissie waarin de overeenkomst is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten en dat de commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.]	~~§ 2. [De overeenkomsten kunnen bepalen dat de commissie waarin de overeenkomst is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten en dat de commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.]~~
§ 2*bis*. [De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken personen bedoeld in titel III, hoofdstuk V,	~~§ 2*bis*. [De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken personen bedoeld in titel III, hoofdstuk V,~~

afdeling I, B, C, D en E, de tekst van de goedgekeurde overeenkomsten die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding ter kennis via elektronische weg of per post.	~~afdeling I, B, C, D en E, de tekst van de goedgekeurde overeenkomsten die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding ter kennis via elektronische weg of per post.~~
De bandagist of de orthopedist die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot de overeenkomst te kunnen toetreden en voor zover dat in die overeenkomst uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van de werkgever bijvoegen waarmee hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenis aan te gaan die in de voormelde overeenkomst zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de onderneming die gerechtigd zijn om tot de overeenkomst toe te treden.]	~~De bandagist of de orthopedist die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot de overeenkomst te kunnen toetreden en voor zover dat in die overeenkomst uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van de werkgever bijvoegen waarmee hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenis aan te gaan die in de voormelde overeenkomst zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de onderneming die gerechtigd zijn om tot de overeenkomst toe te treden.]~~
§ 3. [Onverminderd de bepalingen van artikel 49, § 3bis, worden de zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de overeenkomsten, bedoeld in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D en E, geacht tot deze overeenkomsten te zijn toegetreden voor de duur van de overeenkomst, behalve indien zij hun weigering tot toetreding tot de bepalingen van deze overeenkomsten aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering hebben ter kennis gebracht. Deze weigering heeft slechts uitwerking indien ze ter kennis werd gebracht tijdens de periode van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van de overeenkomst via elektronische weg of per post. Vanaf de door de Koning vastgelegde datum geven de zorgverleners elektronisch kennis van hun weigering tot toetreding tot voormelde overeenkomsten via de beveiligde onlinetoepassingen die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Het exclusieve gebruik van de elektronische identiteitskaart van de zorgverlener is voor die kennisgeving verplicht.	~~§ 3. [Onverminderd de bepalingen van artikel 49, § 3bis, worden de zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de overeenkomsten, bedoeld in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D en E, geacht tot deze overeenkomsten te zijn toegetreden voor de duur van de overeenkomst, behalve indien zij hun weigering tot toetreding tot de bepalingen van deze overeenkomsten aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering hebben ter kennis gebracht. Deze weigering heeft slechts uitwerking indien ze ter kennis werd gebracht tijdens de periode van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van de overeenkomst via elektronische weg of per post. Vanaf de door de Koning vastgelegde datum geven de zorgverleners elektronisch kennis van hun weigering tot toetreding tot voormelde overeenkomsten via de beveiligde onlinetoepassingen die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Het exclusieve gebruik van de elektronische identiteitskaart van de zorgverlener is voor die kennisgeving verplicht.~~
De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord via elektronische weg of per post.	~~De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord via elektronische weg of per post.~~
De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 2bis, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor Eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandheefd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.]	~~De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 2bis, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor Eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandheefd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.]~~
§ 3bis. De overeenkomstencommissie kan in geval van misbruiken de overeenkomst eenzijdig voor bepaalde of onbepaalde duur opzeggen. De Koning bepaalt wat onder misbruiken moet worden verstaan.	~~§ 3bis. De overeenkomstencommissie kan in geval van misbruiken de overeenkomst eenzijdig voor bepaalde of onbepaalde duur opzeggen. De Koning bepaalt wat onder misbruiken moet worden verstaan.~~
De beslissing tot opzegging van de overeenkomst wordt bij gewone meerderheid van stemmen genomen. Deze beslissing moet deugdelijk gemotiveerd zijn.	~~De beslissing tot opzegging van de overeenkomst wordt bij gewone meerderheid van stemmen genomen. Deze beslissing moet deugdelijk gemotiveerd zijn.~~

Dergelijke beslissing tot opzegging van de overeenkomst treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de maand tijdens welke de beslissing bij een ter post aangetekende brief aan de zorgverstrekker, dienst of instelling werd betekend.	~~Dergelijke beslissing tot opzegging van de overeenkomst treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de maand tijdens welke de beslissing bij een ter post aangetekende brief aan de zorgverstrekker, dienst of instelling werd betekend.~~
De opzegging blijft onverminderd gelden ten overstaan van stilzwijgend verlengde of nieuwe overeenkomsten die in de plaats komen van de opgezegde overeenkomst.	~~De opzegging blijft onverminderd gelden ten overstaan van stilzwijgend verlengde of nieuwe overeenkomsten die in de plaats komen van de opgezegde overeenkomst.~~
De krachtens artikel 37, § 12, vastgestelde vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die opzegging voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken zorgverlener worden teruggevorderd van de rechthebbenden.	~~De krachtens artikel 37, § 12, vastgestelde vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die opzegging voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken zorgverlener worden teruggevorderd van de rechthebbenden.~~
§ 4. De in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D, E en F bedoelde overeenkomsten worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar en worden, behoudens andersluidende bepalingen, stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.	~~§ 4. De in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D, E en F bedoelde overeenkomsten worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar en worden, behoudens andersluidende bepalingen, stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.~~
Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een overeenkomst van minder dan twee jaar aanvaarden.	~~Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een overeenkomst van minder dan twee jaar aanvaarden.~~
De door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomstteksten voorzien in de voorwaarden waaronder een einde wordt gemaakt aan de uitwerking van de individuele toetredingen tot die overeenkomsten ingeval een nationale of een streekovereenkomst gesloten wordt.	~~De door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomstteksten voorzien in de voorwaarden waaronder een einde wordt gemaakt aan de uitwerking van de individuele toetredingen tot die overeenkomsten ingeval een nationale of een streekovereenkomst gesloten wordt.~~
§ 5. Indien, op de datum van het verstrijken van een in § 4 bedoelde overeenkomst, geen nieuwe overeenkomst werd gesloten, stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen dertig dagen volgend op die datum, voor de gezamenlijke verzekeringsinstellingen, aan ieder beoefenaar van de betrokken beroepen, aan iedere verplegingsinrichting, dienst of inrichting, een andere door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomsttekst ter toetreding voor.	~~§ 5. Indien, op de datum van het verstrijken van een in § 4 bedoelde overeenkomst, geen nieuwe overeenkomst werd gesloten, stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen dertig dagen volgend op die datum, voor de gezamenlijke verzekeringsinstellingen, aan ieder beoefenaar van de betrokken beroepen, aan iedere verplegingsinrichting, dienst of inrichting, een andere door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomsttekst ter toetreding voor.~~
§ 6. [De in §§ 4, eerste lid en 5, eerste lid, bedoelde overeenkomsten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, dertig dagen na de verzending van de tekst van de door het Verzekeringscomité goedgekeurde of vastgestelde overeenkomsten die op hen betrekking hebben, zoals voorzien in paragrafen 2 bis of 5.	~~§ 6. [De in §§ 4, eerste lid en 5, eerste lid, bedoelde overeenkomsten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, dertig dagen na de verzending van de tekst van de door het Verzekeringscomité goedgekeurde of vastgestelde overeenkomsten die op hen betrekking hebben, zoals voorzien in paragrafen 2 bis of 5.~~
Wanneer een nieuwe overeenkomst wordt afgesloten of een nieuw in artikel 49 bedoeld document bestaat, en deze overeenkomst of dit document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een overeenkomst of een document dat is verstreken of dat overeenkomstig artikel 51, § 9 werd ontbonden, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van de overeenkomst of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot	~~Wanneer een nieuwe overeenkomst wordt afgesloten of een nieuw in artikel 49 bedoeld document bestaat, en deze overeenkomst of dit document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een overeenkomst of een document dat is verstreken of dat overeenkomstig artikel 51, § 9 werd ontbonden, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van de overeenkomst of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot~~

toetreding tot de nieuwe overeenkomst of het nieuwe document, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot de nieuwe overeenkomst of het nieuwe document.]	~~toetreding tot de nieuwe overeenkomst of het nieuwe document, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot de nieuwe overeenkomst of het nieuwe document.]~~
§ 7. De Koning kan, van de dertigste dag af die volgt hetzij op de dag van het verzenden door de Dienst voor geneeskundige verzorging van de tekst van de in [titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B en E] bedoelde overeenkomsten, hetzij op die van het aanduiden van de in het vorige lid bedoelde overeenkomsttekst, op voorstel of na gemotiveerd advies van het Verzekeringscomité, voor het hele land of voor bepaalde streken, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vaststellen, wanneer het aantal individuele toetredingen niet 60 pct. bereikt van het totaal aantal beoefenaars van het betrokken beroep.	~~§ 7. De Koning kan, van de dertigste dag af die volgt hetzij op de dag van het verzenden door de Dienst voor geneeskundige verzorging van de tekst van de in [titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B en E] bedoelde overeenkomsten, hetzij op die van het aanduiden van de in het vorige lid bedoelde overeenkomsttekst, op voorstel of na gemotiveerd advies van het Verzekeringscomité, voor het hele land of voor bepaalde streken, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vaststellen, wanneer het aantal individuele toetredingen niet 60 pct. bereikt van het totaal aantal beoefenaars van het betrokken beroep.~~
Zodra vastgesteld wordt dat het in het vorig lid bedoelde quorum is bereikt, kan de Koning de vergoedingsbedragen waarin artikel 37 voorziet, met maximum 25 pct. verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die niet tot een der in deze afdeling bedoelde overeenkomsten zijn toegetreden. De Koning kan evenwel voor de personen die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden, de nakoming van de overeenkomstenhonoraria verbindend verklaren voor de verstrekkingen die zij verlenen aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.	~~Zodra vastgesteld wordt dat het in het vorig lid bedoelde quorum is bereikt, kan de Koning de vergoedingsbedragen waarin artikel 37 voorziet, met maximum 25 pct. verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die niet tot een der in deze afdeling bedoelde overeenkomsten zijn toegetreden. De Koning kan evenwel voor de personen die niet tot de overeenkomst zijn toegetreden, de nakoming van de overeenkomstenhonoraria verbindend verklaren voor de verstrekkingen die zij verlenen aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.~~
Het in het tweede en derde lid bedoelde aantal individuele toetredingen wordt, in principe op nationaal vlak vastgesteld; alsdan kunnen, indien het in het tweede lid bepaalde quorum is bereikt, de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in het ganse land. Is dit quorum niet bereikt, dan wordt het aantal individuele toetredingen per streek vastgesteld; alsdan kunnen de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in elke streek waar dit quorum is bereikt en die van het tweede lid in elke streek waar dat quorum niet is bereikt.	~~Het in het tweede en derde lid bedoelde aantal individuele toetredingen wordt, in principe op nationaal vlak vastgesteld; alsdan kunnen, indien het in het tweede lid bepaalde quorum is bereikt, de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in het ganse land. Is dit quorum niet bereikt, dan wordt het aantal individuele toetredingen per streek vastgesteld; alsdan kunnen de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in elke streek waar dit quorum is bereikt en die van het tweede lid in elke streek waar dat quorum niet is bereikt.~~
Het begrip streek wordt verduidelijkt onder de in artikel 43 gestelde voorwaarden.	~~Het begrip streek wordt verduidelijkt onder de in artikel 43 gestelde voorwaarden.~~
Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal beoefenaars van een bepaald beroep waarmee het aantal tot een overeenkomst toegetreden personen van hetzelfde beroep in verhouding wordt gebracht, door het Verzekeringscomité vastgesteld volgens in de overeenkomst omschreven modaliteiten.	~~Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal beoefenaars van een bepaald beroep waarmee het aantal tot een overeenkomst toegetreden personen van hetzelfde beroep in verhouding wordt gebracht, door het Verzekeringscomité vastgesteld volgens in de overeenkomst omschreven modaliteiten.~~
	De commissie waarin het akkoord is gesloten is bevoegd om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en kan het advies van de bevoegde technische raad inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.

Afdeling II.- Betrekkingen met de artsen en de tandheelkundigen	~~Afdeling II.- Betrekkingen met de artsen en de tandheelkundigen~~
Artikel 50	Artikel 50
§ 1. De betrekkingen tussen de representatieve beroepsorganisaties van het [artsenkorps] en van de tandheelkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds worden geregeld door akkoorden.	~~§ 1. De betrekkingen tussen de representatieve beroepsorganisaties van het [artsenkorps] en van de tandheelkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds worden geregeld door akkoorden.~~
Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de [artsen] of de tandheelkundigen en de rechthebbenden geregeld door de vorenbedoelde akkoorden.	~~Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de [artsen] of de tandheelkundigen en de rechthebbenden geregeld door de vorenbedoelde akkoorden.~~
[De voornoemde akkoorden zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.]	~~[De voornoemde akkoorden zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.]~~
§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het [artsenkorps] en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie [artsen-ziekenfondsen] en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.	~~§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het [artsenkorps] en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie [artsen-ziekenfondsen] en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.~~
Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.	~~Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.~~
De Nationale Commissie [artsen-ziekenfondsen] wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.	~~De Nationale Commissie [artsen-ziekenfondsen] wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.~~
De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het [artsenkorps] of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het [artsenkorps] of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de [artsen] en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het [artsenkorps] vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als [arts-specialist] moeten bevatten.	~~De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het [artsenkorps] of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het [artsenkorps] of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de [artsen] en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het [artsenkorps] vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als [arts-specialist] moeten bevatten.~~
De voorzitter is niet stemgerechtigd.	~~De voorzitter is niet stemgerechtigd.~~

§ 2bis. [De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de artsen en tandheelkundigen, de tekst van de goedgekeurde akkoorden die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding, ter kennis via elektronische weg of per post.]	~~§ 2bis. [De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de artsen en tandheelkundigen, de tekst van de goedgekeurde akkoorden die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding, ter kennis via elektronische weg of per post.]~~
§ 3. Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenveertig dagen na hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, behoudens indien meer dan 40 percent van de [artsen] of van de tandheelkundigen elektronisch via een beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden. Het exclusieve gebruik van de elektronische identiteitskaart van de [arts] of van de tandheelkundige is voor die kennisgeving verplicht. Voor de tandheelkundigen wordt dat percentage globaal berekend op niveau van het Rijk. Bovendien, opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen niet meer dan 50 percent van de tandheelkundigen en niet meer dan 50 percent van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 percent van de [artsen-specialisten] geweigerd hebben tot het akkoord toe te treden.	~~§ 3. Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenveertig dagen na hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, behoudens indien meer dan 40 percent van de [artsen] of van de tandheelkundigen elektronisch via een beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden. Het exclusieve gebruik van de elektronische identiteitskaart van de [arts] of van de tandheelkundige is voor die kennisgeving verplicht. Voor de tandheelkundigen wordt dat percentage globaal berekend op niveau van het Rijk. Bovendien, opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen niet meer dan 50 percent van de tandheelkundigen en niet meer dan 50 percent van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 percent van de [artsen-specialisten] geweigerd hebben tot het akkoord toe te treden.~~
Van de weigering tot toetreding wordt kennis gegeven via de voormelde beveiligde onlinetoepassing uiterlijk de dertigste dag na de bekendmaking van de akkoorden in het Belgisch Staatsblad aan het voormelde Instituut. [De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord via elektronische weg.]	~~Van de weigering tot toetreding wordt kennis gegeven via de voormelde beveiligde onlinetoepassing uiterlijk de dertigste dag na de bekendmaking van de akkoorden in het Belgisch Staatsblad aan het voormelde Instituut. [De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord via elektronische weg.]~~
De telling van de [artsen] of van de tandheelkundigen die kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde commissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden.	~~De telling van de [artsen] of van de tandheelkundigen die kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde commissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden.~~
Indien het voormelde Instituut evenwel via de beveiligde onlinetoepassing boodschappen ontvangt die door de [artsen] of de tandheelkundigen na afloop van die termijn van vijfenveertig dagen zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de Nationale Commissie vast dat het akkoord in werking treedt in een bepaalde streek, voor zover, ingevolge die boodschappen, de percentages van weigering tot toetreding aldaar één van de in het eerste lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.	~~Indien het voormelde Instituut evenwel via de beveiligde onlinetoepassing boodschappen ontvangt die door de [artsen] of de tandheelkundigen na afloop van die termijn van vijfenveertig dagen zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de Nationale Commissie vast dat het akkoord in werking treedt in een bepaalde streek, voor zover, ingevolge die boodschappen, de percentages van weigering tot toetreding aldaar één van de in het eerste lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.~~
Indien [artsen] of tandheelkundigen, overeenkomstig de bedingen van een akkoord, elektronisch via de beveiligde onlinetoepassing kennis hebben gegeven van hun weigering om dit akkoord verder na te leven, stelt de Nationale Commissie eventueel vast dat het akkoord geen toepassing meer vindt zodra deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat de percentages van weigering tot toetreding voor een bepaalde streek de in het eerste lid bedoelde percentages overschrijden.	~~Indien [artsen] of tandheelkundigen, overeenkomstig de bedingen van een akkoord, elektronisch via de beveiligde onlinetoepassing kennis hebben gegeven van hun weigering om dit akkoord verder na te leven, stelt de Nationale Commissie eventueel vast dat het akkoord geen toepassing meer vindt zodra deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat de percentages van weigering tot toetreding voor een bepaalde streek de in het eerste lid bedoelde percentages overschrijden.~~

De [artsen] en de tandheelkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden volgens de in deze paragraaf vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het voormelde Instituut elektronisch en via de in deze paragraaf vermelde beveiligde onlinetoepassing, volgens de [in de akkoorden] te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen.	~~De [artsen] en de tandheelkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden volgens de in deze paragraaf vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het voormelde Instituut elektronisch en via de in deze paragraaf vermelde beveiligde onlinetoepassing, volgens de [in de akkoorden] te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen.~~
Buiten de uren en dagen meegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.	~~Buiten de uren en dagen meegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.~~
[In afwijking van het eerste lid, eerste zin, treedt het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2024-2025 in werking, behoudens indien meer dan 45 procent van de tandheelkundigen elektronisch via een beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van het genoemde akkoord.]	~~[In afwijking van het eerste lid, eerste zin, treedt het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2024-2025 in werking, behoudens indien meer dan 45 procent van de tandheelkundigen elektronisch via een beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van het genoemde akkoord.]~~
[Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een nieuw in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document bestaat, en dit akkoord of document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of document dat is verstreken of dat overeenkomstig artikel 51, § 9 werd ontbonden, behouden de artsen en tandheelkundigen voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document.]	~~[Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een nieuw in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document bestaat, en dit akkoord of document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of document dat is verstreken of dat overeenkomstig artikel 51, § 9 werd ontbonden, behouden de artsen en tandheelkundigen voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document.]~~
De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels ter uitvoering van deze paragraaf.	~~De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels ter uitvoering van deze paragraaf.~~
§ 3bis. Onverminderd de bepaling van § 3, [zevende lid], zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbend niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.	~~§ 3bis. Onverminderd de bepaling van § 3, [zevende lid], zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbend niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.~~
§ 4. De grenzen van de streken vallen samen met die van de administratieve arrondissementen van het Rijk. De Koning kan, op voorstel van de bevoegde Nationale commissie, een verschillende omschrijving van de streken vaststellen.	~~§ 4. De grenzen van de streken vallen samen met die van de administratieve arrondissementen van het Rijk. De Koning kan, op voorstel van de bevoegde Nationale commissie, een verschillende omschrijving van de streken vaststellen.~~

§ 5. [Opgeheven door: Wet (div) 17-7-15 - B.S. 17-8 - art. 10]	~~§ 5. [Opgeheven door: Wet (div) 17-7-15 - B.S. 17-8 - art. 10]~~
§ 6. De akkoorden gesloten in de in § 2 bedoelde Commissies stellen inzonderheid de honoraria vast, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de [artsen] en de tandheelkundigen die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn.	~~§ 6. De akkoorden gesloten in de in § 2 bedoelde Commissies stellen inzonderheid de honoraria vast, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de [artsen] en de tandheelkundigen die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn.~~
Zij stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de arts of de tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn. De akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen stellen in voorkomend geval de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria vast voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Deze overschrijding van de honoraria is toepasbaar tot op de datum van het verstrijken van de geldigheidsduur van het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen gesloten voor het jaar [2028.]	~~Zij stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de arts of de tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn. De akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen stellen in voorkomend geval de in het kader van de akkoorden toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria vast voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Deze overschrijding van de honoraria is toepasbaar tot op de datum van het verstrijken van de geldigheidsduur van het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen gesloten voor het jaar [2028.]~~
Inzake de bezoeken of verstrekkingen aan huis wordt voor de reiskosten in de akkoorden het forfaitaire bedrag vastgesteld dat de [artsen] of de tandheelkundigen van de rechthebbenden vorderen; ze mogen bedingen behelzen waarin is voorzien in bijzondere modaliteiten, toepasselijk in een bepaalde streek, eventueel op voorstel van een gewestelijke commissie [artsen-ziekenfondsen] of tandheelkundigen-ziekenfondsen of van de gewestelijke afgevaardigden van de representatieve beroepsorganisaties van het [artsenkorps] of van de tandheelkundigen, en van de verzekeringsinstellingen. Dat forfaitair bedrag kan van streek tot streek verschillen. Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien.	~~Inzake de bezoeken of verstrekkingen aan huis wordt voor de reiskosten in de akkoorden het forfaitaire bedrag vastgesteld dat de [artsen] of de tandheelkundigen van de rechthebbenden vorderen; ze mogen bedingen behelzen waarin is voorzien in bijzondere modaliteiten, toepasselijk in een bepaalde streek, eventueel op voorstel van een gewestelijke commissie [artsen-ziekenfondsen] of tandheelkundigen-ziekenfondsen of van de gewestelijke afgevaardigden van de representatieve beroepsorganisaties van het [artsenkorps] of van de tandheelkundigen, en van de verzekeringsinstellingen. Dat forfaitair bedrag kan van streek tot streek verschillen. Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien.~~
Voor de gevallen waarin een [arts-specialist] of een tandheelkundige door de huisarts ter consult wordt bijgeroepen ten huize van de zieke, mag in het akkoord een kilometervergoeding voor verplaatsingen worden vastgesteld.	~~Voor de gevallen waarin een [arts-specialist] of een tandheelkundige door de huisarts ter consult wordt bijgeroepen ten huize van de zieke, mag in het akkoord een kilometervergoeding voor verplaatsingen worden vastgesteld.~~
De akkoorden kunnen voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de organisatiekosten van cursussen voor aanvullende opleiding voor [artsen].	~~De akkoorden kunnen voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de organisatiekosten van cursussen voor aanvullende opleiding voor [artsen].~~
De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria, wordt gestort aan de zorgverleners	~~De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria, wordt gestort aan de zorgverleners~~

die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming.	~~die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming.~~
In de akkoorden kunnen bovendien de voorwaarden bepaald worden waarbij de zorgverlener voor een bepaalde periode niet meer beantwoordt aan de accrediteringsvoorwaarden, bedoeld in artikel 36ter , wanneer bij toepassing van [artikelen 142 tot 144], tegen hem minstens twee sancties werden uitgesproken tijdens een periode van vier kalenderjaren.	~~In de akkoorden kunnen bovendien de voorwaarden bepaald worden waarbij de zorgverlener voor een bepaalde periode niet meer beantwoordt aan de accrediteringsvoorwaarden, bedoeld in artikel 36ter , wanneer bij toepassing van [artikelen 142 tot 144], tegen hem minstens twee sancties werden uitgesproken tijdens een periode van vier kalenderjaren.~~
§ 7. [Opgeheven door: Wet 19-3-13 - B.S. 29-3 - ed. 2 - art. 13]	~~§ 7. [Opgeheven door: Wet 19-3-13 - B.S. 29-3 - ed. 2 - art. 13]~~
[De akkoorden] kunnen [...] bepalen dat de Nationale commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat zij het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.	~~[De akkoorden] kunnen [...] bepalen dat de Nationale commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat zij het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.~~
§ 8. De akkoorden, gesloten in de Nationale commissie [artsen-ziekenfondsen] en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar.	~~§ 8. De akkoorden, gesloten in de Nationale commissie [artsen-ziekenfondsen] en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar.~~
Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee jaar aanvaarden.	~~Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee jaar aanvaarden.~~
§ 9. De voorzitter van de Nationale commissie roept de Commissie uiterlijk drie maanden vóór de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.	~~§ 9. De voorzitter van de Nationale commissie roept de Commissie uiterlijk drie maanden vóór de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.~~
§ 10. In geval van moeilijkheden, die voortkomen van een percentage weigeringen tot toetreding, hetwelk in één of meer streken eventueel hoger ligt dan die, bedoeld in § 3, onderzoekt de betrokken Nationale commissie de toestand en kan zij, na raadpleging van de gewestelijke afgevaardigden van het [artsenkorps] of van de tandheelkundigen en van de verzekeringsinstellingen, oplossingen voorstellen die de inwerkingtreding van de akkoorden in dat of die streken toelaten.	~~§ 10. In geval van moeilijkheden, die voortkomen van een percentage weigeringen tot toetreding, hetwelk in één of meer streken eventueel hoger ligt dan die, bedoeld in § 3, onderzoekt de betrokken Nationale commissie de toestand en kan zij, na raadpleging van de gewestelijke afgevaardigden van het [artsenkorps] of van de tandheelkundigen en van de verzekeringsinstellingen, oplossingen voorstellen die de inwerkingtreding van de akkoorden in dat of die streken toelaten.~~
De Commissie stelt, streek per streek, vast dat het akkoord in werking kan treden, hetzij omdat de in § 3 bedoelde percentages weigeringen tot toetreding niet langer overschreden worden hetzij omdat de in het vorige lid overwogen oplossingen werden bereikt.	~~De Commissie stelt, streek per streek, vast dat het akkoord in werking kan treden, hetzij omdat de in § 3 bedoelde percentages weigeringen tot toetreding niet langer overschreden worden hetzij omdat de in het vorige lid overwogen oplossingen werden bereikt.~~
§ 11. Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.	~~§ 11. Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.~~

Indien voornoemde maatregel genomen wordt ten aanzien van alle rechthebbenden en ze voor de vaststelling van de honoraria naar de tarieven van het akkoord of het document verwijzen, blijven of worden de bepalingen bedoeld in bedoeld akkoord of document toegepast op de [artsen] en tandheelkundigen die in die streken hun weigering tot toetreding tot de termen van genoemd akkoord of document niet hebben ter kennis gebracht binnen de in § 3 bedoelde termijn; in dat geval wordt de krachtens het eerste lid genomen maatregel op hen niet toegepast.	~~Indien voornoemde maatregel genomen wordt ten aanzien van alle rechthebbenden en ze voor de vaststelling van de honoraria naar de tarieven van het akkoord of het document verwijzen, blijven of worden de bepalingen bedoeld in bedoeld akkoord of document toegepast op de [artsen] en tandheelkundigen die in die streken hun weigering tot toetreding tot de termen van genoemd akkoord of document niet hebben ter kennis gebracht binnen de in § 3 bedoelde termijn; in dat geval wordt de krachtens het eerste lid genomen maatregel op hen niet toegepast.~~
Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord kon worden gesloten of indien een nieuw akkoord is gesloten of een document in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt, maar de bedragen en de honoraria nog niet in werking zijn getreden, stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen.	~~Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord kon worden gesloten of indien een nieuw akkoord is gesloten of een document in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt, maar de bedragen en de honoraria nog niet in werking zijn getreden, stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen.~~
Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het vorige lid, blijven de in het verstreken akkoord of document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.	~~Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het vorige lid, blijven de in het verstreken akkoord of document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.~~
§ 12. De nationale akkoorden [artsen-ziekenfondsen] bevatten bepalingen die een bijkomende herwaardering van de honoraria van een of meer groepen van zorgverleners afhankelijk maken van de beheersing van de evolutie van de uitgaven voor sommige geneeskundige verstrekkingen waarop die groep of groepen van zorgverleners door hun praktijk een invloed kunnen hebben. Vorenbedoelde herwaardering kan ook betrekking hebben op een van de twee delen van de honoraria, die zijn omschreven in artikel 68, § 1.	~~§ 12. De nationale akkoorden [artsen-ziekenfondsen] bevatten bepalingen die een bijkomende herwaardering van de honoraria van een of meer groepen van zorgverleners afhankelijk maken van de beheersing van de evolutie van de uitgaven voor sommige geneeskundige verstrekkingen waarop die groep of groepen van zorgverleners door hun praktijk een invloed kunnen hebben. Vorenbedoelde herwaardering kan ook betrekking hebben op een van de twee delen van de honoraria, die zijn omschreven in artikel 68, § 1.~~
Het bedrag van deze bijkomende herwaardering moet gekoppeld worden aan een minder snelle stijging van de uitgaven in de in het akkoord aangeduide sectoren.	~~Het bedrag van deze bijkomende herwaardering moet gekoppeld worden aan een minder snelle stijging van de uitgaven in de in het akkoord aangeduide sectoren.~~
Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord goedkeuren dat dergelijke bepalingen niet bevat.	~~Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord goedkeuren dat dergelijke bepalingen niet bevat.~~
	§ 1. Elk akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Het kan ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn.
	Elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling beduidend niet gerechtvaardigd wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.
	De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, in wijzigingen van de in

	artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren.
	Bovenop die correctiemechanismen moet elk akkoord bevatten:
	1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, § 1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7;
	2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in het akkoord zijn opgenomen, beduidend niet gerechtvaardigd overschrijdt of dreigt te overschrijden.
	De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.
	Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen akkoord loopt.
	Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.
	Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene Raad, kan een akkoordencommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207*bis* door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.

	§ 2. Een beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of een risico op beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld door de Algemene raad. Het komt aan de Algemene Raad toe om te bepalen welk gevolg er gegeven wordt aan enige beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding of risico op beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling.
	Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in paragraaf 5.
	§ 3. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee.
	De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren. Bij dat verslag moeten de akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die beduidende niet-gerechtvaardigde overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.
	§ 4. Elke akkoordencommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging, die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing.
	Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene Raad.

	§ 5. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Algemene raad zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De algemene Raad stelt na advies van de Commissie voor begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.
	§ 6. De §§ 1 tot 5 zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten.
(…)	(…)
Afdeling III.- Bepalingen gemeenschappelijk aan de afdelingen I en II	Afdeling III.- **Proces sluiten van akkoorden en toetreding tot akkoorden**
Artikel 51	Artikel 51
§ 1. [De in de afdelingen I en II bedoelde overeenkomsten en akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene Raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vóór 31 december, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. Deze termijnen mogen uitzonderlijk worden overschreden mits de uitdrukkelijke motivering van dit uitzonderlijk karakter. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden en overeenkomsten, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord of overeenkomst is gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als dit laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen;	~~§ 1. [De in de afdelingen I en II bedoelde overeenkomsten en akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene Raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vóór 31 december, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. Deze termijnen mogen uitzonderlijk worden overschreden mits de uitdrukkelijke motivering van dit uitzonderlijk karakter. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden en overeenkomsten, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord of overeenkomst is gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als dit laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen;~~
De Commissies kunnen een financieel meerjarenkader toevoegen aan het akkoord of de overeenkomst;	~~De Commissies kunnen een financieel meerjarenkader toevoegen aan het akkoord of de overeenkomst;~~
Na de goedkeuring van een overeenkomst of een akkoord overeenkomstig de in artikel 22, 3°, vermelde procedure deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen. De beslissing van de Ministerraad wordt samen met de overeenkomsten en akkoorden in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt;]	~~Na de goedkeuring van een overeenkomst of een akkoord overeenkomstig de in artikel 22, 3°, vermelde procedure deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen. De beslissing van de Ministerraad wordt samen met de overeenkomsten en akkoorden in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt;]~~
Als op voorvermelde datum geen overeenkomst of akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als de overeenkomst of het akkoord niet wordt goedgekeurd door	~~Als op voorvermelde datum geen overeenkomst of akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als de overeenkomst of het akkoord niet wordt goedgekeurd door~~

het Verzekeringscomité, kan dit laatste opmerkingen maken of zelf een voorstel formuleren dat het [binnen de termijn van een maand] meedeelt aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter van het Verzekeringscomité doet die commissie bijeenroepen in een vergadering die door hem zelf of door zijn afgevaardigde wordt voorgezeten. De betrokken commissie heeft vanaf de datum waarop het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité zijn meegedeeld, vijftien dagen tijd om zich daarover uit te spreken;	~~het Verzekeringscomité, kan dit laatste opmerkingen maken of zelf een voorstel formuleren dat het [binnen de termijn van een maand] meedeelt aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter van het Verzekeringscomité doet die commissie bijeenroepen in een vergadering die door hem zelf of door zijn afgevaardigde wordt voorgezeten. De betrokken commissie heeft vanaf de datum waarop het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité zijn meegedeeld, vijftien dagen tijd om zich daarover uit te spreken;~~
Indien de betrokken commissie het eens is met het voorstel of met de opmerkingen van het Verzekeringscomité of indien dit het tegenvoorstel van de commissie aanvaardt, wordt op die basis een overeenkomst of een akkoord gesloten;	~~Indien de betrokken commissie het eens is met het voorstel of met de opmerkingen van het Verzekeringscomité of indien dit het tegenvoorstel van de commissie aanvaardt, wordt op die basis een overeenkomst of een akkoord gesloten;~~
Indien daarentegen de betrokken commissie het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité afwijst of indien het Verzekeringscomité het tegenvoorstel van de commissie afwijst of nog, indien de commissie zich niet binnen de vastgestelde termijn uitspreekt, of indien de Algemene Raad met toepassing van artikel 16, § 1, 7°, een ongunstige beslissing neemt betreffende dat voorstel of die opmerkingen:	~~Indien daarentegen de betrokken commissie het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité afwijst of indien het Verzekeringscomité het tegenvoorstel van de commissie afwijst of nog, indien de commissie zich niet binnen de vastgestelde termijn uitspreekt, of indien de Algemene Raad met toepassing van artikel 16, § 1, 7°, een ongunstige beslissing neemt betreffende dat voorstel of die opmerkingen:~~
1° [zijn de bepalingen van artikel 49, § 5, van toepassing wat de overeenkomsten betreft. De betrokken zorgverleners die hun weigering niet hebben ter kennis gebracht volgens de procedure voorzien in artikel 49, § 3, worden geacht te zijn toegetreden. Het voordeel van het sociaal statuut wordt toegekend aan de zorgverleners op wie de regelgeving met betrekking tot de sociale voordelen van toepassing is en die daarvoor hun aanvraag indienen volgens de vigerende procedure;]	~~1° [zijn de bepalingen van artikel 49, § 5, van toepassing wat de overeenkomsten betreft. De betrokken zorgverleners die hun weigering niet hebben ter kennis gebracht volgens de procedure voorzien in artikel 49, § 3, worden geacht te zijn toegetreden. Het voordeel van het sociaal statuut wordt toegekend aan de zorgverleners op wie de regelgeving met betrekking tot de sociale voordelen van toepassing is en die daarvoor hun aanvraag indienen volgens de vigerende procedure;]~~
2° kan de Minister, wat de akkoorden betreft, na overleg in de Ministerraad, een document ter toetreding voorleggen aan de [artsen] of aan de tandheelkundigen. In dat document worden de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering, alsmede de bijzondere regels met betrekking tot de openbaarmaking en de voorwaarden inzake tijd en plaats waarin die tarieven en regelen van strikte toepassing zijn; deze voorwaarden zijn die welke opgenomen waren in het jongst gesloten akkoord. Bedoeld document stelt tevens het bedrag vast van de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 50, § 6, zesde lid;	~~2° kan de Minister, wat de akkoorden betreft, na overleg in de Ministerraad, een document ter toetreding voorleggen aan de [artsen] of aan de tandheelkundigen. In dat document worden de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering, alsmede de bijzondere regels met betrekking tot de openbaarmaking en de voorwaarden inzake tijd en plaats waarin die tarieven en regelen van strikte toepassing zijn; deze voorwaarden zijn die welke opgenomen waren in het jongst gesloten akkoord. Bedoeld document stelt tevens het bedrag vast van de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 50, § 6, zesde lid;~~
De [artsen] of tandheelkundigen die uiterlijk op de dertigste dag volgend op de datum van bekendmaking van dit document in het Belgisch Staatsblad, geen kennis van hun weigering hebben gegeven volgens de procedure vermeld in artikel 50, § 3, worden geacht te zijn toegetreden. De bepalingen van dit document treden in werking overeenkomstig de bepalingen van artikel 50, § 3. Onverminderd de andere bepalingen die voortvloeien uit de vaststelling dat meer dan 40 percent van de [artsen] of van de tandheelkundigen kennis hebben gegeven van hun weigering, wordt het voordeel van het sociaal statuut	~~De [artsen] of tandheelkundigen die uiterlijk op de dertigste dag volgend op de datum van bekendmaking van dit document in het Belgisch Staatsblad, geen kennis van hun weigering hebben gegeven volgens de procedure vermeld in artikel 50, § 3, worden geacht te zijn toegetreden. De bepalingen van dit document treden in werking overeenkomstig de bepalingen van artikel 50, § 3. Onverminderd de andere bepalingen die voortvloeien uit de vaststelling dat meer dan 40 percent van de [artsen] of van de tandheelkundigen kennis hebben gegeven van hun weigering, wordt het voordeel van het sociaal statuut~~

toegekend aan de [artsen] of tandheelkundigen die volgens de geldende procedure daarom verzoeken. De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels ter uitvoering van deze bepaling;	~~toegekend aan de [artsen] of tandheelkundigen die volgens de geldende procedure daarom verzoeken. De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels ter uitvoering van deze bepaling;~~
3° kunnen, als de onder punt 2° bedoelde procedure niet wordt gevolgd, de bepalingen van artikel 50, § 11, worden toegepast.	~~3° kunnen, als de onder punt 2° bedoelde procedure niet wordt gevolgd, de bepalingen van artikel 50, § 11, worden toegepast.~~
Onverminderd de voorgaande bepalingen en die van artikel 49, indien, op de datum van het verstrijken van een overeenkomst geen nieuwe overeenkomst is gesloten, blijven de in de verstreken vorige overeenkomst vastgestelde prijzen en honoraria als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuwe overeenkomst of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.	~~Onverminderd de voorgaande bepalingen en die van artikel 49, indien, op de datum van het verstrijken van een overeenkomst geen nieuwe overeenkomst is gesloten, blijven de in de verstreken vorige overeenkomst vastgestelde prijzen en honoraria als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuwe overeenkomst of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.~~
§ 2. [Elke overeenkomst of akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Ze kunnen ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn;]	~~§ 2. [Elke overeenkomst of akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Ze kunnen ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn;]~~
Elke overeenkomst of elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden;	~~Elke overeenkomst of elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden;~~
De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, in wijzigingen van de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren.	~~De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, in wijzigingen van de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren.~~
Bovenop die correctiemechanismen moet elke overeenkomst of elk akkoord bevatten:	~~Bovenop die correctiemechanismen moet elke overeenkomst of elk akkoord bevatten:~~
1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, §1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7;	~~1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, §1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7;~~
2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in de overeenkomst of het akkoord zijn opgenomen, overschrijdt of dreigt te overschrijden.	~~2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in de overeenkomst of het akkoord zijn opgenomen, overschrijdt of dreigt te overschrijden.~~
De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt	~~De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast. De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt~~

vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.	~~vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.~~
Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen overeenkomst of geen akkoord loopt en maken, vanaf 1 januari 2001, integraal deel uit van de bedingen van de overeenkomsten die, op die datum, in toepassing van artikel 49, § 4, stilzwijgend worden verlengd.	~~Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen overeenkomst of geen akkoord loopt en maken, vanaf 1 januari 2001, integraal deel uit van de bedingen van de overeenkomsten die, op die datum, in toepassing van artikel 49, § 4, stilzwijgend worden verlengd.~~
Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die de overeenkomst of het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om deze overeenkomst, dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.	~~Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die de overeenkomst of het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om deze overeenkomst, dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.~~
Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene Raad, kan een overeenkomsten- of akkoordencommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207*bis* door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.	~~Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene Raad, kan een overeenkomsten- of akkoordencommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207*bis* door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.~~
§ 3. De Koning bepaalt wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling of van de normen inzake volume moet worden verstaan.	~~§ 3. De Koning bepaalt wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling of van de normen inzake volume moet worden verstaan.~~
Hij kan in deze bepalingen een onderscheid maken tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in artikel 51, § 7.	~~Hij kan in deze bepalingen een onderscheid maken tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in artikel 51, § 7.~~
§ 4. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke overeenkomsten- of akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee.	~~§ 4. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke overeenkomsten- of akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee.~~
[De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren, waaronder het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,	~~[De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 30 juni, op basis van de gecumuleerde jaaruitgaven van het voorgaande begrotingsjaar, aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies en aan de ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren, waaronder het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,~~

gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. Bij dat verslag moeten de overeenkomsten- en akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.]	~~gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. Bij dat verslag moeten de overeenkomsten- en akkoordencommissies worden betrokken en moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.]~~
§ 5. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt.	~~§ 5. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt.~~
De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies kunnen aan de Algemene raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen.	~~De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies kunnen aan de Algemene raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen.~~
In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene raad zich uit over voormelde voorstellen.	~~In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene raad zich uit over voormelde voorstellen.~~
§ 6. Elke overeenkomsten- of akkoordencommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging, die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een overeenkomst of een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing.	~~§ 6. Elke overeenkomsten- of akkoordencommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging, die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een overeenkomst of een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing.~~
Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene raad.	~~Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene raad.~~
§ 7. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De Algemene raad stelt na advies van de commissie voor Begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.	~~§ 7. De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De Algemene raad stelt na advies van de commissie voor Begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.~~
§ 8. [De §§ 1 tot 7 zijn niet van toepassing op overeenkomsten gesloten met verstrekkers van implantaten;]	~~§ 8. [De §§ 1 tot 7 zijn niet van toepassing op overeenkomsten gesloten met verstrekkers van implantaten;]~~

§ 9. [De overeenkomsten en akkoorden kunnen geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een overeenkomst of een akkoord indien door de Koning of door de Algemene Raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria of de bedragen vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2, 46, §§ 1 en 2, 48, §§ 1 en 2 en 50 § 6, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68;	~~§ 9. [De overeenkomsten en akkoorden kunnen geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een overeenkomst of een akkoord indien door de Koning of door de Algemene Raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria of de bedragen vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2, 46, §§ 1 en 2, 48, §§ 1 en 2 en 50 § 6, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68;~~
De overeenkomsten en de akkoorden stellen de nadere toepassingsregels van de opzegging vast.]	~~De overeenkomsten en de akkoorden stellen de nadere toepassingsregels van de opzegging vast.]~~
§ 10. [Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd en dat in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt.]	~~§ 10. [Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat aan de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd en dat in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt.]~~
	De in artikel 42 bedoelde akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en worden vóór 31 december voorgelegd aan het Verzekeringscomité en aan de Algemene raad om goed te keuren, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. De Algemene raad keurt de akkoorden goed als ze in overeenstemming zijn met de begroting. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op deze datum. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord wordt gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als deze laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en hun partiële begrotingsdoelstellingen, in acht te nemen.
	De Commissies kunnen een financieel meerjarenkader toevoegen aan het akkoord. Na de goedkeuring van een akkoord door de Algemene raad, deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.
	Als op voorvermelde datum geen akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als het akkoord op voorvermelde datum niet wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad, kan het Verzekeringscomité een document vaststellen dat vóór 1 februari van het daaropvolgende jaar wordt voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. De leden van de betrokken akkoordencommissie worden uitgenodigd om deel te nemen aan de vergadering van het Verzekeringscomité tijdens dewelke het document

	wordt besproken. De leden van de betrokken akkoordencommissie hebben raadgevende stem, tenzij ze zelf ook stemgerechtigd lid zijn van het Verzekeringscomité. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.
	Indien op 31 januari geen document werd vastgesteld door het Verzekeringscomité en goedgekeurd door de Algemene raad, kan de minister een document vaststellen. Dat document wordt vóór 1 maart voorgelegd aan de Algemene raad om de overeenstemming met de begroting vast te stellen, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Deze instanties spreken zich ten laatste uit op de laatste dag van februari. Na de goedkeuring van een document door de Algemene raad, deelt de minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.
	In dat document worden in het bijzonder de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering en die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de zorgverleners die geacht worden tot de documenten toegetreden te zijn. In het document voor de artsen en de tandheelkundigen worden tevens de voorwaarden vastgesteld betreffende de tijdstippen tijdens dewelke de honorariumtarieven van strikte toepassing zijn.
	Dit artikel is niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten.
	Artikel 51/1
	§ 1. De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken zorgverleners de tekst van de door de Ministerraad goedgekeurde akkoorden, bedoeld in artikel 42, of van de door de Ministerraad goedgekeurde documenten, bedoeld in artikel 51, die op hen betrekking hebben en de nadere regels voor toetreding en niet-toetreding ter kennis via elektronische weg of per post.
	De orthopedisch technoloog die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot het akkoord of het document te kunnen toetreden en voor zover dat in dat akkoord of in dat document uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van de werkgever bijvoegen waarmee hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenissen aan te gaan die in het voormelde akkoord of in het voormelde document zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de

	onderneming die gerechtigd zijn om tot het akkoord of het document toe te treden.
	§ 2. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten worden geacht tot deze akkoorden of deze documenten te zijn toegetreden voor de duur van het akkoord of het document. Deze weigering heeft slechts uitwerking indien ze ter kennis werd gebracht tijdens de periode van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van het akkoord of het document. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze kennisgeving van weigering via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de kennisgeving van weigering door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de kennisgeving van weigering uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.
	De weigering tot toetreding wordt slechts geldig ter kennis gebracht na de datum van de mededeling van het akkoord of het document via elektronische weg of per post.
	De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van paragraaf 1, tweede lid, vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandhaafd behalve indien de werkgever binnen vijftien dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.
	§ 3. De akkoorden en de documenten treden in werking voor de toegetreden zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door de Ministerraad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van de door de Ministerraad

	goedgekeurde documenten, behoudens indien meer dan 40 percent van de zorgverleners volgens de nadere regels bepaald in paragraaf 2 kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden of documenten.
	Opdat het akkoord artsen – ziekenfondsen of het document dat door het Verzekeringscomité of de Minister werd vastgesteld voor de artsen in werking kan treden mogen bovendien niet meer dan 50 percent van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 percent van de artsen-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord of het document toe te treden.
	De telling van de zorgverleners die kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden of de documenten, wordt uitgevoerd door de akkoordencommissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden of de documenten.
	Indien het Instituut evenwel boodschappen ontvangt die door de zorgverleners na afloop van de termijn van dertig dagen bedoeld in paragraaf 2 zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de akkoordencommissie vast dat het akkoord of het document in werking treedt, voor zover, ingevolge die boodschappen, het percentage van weigering tot toetreding het in het eerste lid bedoelde percentage niet meer overschrijdt. Indien het Instituut evenwel boodschappen ontvangt die door de artsen na afloop van de termijn van dertig dagen bedoeld in paragraaf 2 zijn verzonden en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding waarvan eerder kennis is gegeven, stelt de akkoordencommissie vast dat het akkoord of het document in werking treedt, voor zover, ingevolge die boodschappen, het percentage van weigering tot toetreding de in het eerste en het tweede lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.
	Indien zorgverleners overeenkomstig de bepalingen van deze wet kennis hebben gegeven van hun weigering om dat akkoord of dat document verder na te leven, stelt de akkoordencommissie eventueel vast dat het akkoord of het document geen toepassing meer vindt zodra deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat het percentage van weigering tot toetreding het in het eerste lid bedoelde percentage overschrijdt. Indien artsen overeenkomstig de bepalingen van deze wet kennis hebben gegeven van hun weigering om dat akkoord of dat document verder na te leven, stelt de akkoordencommissie eventueel vast dat het akkoord of het document geen toepassing meer vindt zodra deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat het percentage van weigering tot toetreding de in het eerste lid en het tweede lid bedoelde percentages overschrijden.
	Artikel 51/2

	De in artikel 42 bedoelde akkoorden worden gesloten voor een periode van ten minste twee kalenderjaren. De akkoordencommissie kan beslissen het akkoord te verlengen van kalenderjaar tot kalenderjaar. De beslissing tot verlenging moet ten laatste worden genomen op 30 september. De akkoorden kunnen ook voorzien dat ze stilzwijgend worden verlengd van kalenderjaar tot kalenderjaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.
	Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee kalenderjaren goedkeuren.
	De door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten lopen tot het einde van het kalenderjaar waarin ze worden vastgesteld.
	De voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk 15 september van het jaar waarin het lopende akkoord verstrijkt bijeen. De Commissie komt ook bijeen als een van de banken het vraagt.
	Artikel 51/3
	De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen tijdens hun geldigheidsduur worden gewijzigd door middel van wijzigingsclausules. Deze wijzigingsclausules worden gesloten door de bevoegde commissies en worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, om goed te keuren, en aan de Algemene raad, om de overeenstemming met de begroting vast te stellen vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. Na de goedkeuring van een wijzigingsclausule door de Algemene raad deelt de Minister de tekst voor akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.
	De zorgverleners die uiterlijk op de dertigste dag volgend op de datum van verzending van een wijzigingsclausule via elektronische weg of per post, geen kennis van hun weigering hebben gegeven volgens de procedure vermeld in artikel 51/1, § 2, worden geacht te zijn toegetreden tot het akkoord zoals dit wordt gewijzigd door de wijzigingsclausule. De bepalingen van een wijzigingsclausule treden in werking overeenkomstig de bepalingen van artikel 51/1, § 3. Als de wijzigingsclausule niet in werking treedt behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding tot het akkoord betreft de situatie waarin ze zich bevonden vóór de wijzigingsclausule.
	Artikel 51/4
	De in artikel 42 bedoelde akkoorden kunnen geheel worden opgezegd door een partij of door een

	individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een akkoord indien door de Koning of door de Algemene Raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria of de bedragen vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2, 46, §§ 1 en 2, en 48, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 50 en 68.
	De akkoorden kunnen door een individuele zorgverlener geheel worden opgezegd zonder motivering. Die opzegging moet gebeuren voor 1 december en is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt. Voor artsen, tandheelkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen gebeurt deze opzegging via de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Instituut. Voor de overige zorgverleners gebeurt de opzegging door middel van een formulier dat via de website van het Instituut ter beschikking wordt gesteld. Dit formulier moet voorzien zijn van een handgeschreven handtekening of gekwalificeerde elektronische handtekening en moet bij een ter post aangetekende brief of via e-mail aan het Instituut worden overgemaakt. Het Verzekeringscomité kan bij een in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van overige zorgverleners de datum vastleggen vanaf dewelke de opzegging uitsluitend via voornoemde beveiligde webtoepassing dient te gebeuren. Voor deze melding maakt de zorgverlener gebruik van één van de elektronische identificatiediensten bedoeld in de artikelen 9 en 10 van de wet van 18 juli 2017 inzake de elektronische identificatie of van een certificaat uitgereikt door het eHealth-platform in het kader van het systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer bedoeld in artikel 5, 4°, b), van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.
	De akkoorden kunnen aanvullend op de gronden voor opzegging die zijn voorzien door of krachtens de wet ook andere gronden voor opzegging voorzien, mits minstens drievierde van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en minstens drievierde van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen daarmee akkoord gaan.
	Wanneer die meerderheden niet worden bereikt tijdens een eerste zitting, kunnen dezelfde gronden voor opzegging opnieuw ter stemming worden gebracht en worden opgenomen in de akkoorden, op voorwaarde dat een gewone meerderheid van de leden die de zorgverleners vertegenwoordigen en een gewone meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen akkoord gaan.

	Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit schriftelijk aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties die, op basis van de wet of van het akkoord, een grond vormen voor de opzegging van het akkoord zich heeft voorgedaan.
	In dat geval roept de voorzitter van de akkoordencommissie een vergadering bijeen waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord van rechtswege een einde na 30 dagen, mits op voornoemde vergadering waarop de Minister werd uitgenodigd een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigt.
	Het sluiten van een nieuw akkoord na opzegging van een akkoord gebeurt overeenkomstig de bepalingen van artikel 51.
	Als tijdens het kalenderjaar waarin een akkoord wordt opgezegd een nieuw akkoord wordt gesloten, loopt de geldigheidsduur van het nieuwe akkoord, behoudens andersluidende beslissing tot het einde van het daaropvolgende kalenderjaar of een nieuwe opzegging.
	Artikel 51/5
	§ 1. Wanneer een nieuw akkoord is gesloten en goedgekeurd en dit akkoord de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of een document dat is verstreken of een akkoord dat overeenkomstig artikel 51/4 werd ontbonden, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord.
	Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51 bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of geen nieuw akkoord is goedgekeurd, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, ofwel tot de dag waarop zij kennis geven van hun weigering tot toetreding tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het document vastgesteld door het Verzekeringscomité of de Minister. Als echter uiterlijk op de laatste dag van februari geen document is vastgesteld door de Minister en goedgekeurd door de Algemene raad, behouden de zorgverleners voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, de situatie waarin zij zich bevonden

	op de laatste dag van het akkoord of het document dat is verstreken, tot de laatste dag van februari.
	§ 2. Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vast.
	Wanneer geen akkoord of geen document in werking is stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
	Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het tweede lid, blijven de in het verstreken akkoord of de in het verstreken document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuw akkoord of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.
	~~§ 3. Zodra de akkoorden of de documenten met de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en de paramedische medewerkers in werking treden, kan de Koning de vergoedingsbedragen waarin artikel 37 voorziet, met maximum 25 pct. verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en de paramedische medewerkers die niet tot de akkoorden of de documenten zijn toegetreden.~~
	§ 4. Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document geen nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad wordt de aanwending van de indexmassa opgeschort totdat een nieuw akkoord in werking treedt.
	Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of een document een nieuw akkoord is goedgekeurd door het Verzekeringscomité en de Algemene raad kan de indexmassa worden aangewend vanaf 1 januari zoals bepaald in het akkoord. Als het akkoord niet in werking kan treden, vervalt de indexering vanaf 1 maart."
	Artikel 51/6
	De akkoorden, de wijzigingsclausules en de door het Verzekeringscomité of de minister vastgestelde documenten, goedgekeurd door de Ministerraad, worden gepubliceerd op de website van het Instituut en in het *Belgisch Staatsblad*. Het Instituut publiceert op zijn website ook een gecoördineerde tekst van de akkoorden.

	Afdeling III/1.- Gevolgen van toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden en andere bepalingen
Artikel 52	Artikel 52
§ 1. De verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 50 toepassen, kunnen akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen.	§ 1. De verzekeringsinstellingen en de zorgverleners **die de honorariumtarieven van het akkoord bedoeld in artikel 42 toepassen**, kunnen akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen.
De bij een forfaitair akkoord betrokken partijen moeten de bepalingen in acht nemen waarbij hun betrekkingen in het kader van deze gecoördineerde wet zijn geregeld.	De bij een forfaitair akkoord betrokken partijen moeten de bepalingen in acht nemen waarbij hun betrekkingen in het kader van deze gecoördineerde wet zijn geregeld.
De Koning maakt, na advies van de commissie zoals samengesteld met toepassing van de bepalingen van het vijfde lid, en van het Verzekeringscomité, regels op luidens welke die akkoorden worden gesloten en stelt de normen vast volgens welke de last der forfaits over de verzekeringsinstellingen wordt verdeeld.	De Koning maakt, na advies van de commissie zoals samengesteld met toepassing van de bepalingen van het vijfde lid, en van het Verzekeringscomité, regels op luidens welke die akkoorden worden gesloten en stelt de normen vast volgens welke de last der forfaits over de verzekeringsinstellingen wordt verdeeld.
De akkoorden betreffende het forfait worden gesloten in een commissie onder voorzitterschap van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van zijn afgevaardigde en samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen eensdeels en de bij het akkoord bedoelde zorgverleners anderdeels. Het akkoord is enkel deugdelijk gesloten indien het bij de stemming door twee derde van de verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd; het aldus gesloten akkoord verbindt alle verzekeringsinstellingen. Ze worden het Verzekeringscomité voor advies en de Minister ter goedkeuring voorgelegd.	De akkoorden betreffende het forfait worden gesloten in een commissie onder voorzitterschap van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van zijn afgevaardigde en samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen eensdeels en de bij het akkoord bedoelde zorgverleners anderdeels. Het akkoord is enkel deugdelijk gesloten indien het bij de stemming door twee derde van de verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd; het aldus gesloten akkoord verbindt alle verzekeringsinstellingen. Ze worden het Verzekeringscomité voor advies en de Minister ter goedkeuring voorgelegd.
De samenstelling en regeling inzake de werking van de commissie betreffende het advies bedoeld in het derde lid en betreffende de toepassing van de regels, inzonderheid wat de berekening en de betaling van de forfaitaire bedragen betreft, worden bepaald door de Koning.	De samenstelling en regeling inzake de werking van de commissie betreffende het advies bedoeld in het derde lid en betreffende de toepassing van de regels, inzonderheid wat de berekening en de betaling van de forfaitaire bedragen betreft, worden bepaald door de Koning.
§ 2. Ingeval er herhaalde malen een overschrijding van de honoraria vastgesteld wordt uit hoofde van personen die toegetreden zijn of geacht worden de conventie of het akkoord onderschreven te hebben, mag het organisme waarin de overeenkomst of het akkoord werd verwezenlijkt, beslissen te hunnen opzichte de in uitvoering van artikel 54 toegekende voordelen te schrappen of te verminderen.	§ 2. Ingeval er herhaalde malen een overschrijding van de honoraria vastgesteld wordt uit hoofde van personen die toegetreden zijn of geacht worden het akkoord onderschreven te hebben, mag het organisme waarin het akkoord werd verwezenlijkt, beslissen te hunnen opzichte de in uitvoering van artikel 54 toegekende voordelen te schrappen of te verminderen.
§ 2*bis*. De overeenkomsten en akkoorden bevatten afspraken over de wijze waarop wordt toegezien op de naleving van de verbintenissen door de zorgverleners die zijn toegetreden. Onverminderd de wettelijke controleopdrachten van de verzekeringsinstellingen, brengen de bevoegde commissies verslag uit aan het verzekeringscomité over de naleving van de overeenkomsten en akkoorden, onder meer op basis van bevragingen bij de rechthebbenden.	§ 2*bis*. De akkoorden bevatten afspraken over de wijze waarop wordt toegezien op de naleving van de verbintenissen door de zorgverleners die zijn toegetreden. Onverminderd de wettelijke controleopdrachten van de verzekeringsinstellingen, brengen de bevoegde commissies verslag uit aan het verzekeringscomité over de naleving van de akkoorden, onder meer op basis van bevragingen bij de rechthebbenden.

§ 3. De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in de artikelen 42 en 50 bedoelde overeenkomsten, akkoorden of documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of overeenkomst zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.	§ 3. **De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in artikel 42 bedoelde akkoorden of de in artikel 51 bedoelde documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of een document zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.**
Zij worden ingeleid volgens de procedure bepaald in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek binnen twee jaar na het bestreden feit of de bestreden beslissing.	Zij worden ingeleid volgens de procedure bepaald in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek binnen twee jaar na het bestreden feit of de bestreden beslissing.
In afwijking van de artikelen 81 en 104 van het Gerechtelijk Wetboek bestaan de kamers die kennis nemen van deze geschillen uit één rechter in de arbeidsrechtbank of één raadsheer in het arbeidshof.	In afwijking van de artikelen 81 en 104 van het Gerechtelijk Wetboek bestaan de kamers die kennis nemen van deze geschillen uit één rechter in de arbeidsrechtbank of één raadsheer in het arbeidshof.
Elk debat wordt voorafgegaan door een poging tot verzoening.	Elk debat wordt voorafgegaan door een poging tot verzoening.
	Artikel 52/1
	§ 1. De zorgverleners die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.
	De artsen en de tandheelkundigen die geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de akkoorden of de documenten volgens de in artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of die documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien ze aan het Instituut via de in dat artikel beveiligde onlinetoepassing mededeling hebben gedaan van de tijdstippen waarop ze de in de akkoorden of de documenten vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen, zoals bedoeld in artikel 44, § 5.
	Buiten de tijdstippen meegedeeld overeenkomstig het tweede lid, worden de artsen en de tandheelkundigen geacht tot de akkoorden of de documenten te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de tijdstippen waarop zij niet tot de akkoorden of de documenten zijn toegetreden.
	§ 2. De uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven zijn de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn van de zorgverlener tot de

	akkoorden of de documenten op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.
	Artikel 52/2
	De financiële tegemoetkomingen bedoeld in de artikelen 36sexies, 36octies, 36undecies en 36quinquiesdecies van deze wet en in artikel 59quater van de programmawet van 2 januari 2001, worden enkel toegekend aan de zorgverleners die als verbintenis tot het garanderen van tariefzekerheid zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten. Als de zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, bepaalt de Koning dat de financiële tegemoetkomingen pro rata worden toegekend.
Artikel 53	Artikel 53
§ 1. De zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur, of op de manier die is vastgesteld in een verordening die door het Verzekeringscomité is genomen op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde Technische raad. Ongeacht of de zorgverlener de verstrekkingen verricht voor eigen of voor andermans rekening, wordt op het deel ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, het bedrag vermeld dat door de rechthebbende aan de zorgverlener werd betaald voor de verrichte verstrekkingen. Van zodra het Verzekeringscomité een regeling van elektronische facturatie door zorgverleners of elektronische attestering van verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering heeft vastgesteld voor een categorie van zorgverleners, stelt de Koning, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de ereloonsupplementen en andere bijkomende gegevens vast die door de zorgverleners van de betrokken categorie aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt [als ze hetzij louter verstrekkingen verlenen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, hetzij verstrekkingen verlenen die wel aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en zulks in voorkomend geval samen met verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven. De overdracht van supplementen en andere bijkomende gegevens zoals bedoeld in de voorgaande zin heeft als doel om de verzekeringsintellingen in staat te stellen hun wettelijke opdrachten betreffende zowel de proactive verdediging van de rechten van hun leden als hun rol van	§ 1. De zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur, of op de manier die is vastgesteld in een verordening die door het Verzekeringscomité is genomen op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde Technische raad. Ongeacht of de zorgverlener de verstrekkingen verricht voor eigen of voor andermans rekening, wordt op het deel ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, het bedrag vermeld dat door de rechthebbende aan de zorgverlener werd betaald voor de verrichte verstrekkingen. Van zodra het Verzekeringscomité een regeling van elektronische facturatie door zorgverleners of elektronische attestering van verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering heeft vastgesteld voor een categorie van zorgverleners, stelt de Koning, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de ereloonsupplementen en andere bijkomende gegevens vast die door de zorgverleners van de betrokken categorie aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt [als ze hetzij louter verstrekkingen verlenen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, hetzij verstrekkingen verlenen die wel aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en zulks in voorkomend geval samen met verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven. De overdracht van supplementen en andere bijkomende gegevens zoals bedoeld in de voorgaande zin heeft als doel om de verzekeringsintellingen in staat te stellen hun wettelijke opdrachten betreffende zowel de proactive verdediging van de rechten van hun leden als hun rol van

medebeheerder van de verzekering voor geneeskundige verzorging te vervullen.	medebeheerder van de verzekering voor geneeskundige verzorging te vervullen.
Onverminderd de krachtens artikel 320 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 vastgestelde verplichtingen, worden de in het eerste lid bedoelde documenten vervangen door een gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk, volgens de door het Verzekeringscomité vastgestelde administratieve nadere regels.	Onverminderd de krachtens artikel 320 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 vastgestelde verplichtingen, worden de in het eerste lid bedoelde documenten vervangen door een gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk, volgens de door het Verzekeringscomité vastgestelde administratieve nadere regels.
De Koning stelt de datum vast vanaf welke, voor een categorie van zorgverleners, de gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk toepasbaar is. Daarbij preciseert de Koning of de toepasbaar verklaarde gegevensoverdracht kadert binnen of buiten de derdebetalersregeling.	De Koning stelt de datum vast vanaf welke, voor een categorie van zorgverleners, de gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk toepasbaar is. Daarbij preciseert de Koning of de toepasbaar verklaarde gegevensoverdracht kadert binnen of buiten de derdebetalersregeling.
Vanaf de krachtens het derde lid vastgestelde datum, beschikt de zorgverlener over een termijn van twee jaar om de in het tweede lid bedoelde verplichting na te leven. De Koning kan welbepaalde uitzonderingen voorzien die vervallen bij het verstrijken van een door Hem te bepalen periode te rekenen van het verstrijken van de voormelde termijn van twee jaar.	Vanaf de krachtens het derde lid vastgestelde datum, beschikt de zorgverlener over een termijn van twee jaar om de in het tweede lid bedoelde verplichting na te leven. De Koning kan welbepaalde uitzonderingen voorzien die vervallen bij het verstrijken van een door Hem te bepalen periode te rekenen van het verstrijken van de voormelde termijn van twee jaar.
Het eerste lid blijft van toepassing:	Het eerste lid blijft van toepassing:
1° voor de krachtens het derde lid vastgestelde datum;	1° voor de krachtens het derde lid vastgestelde datum;
2° tijdens de in het vierde lid bedoelde periode zolang de zorgverlener de in het tweede lid bedoelde verplichting niet heeft nageleefd.	2° tijdens de in het vierde lid bedoelde periode zolang de zorgverlener de in het tweede lid bedoelde verplichting niet heeft nageleefd.
In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling.	**In afwijking van het derde en vierde lid, ontstaat de verplichting bedoeld in het tweede lid op 1 juli 2015 voor de verpleegkundigen in het kader van de derdebetalersregeling, en op 1 januari 2027 voor de kinesitherapeuten voor wat de elektronische kennisgevingen en akkoordaanvragen betreft alsook de elektronische gegevensoverdracht binnen of buiten de derdebetalersregeling. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 beschikken over de mogelijkheid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen. Alle zorgverleners zullen uiterlijk op 1 januari 2029 eveneens beschikken over alle elektronische diensten om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichting bedoeld in het tweede lid om geneeskundige verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering elektronisch te attesteren of te factureren aan de verzekeringsinstellingen zal uiterlijk op 1 januari 2030 ontstaan voor alle zorgverleners. Op 1 januari 2030 ontstaat ook de verplichting voor alle zorgverleners om**

	de andere elektronische diensten te gebruiken om gegevens te consulteren bij en mee te delen aan de verzekeringsinstellingen in het kader van de tegemoetkomingen van de verzekering. De verplichtingen zoals bedoeld in deze alinea vinden geen toepassing als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de zorgverlener en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is, in geval van overmacht die de elektronische gegevensoverdracht onmogelijk maakt en indien de zorgverlener de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op 1 januari 2027. De Koning kan, na eensluidend advies van de bevoegde akkoordencommissie of, bij gebrek aan bevoegde commissie, van het Verzekeringscomité, deze uitzonderingen aanpassen of er bijkomende voorzien.
De verzekeringsinstellingen mogen geen vergoeding toekennen indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering, het als zodanig geldend document of de in het tweede lid bedoelde gegevens, hun niet worden overgezonden.	De verzekeringsinstellingen mogen geen vergoeding toekennen indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering, het als zodanig geldend document of de in het tweede lid bedoelde gegevens, hun niet worden overgezonden.
De zorgverlener moet die documenten of gegevens zodra mogelijk, en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn, overhandigen of overzenden. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 EUR wordt opgelegd voor elke inbreuk van de zorgverlener op die verplichting.	De zorgverlener moet die documenten of gegevens zodra mogelijk, en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn, overhandigen of overzenden. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 EUR wordt opgelegd voor elke inbreuk van de zorgverlener op die verplichting.
Indien de overtreder binnen een termijn van drie jaar na de datum waarop hem een administratieve geldboete is opgelegd, een inbreuk pleegt van dezelfde aard als die welke aanleiding heeft gegeven tot de toepassing van een administratieve geldboete, wordt het bedrag van de vroeger opgelegde geldboete telkens verdubbeld.	Indien de overtreder binnen een termijn van drie jaar na de datum waarop hem een administratieve geldboete is opgelegd, een inbreuk pleegt van dezelfde aard als die welke aanleiding heeft gegeven tot de toepassing van een administratieve geldboete, wordt het bedrag van de vroeger opgelegde geldboete telkens verdubbeld.
De Koning bepaalt het bedrag van de administratieve geldboete alsook de procedure voor het vaststellen van de inbreuken en het uitspreken van bovenbedoelde geldboeten.	De Koning bepaalt het bedrag van de administratieve geldboete alsook de procedure voor het vaststellen van de inbreuken en het uitspreken van bovenbedoelde geldboeten.
De opbrengst van die geldboeten wordt gestort aan het Instituut, tak geneeskundige verzorging.	De opbrengst van die geldboeten wordt gestort aan het Instituut, tak geneeskundige verzorging.
De Koning kan de voorwaarden en modaliteiten bepalen voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming aan de rechthebbende of zijn vertegenwoordigers. Hij kan hierbij vaststellen welke personen niet als vertegenwoordiger kunnen optreden.	De Koning kan de voorwaarden en modaliteiten bepalen voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming aan de rechthebbende of zijn vertegenwoordigers. Hij kan hierbij vaststellen welke personen niet als vertegenwoordiger kunnen optreden.
De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke de derdebetalersregeling voor de door Hem bepaalde geneeskundige verstrekkingen is toegestaan of verplicht. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig. Bij toepassing van de derdebetalersregeling stelt het Verzekeringscomité de administratieve nadere regels vast betreffende de overdracht van de in het eerste lid bedoelde documenten	De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke de derdebetalersregeling voor de door Hem bepaalde geneeskundige verstrekkingen is toegestaan of verplicht. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig. Bij toepassing van de derdebetalersregeling stelt het Verzekeringscomité de administratieve nadere regels vast betreffende de overdracht van de in het eerste lid bedoelde documenten

aan de verzekeringsinstellingen. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, voor de geneeskundige verstrekkingen die Hij bepaalt, de derdebetalersregeling en de gegevensoverdracht door middel van een elektronisch netwerk zonder toepassing van de derdebetalersregeling afhankelijk maken van de verificatie van de identiteit van de rechthebbende. De Koning kan hiervoor in uitzonderingen voorzien.	aan de verzekeringsinstellingen. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, voor de geneeskundige verstrekkingen die Hij bepaalt, de derdebetalersregeling en de gegevensoverdracht door middel van een elektronisch netwerk zonder toepassing van de derdebetalersregeling afhankelijk maken van de verificatie van de identiteit van de rechthebbende. De Koning kan hiervoor in uitzonderingen voorzien.
Vanaf 1 juli 2015 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de rechthebbenden op de in artikel 37, § 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming, voor de door de Koning bepaalde geneeskundige verstrekkingen verleend door de algemeen geneeskundige, hetzij:	Vanaf 1 juli 2015 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de rechthebbenden op de in artikel 37, § 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming, voor de door de Koning bepaalde geneeskundige verstrekkingen verleend door de algemeen geneeskundige, hetzij:
1° op grond van een voorstel van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;	1° op grond van een voorstel van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;
2° op grond van het voorstel dat door de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;	2° op grond van het voorstel dat door de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;
3° op grond van het voorstel van de minister.	3° op grond van het voorstel van de minister.
De in het veertiende lid, 3°, bedoelde procedure kan worden gevolgd wanneer de voorstellen van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie niet beantwoorden aan de in het in het veertiende lid, 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen. In dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie gemotiveerd zijn.	De in het veertiende lid, 3°, bedoelde procedure kan worden gevolgd wanneer de voorstellen van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie niet beantwoorden aan de in het in het veertiende lid, 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen. In dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie gemotiveerd zijn.
De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in het veertiende lid bedoelde verplichting uitbreiden tot andere categorieën van rechthebbenden.	De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in het veertiende lid bedoelde verplichting uitbreiden tot andere categorieën van rechthebbenden.
De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut analyseert, een jaar na de toepassing ervan, de elementen die door de verzekeringsinstellingen meegedeeld worden met betrekking tot de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het veertiende lid. De Dienst preciseert de over te zenden gegevens alsook de nadere regels van hun overdracht.	De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut analyseert, een jaar na de toepassing ervan, de elementen die door de verzekeringsinstellingen meegedeeld worden met betrekking tot de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het veertiende lid. De Dienst preciseert de over te zenden gegevens alsook de nadere regels van hun overdracht.
Het is de ziekenfondsen, landsbonden en verzekeringsinstellingen verboden in inrichtingen voor geneeskundige verzorging loketten te laten functioneren waaraan de betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verkregen, op welke wijze dan ook.	Het is de ziekenfondsen, landsbonden en verzekeringsinstellingen verboden in inrichtingen voor geneeskundige verzorging loketten te laten functioneren waaraan de betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verkregen, op welke wijze dan ook.
De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden vaststellen waaronder, en de gevallen waarin, een betalingsverplichting geldt ten aanzien van bepaalde categorieën van zorgverleners, die het bewijs leveren dat ze door Hem nader bepaalde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens van de sociaal verzekerden	De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden vaststellen waaronder, en de gevallen waarin, een betalingsverplichting geldt ten aanzien van bepaalde categorieën van zorgverleners, die het bewijs leveren dat ze door Hem nader bepaalde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens van de sociaal verzekerden

hebben geraadpleegd, en die de derdebetalersregeling hebben toegepast overeenkomstig de voormelde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens. Deze betalingsverplichting geldt slechts ten aanzien van de zorgverleners die de wets- of verordeningsbepalingen hebben nageleefd; de voornoemde betalingsverplichting ten aanzien van de zorgverleners doet bovendien niets af aan de mogelijkheid om tegemoetkomingen die ten onrechte zouden zijn verleend, terug te vorderen van de verzekerde, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164.	hebben geraadpleegd, en die de derdebetalersregeling hebben toegepast overeenkomstig de voormelde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens. Deze betalingsverplichting geldt slechts ten aanzien van de zorgverleners die de wets- of verordeningsbepalingen hebben nageleefd; de voornoemde betalingsverplichting ten aanzien van de zorgverleners doet bovendien niets af aan de mogelijkheid om tegemoetkomingen die ten onrechte zouden zijn verleend, terug te vorderen van de verzekerde, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164.
De Koning stelt de regels van de toepassing van de in het negentiende lid bedoelde betalingsverplichting, door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en de Hulpkas voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft het bijzonder stesel voor de overzeese sociale zekerheid en het bijzonder stelsel van sociale zekerheid voor zeevarenden.	De Koning stelt de regels van de toepassing van de in het negentiende lid bedoelde betalingsverplichting, door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en de Hulpkas voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft het bijzonder stesel voor de overzeese sociale zekerheid en het bijzonder stelsel van sociale zekerheid voor zeevarenden.
(…)	(…)
§ 5. Zorgverleners mogen in geen geval aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor ambulante zorg die zij hen verlenen hogere honoraria of prijzen aanrekenen dan de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.	§ 5. Zorgverleners mogen in geen geval aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor ambulante zorg die zij hen verlenen hogere honoraria of prijzen aanrekenen dan de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming**, onverminderd de bepalingen die zijn voorzien in de overeenkomsten en de akkoorden**.
	§ 6. De zorgverlener mag enkel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering attesteren indien hij beschikt over een actief nummer dat wordt uitgereikt door het Instituut.
	Het nummer zoals bedoeld in het eerste lid kan eveneens gebruikt worden voor de doeleinden voorzien door of krachtens deze gecoördineerde wet.
	De Koning kan de nadere technische regels bepalen inzake de uitreiking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid alsook inzake de finaliteiten waarvoor het RIZIV-nummer kan worden aangewend.
	Gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep wordt het nummer automatisch opgeschort.
	De zorgverlener mag tijdens de periode van verbod de prestaties waarvan de prestatiedatum voor die periode van verbod valt wel aanrekenen.
Afdeling XVI.- Plichten van de zorgverleners	Afdeling XVI.- Plichten van de zorgverleners
Artikel 73	Artikel 73
§ 1. De zorgverleners oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erop toezien dat zij toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en	§ 1. De zorgverleners oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erop toezien dat zij toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en

rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.	rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.
Zij onthouden zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, of te laten voorschrijven uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.	Zij onthouden zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, of te laten voorschrijven uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
De zorgverleners zijn verplicht om de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over hun toetreding of hun weigering van toetreding tot de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II bedoelde akkoorden of overeenkomsten die op hen betrekking hebben.	De zorgverleners zijn verplicht om de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over hun toetreding of hun weigering van toetreding tot de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II bedoelde akkoorden of overeenkomsten die op hen betrekking hebben.
Ze zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de dagen en uren waarvoor ze niet zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten, indien deze in die mogelijkheid voorzien. Wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden of overeenkomsten zijn toegetreden, zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven bijgevolg de maximum honoraria die kunnen worden geëist voor de verstrekkingen op dat ogenblik verleend.	Ze zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de dagen en uren waarvoor ze niet zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten, indien deze in die mogelijkheid voorzien. Wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden of overeenkomsten zijn toegetreden, zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven bijgevolg de maximum honoraria die kunnen worden geëist voor de verstrekkingen op dat ogenblik verleend.
Zij zijn eveneens verplicht de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de tarieven die zij aanrekenen voor de voor hun discipline meest gangbare vergoedbare verstrekkingen, daarbij onderscheid makend tussen de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en, indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement dat zij hanteren.	Zij zijn eveneens verplicht de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de tarieven die zij aanrekenen voor de voor hun discipline meest gangbare vergoedbare verstrekkingen, daarbij onderscheid makend tussen de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en, indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement dat zij hanteren.
Zorgverleners die de bij artikel 52, § 1 bedoelde akkoorden hebben afgesloten, informeren de rechthebbenden bovendien over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend.	Zorgverleners die de bij artikel 52, § 1 bedoelde akkoorden hebben afgesloten, informeren de rechthebbenden bovendien over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend.
Als de verstrekkingen worden georganiseerd op een plaats waar verschillende zorgverleners zijn verzameld, kan de informatieplicht worden georganiseerd op een gemeenschappelijke en gecentraliseerde manier, eerder dan door elke zorgverlener individueel.	Als de verstrekkingen worden georganiseerd op een plaats waar verschillende zorgverleners zijn verzameld, kan de informatieplicht worden georganiseerd op een gemeenschappelijke en gecentraliseerde manier, eerder dan door elke zorgverlener individueel.
Naast hetgeen specifiek voorzien is in de artikelen 50, § 3 achtste lid en 50, § 3bis, zal de informatie op zijn minst bestaan uit een duidelijke en leesbare afschering zoals bepaald overeenkomstig het negende lid in de praktijk, en desgevallend eveneens via online kanalen, van minstens de elementen bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid.	Naast hetgeen specifiek voorzien is in de artikelen 50, § 3 achtste lid en 50, § 3bis, zal de informatie op zijn minst bestaan uit een duidelijke en leesbare afschering zoals bepaald overeenkomstig het negende lid in de praktijk, en desgevallend eveneens via online kanalen, van minstens de elementen bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid.
Het Verzekeringscomité stelt, op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, of, na advies van die commissie, dat wordt geacht gunstig te zijn indien het niet is gegeven binnen de termijn van een maand, bij in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van zorgverleners, het affichemodel vast.	Het Verzekeringscomité stelt, op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, of, na advies van die commissie, dat wordt geacht gunstig te zijn indien het niet is gegeven binnen de termijn van een maand, bij in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van zorgverleners, het affichemodel vast.

Dit affichemodel bevat een oplijsting van de meest gangbare verstrekkingen, waarbij telkens de verplichting van de zorgverlener om de tarieven van de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en, indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement vermeld worden.	Dit affichemodel bevat een oplijsting van de meest gangbare verstrekkingen, waarbij telkens de verplichting van de zorgverlener om de tarieven van de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en, indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement vermeld worden.
	De zorgverleners zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over de opschorting van hun RIZIV-nummer of het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling dat aan hen werd opgelegd door de organen bedoeld in artikel 144, § 1. De Koning kan de praktische toepassingsregels vastleggen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners daaromtrent moeten meedelen aan de rechthebbenden.
§ 1/1. Onder voorbehoud van artikel 152, § 5, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, kan de Koning de voorwaarden bepalen waaronder zorgverleners supplementen kunnen aanrekenen voor verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologisch-anatomische onderzoeken en genetische onderzoeken.	§ 1/1. Onder voorbehoud **van artikel 35, § 5, en** van artikel 152, § 5, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, kan de Koning de voorwaarden bepalen waaronder zorgverleners supplementen kunnen aanrekenen voor verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologisch-anatomische onderzoeken en genetische onderzoeken.
De Koning bepaalt deze voorwaarden op grond van het voorstel van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen.	De Koning bepaalt deze voorwaarden op grond van het voorstel van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen.
Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplementen, het verschil tussen de honoraria en de tarieven indien een in artikel 50 bedoeld akkoord van kracht is of het verschil tussen de honoraria en de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is.	Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplementen, het verschil tussen de honoraria en de tarieven indien een in artikel 50 bedoeld akkoord van kracht is of het verschil tussen de honoraria en de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is.
Artikel 73*bis*	Artikel 73*bis*
Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1:	Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1:
1° reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;	1° reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep **of gedurende een periode van opschorting van het RIZIV-nummer**;
2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een	2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een

tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;	tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;
3° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief, noch curatief zijn in de zin van artikel 34;	3° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief, noch curatief zijn in de zin van artikel 34;
4° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;	4° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;
5° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;	5° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;
6° farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid, voor te schrijven boven de drempels bepaald door de indicatoren, zonder voldoende de aanbevelingen na te leven zoals bepaald in artikel 73, § 2, tweede lid;	6° farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid, voor te schrijven boven de drempels bepaald door de indicatoren, zonder voldoende de aanbevelingen na te leven zoals bepaald in artikel 73, § 2, tweede lid;
7° reglementaire documenten niet af te leveren wanneer de aflevering ervan verplicht is of reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren die onregelmatig zijn zonder dat de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen in het gedrang komen;	7° reglementaire documenten niet af te leveren wanneer de aflevering ervan verplicht is of reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren die onregelmatig zijn zonder dat de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen in het gedrang komen;
8° de zorgverleners aan te zetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen.	8° de zorgverleners aan te zetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen.
9° voorschotten te ontvangen buiten de in artikel 53, § 1/1, bedoelde grenzen;	9° voorschotten te ontvangen buiten de in artikel 53, § 1/1, bedoelde grenzen;
10° van de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling zoals voorzien in artikel 53, § 1, veertiende lid, niet na te leven;	10° van de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling zoals voorzien in artikel 53, § 1, veertiende lid, niet na te leven;
De hogervermelde reglementaire documenten beogen zowel de papieren documenten als de documenten in elektronische versie overeenkomstig artikel 9bis.	De hogervermelde reglementaire documenten beogen zowel de papieren documenten als de documenten in elektronische versie overeenkomstig artikel 9bis.
TITEL VII.- CONTROLE EN GESCHILLEN	TITEL VII.- CONTROLE EN GESCHILLEN
HOOFDSTUK II.- GENEESKUNDIGE CONTROLE	HOOFDSTUK II.- GENEESKUNDIGE CONTROLE
Afdeling III.- Adviserend-artsen	Afdeling III.- Adviserend-artsen
Artikel 153	Artikel 153
(…)	(…)
§ 2/1. De feitelijke en medische vaststellingen die de adviserend-artsen tijdens de uitoefening van hun controletaken verrichten hebben bewijskracht tot bewijs van het tegendeel. Deze vaststellingen mogen, met hun bewijswaarde, worden gebruikt door de inspecteurs en controleurs bedoeld in de artikelen 146 en 162 met het oog op de vaststelling van inbreuken.	§ 2/1. De feitelijke en medische vaststellingen die de [adviserend-artsen] tijdens de uitoefening van hun controletaken verrichten hebben bewijskracht tot bewijs van het tegendeel. Deze vaststellingen mogen, met hun bewijswaarde, worden gebruikt door de inspecteurs en controleurs bedoeld in de artikelen 146 en 162 met het oog op de vaststelling van inbreuken. **Dat geldt ook voor de vaststellingen gedaan door de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers, aan wie de adviserend artsen opdrachten kunnen delegeren.**

§ 3. Binnen het kader van de controle op de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gaan de adviserend-artsen na of de medische terugbetalingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen zijn nageleefd en verlenen zij de vastgestelde machtigingen. Zij kunnen meewerken aan de evaluatie van het optimaal gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging onder de voorwaarden bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en met naleving van het beginsel van de therapeutische vrijheid vastgesteld in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Voor de uitvoering van deze evaluatie-opdracht mogen de adviserend-artsen slechts die gegevens gebruiken waartoe zij bij toepassing van deze wet toegang hebben, met eerbiediging van de regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en het beroepsgeheim.	§ 3. Binnen het kader van de controle op de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gaan de adviserend-artsen na of de medische terugbetalingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen zijn nageleefd en verlenen zij de vastgestelde machtigingen. Zij kunnen meewerken aan de evaluatie van het optimaal gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging onder de voorwaarden bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en met naleving van het beginsel van de therapeutische vrijheid vastgesteld in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Voor de uitvoering van deze evaluatie-opdracht mogen de adviserend-artsen slechts die gegevens gebruiken waartoe zij bij toepassing van deze wet toegang hebben, met eerbiediging van de regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en het beroepsgeheim.
De adviserend-artsen stellen verslagen op betreffende de controle op de geneeskundige verstrekkingen, binnen de termijnen en in de vorm bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.	De adviserend-artsen stellen verslagen op betreffende de controle op de geneeskundige verstrekkingen, binnen de termijnen en in de vorm bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.
Zij gaan eveneens na of alle in de artikelen 35, vierde lid, en 37, §§ 12 en 13, bedoelde voorwaarden zijn vervuld en brengen van de vastgestelde inbreuken verslag uit aan de betrokken instanties, namelijk:	Zij gaan eveneens na of alle in de artikelen 35, vierde lid, en 37, §§ 12 en 13, bedoelde voorwaarden zijn vervuld en brengen van de vastgestelde inbreuken verslag uit aan de betrokken instanties, namelijk:
1° de Dienst voor administratieve controle voor de aanwezigheid en de bezoldigingsvoorwaarden van het personeel;	1° de Dienst voor administratieve controle voor de aanwezigheid en de bezoldigingsvoorwaarden van het personeel;
2° de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle voor het daadwerkelijk verlenen van de verzorging die is gedekt door de in artikel 37, §§ 12 en 13, bedoelde tegemoetkomingen;	2° de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle voor het daadwerkelijk verlenen van de verzorging die is gedekt door de in artikel 37, §§ 12 en 13, bedoelde tegemoetkomingen;
3° de Dienst voor geneeskundige verzorging voor de andere vastgestelde onregelmatigheden.	3° de Dienst voor geneeskundige verzorging voor de andere vastgestelde onregelmatigheden.
De hogervermelde verslagen worden aan de voornoemde instanties meegedeeld door de artsen-directeurs, als bedoeld in § 4.	De hogervermelde verslagen worden aan de voornoemde instanties meegedeeld door de artsen-directeurs, als bedoeld in § 4.
De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken voor de in artikel 34, 1e lid, 1°, b), bedoelde verstrekkingen en de in artikel 34, 1e lid, 11° en 12° bedoelde instellingen die zijn opgedragen aan de adviserend-artsen, een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend-arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dient voor geneeskundige evaluatie en	**De Koning kan, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voor de uitvoering van controletaken op de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen en de opvolging van de opdrachten van de adviserend artsen uit § 1 een Nationaal College van adviserend-artsen instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend arts, ook door adviserend-artsen van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen of kinesitherapeuten kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de samenstelling, de werking en het soort**

controle, de samenstelling, de werking en de opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges.	**opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges. De minister, het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Hoge raad van artsen-directeurs kunnen het Nationaal College van adviserend-artsen verzoeken een opdracht uit te voeren. Daarnaast kan het Nationaal College ook ambtshalve optreden.**
TITEL XII.- OPENBAARMAKING	TITEL XII.- OPENBAARMAKING
Artikel 218	Artikel 218
§ 1. De teksten van de verordeningen van het Verzekeringscomité en het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen worden, wanneer zij de rechthebbenden der verzekering algemeen aanbelangen, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.	§ 1. De teksten van de verordeningen van het Verzekeringscomité en het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen worden, wanneer zij de rechthebbenden der verzekering algemeen aanbelangen, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.
§ 2. Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, RIZIV-nummers , werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten.	§ 2. **Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten. Voor de artsen en de tandheelkundigen die gedeeltelijk zijn toegetreden tot de akkoorden worden ook de tijdstippen daarin vermeld waarvoor ze niet zijn toegetreden. Deze lijst bevat ook de RIZIV-nummers van de zorgverleners.**
	Wanneer het RIZIV-nummer tijdelijk opgeschort wordt, is die informatie zichtbaar op de internetsite van het Instituut gedurende de periode van de opschorting van het nummer. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1, vermeldt de lijst dat ook gedurende de periode van het verbod. Het publiek heeft recht op die informatie om vrij een zorgverlener te kunnen kiezen.
De verzekeringsinstellingen zijn er eveneens toe gehouden om de in het eerste lid bedoelde informatie die hen wordt meegedeeld door het Instituut ter kennis te brengen van de rechthebbenden.	De verzekeringsinstellingen zijn er eveneens toe gehouden om de in het eerste lid bedoelde informatie die hen wordt meegedeeld door het Instituut ter kennis te brengen van de rechthebbenden.

Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994	Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
TITEL II.- VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING	TITEL II.- VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
HOOFDSTUK I.- ORGANEN	HOOFDSTUK I.- ORGANEN
Afdeling II.- Het Verzekeringscomité	Afdeling II.- Het Verzekeringscomité
Artikel 10	Artikel 10

(…)	(…)
§ 8. Indien aan het Verzekeringscomité een voorstel of een advies wordt voorgelegd door een overeenkomsten- of akkoordencommissie bedoeld in artikel 26 van de gecoördineerde wet en het Comité oordeelt hieraan een wijziging te moeten aanbrengen, wordt het voorstel of het advies aan de overeenkomsten- of akkoordencommissie voor een nieuw onderzoek teruggestuurd, en dit vóór er enige definitieve beslissing wordt genomen.	~~§ 8. Indien aan het Verzekeringscomité een voorstel of een advies wordt voorgelegd door een overeenkomsten- of akkoordencommissie bedoeld in artikel 26 van de gecoördineerde wet en het Comité oordeelt hieraan een wijziging te moeten aanbrengen, wordt het voorstel of het advies aan de overeenkomsten- of akkoordencommissie voor een nieuw onderzoek teruggestuurd, en dit vóór er enige definitieve beslissing wordt genomen.~~
(…)	(…)

Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg	Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg
HOOFDSTUK 7. - Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, en van de terugbetalingsregeling	~~HOOFDSTUK 7. - Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, en van de terugbetalingsregeling~~
Art. 85. In artikel 49, § 7, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:	~~Art. 85. In artikel 49, § 7, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:~~
1° het tweede lid wordt opgeheven;	~~1° het tweede lid wordt opgeheven;~~
2° in het derde lid, dat het tweede lid wordt:	~~2° in het derde lid, dat het tweede lid wordt:~~
a) worden de woorden “in het tweede en derde lid bedoelde” vervangen door de woorden “in het eerste lid bedoelde”;	~~a) worden de woorden “in het tweede en derde lid bedoelde” vervangen door de woorden “in het eerste lid bedoelde”;~~
b) worden de woorden “; alsdan kunnen, indien het in het tweede lid bepaalde quorum is bereikt, de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in het ganse land” opgeheven;	~~b) worden de woorden “; alsdan kunnen, indien het in het tweede lid bepaalde quorum is bereikt, de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in het ganse land” opgeheven;~~
c) worden de woorden “; alsdan kunnen de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in elke streek waar dit quorum is bereikt en die van het tweede lid in elke streek waar dat quorum niet is bereikt” opgeheven.	~~c) worden de woorden “; alsdan kunnen de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in elke streek waar dit quorum is bereikt en die van het tweede lid in elke streek waar dat quorum niet is bereikt” opgeheven.~~
Art. 86. Het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft, wordt opgeheven.	~~Art. 86. Het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft, wordt opgeheven.~~
Art. 87. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding van de artikelen 85 en 86.	~~Art. 87. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding van de artikelen 85 en 86.~~

Koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft.	~~Koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft.~~
Artikel 1. De vergoedingsbedragen voorzien bij artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst, die het quorum van 60 pct. individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheiden beroepen bereikt heeft, gesloten tussen de verzekeringsinstellingen en de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, (de logopedisten,) de opticiens, de orthopedisch technologen, de audiciens, de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden worden met 25 pct. verminderd.	~~Artikel 1. De vergoedingsbedragen voorzien bij artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst, die het quorum van 60 pct. individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheiden beroepen bereikt heeft, gesloten tussen de verzekeringsinstellingen en de vroedvrouwen, de kinesitherapeuten, (de logopedisten,) de opticiens, de orthopedisch technologen, de audiciens, de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden worden met 25 pct. verminderd.~~
Art. 1*bis*. Voor de toepassing van artikel 1 moet, indien het gaat om de verstrekkingen 418014, 418036, 418213 of 418235 die zijn opgenomen in artikel 8bis, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, het coëfficiëntgetal van de sleutelletter W vooraf met 0,21 worden verminderd.	~~Art. 1*bis*. Voor de toepassing van artikel 1 moet, indien het gaat om de verstrekkingen 418014, 418036, 418213 of 418235 die zijn opgenomen in artikel 8bis, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, het coëfficiëntgetal van de sleutelletter W vooraf met 0,21 worden verminderd.~~
Art. 2. Onze Minister van Sociale Voorzorg is belast met de uitvoering van dit besluit.	~~Art. 2. Onze Minister van Sociale Voorzorg is belast met de uitvoering van dit besluit.~~

Koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan.	~~Koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan.~~
Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan:	~~Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan:~~
a) onder “geboekte uitgaven voor verstrekkingen”: de uitgaven zoals door de verzekeringsinstellingen vermeld op de staten betreffende de geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 337 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;	~~a) onder “geboekte uitgaven voor verstrekkingen”: de uitgaven zoals door de verzekeringsinstellingen vermeld op de staten betreffende de geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 337 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;~~
b) onder “partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling”: een partiële begrotingsdoelstelling zoals bedoeld in artikel 40, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op	~~b) onder “partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling”: een partiële begrotingsdoelstelling zoals bedoeld in artikel 40, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op~~

14 juli 1994, zoals jaarlijks vastgelegd door het in dat artikel vermeld Verzekeringscomité;	~~14 juli 1994, zoals jaarlijks vastgelegd door het in dat artikel vermeld Verzekeringscomité;~~
c) onder “trimester”: een kalendertrimester in het burgerlijk jaar;	~~c) onder “trimester”: een kalendertrimester in het burgerlijk jaar;~~
d) onder “ partiële begrotingsdoelstelling voor gecumuleerd trimester t “: het resultaat van de vermenigvuldiging van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling met het percentage Z van gecumuleerd trimester t zoals bedoeld in artikel 2;	~~d) onder “ partiële begrotingsdoelstelling voor gecumuleerd trimester t “: het resultaat van de vermenigvuldiging van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling met het percentage Z van gecumuleerd trimester t zoals bedoeld in artikel 2;~~
e) onder “gecumuleerd trimester”: de gecumuleerde periode vanaf het begin van het jaar tot en met het trimester zelf;	~~e) onder “gecumuleerd trimester”: de gecumuleerde periode vanaf het begin van het jaar tot en met het trimester zelf;~~
f) onder “mobiel jaar j in trimester t”: de gecumuleerde periode van 4 opeenvolgende trimesters die eindigt in trimester t van jaar j;	~~f) onder “mobiel jaar j in trimester t”: de gecumuleerde periode van 4 opeenvolgende trimesters die eindigt in trimester t van jaar j;~~
g) onder “ complementair gecumuleerde trimesters t van jaar j-1 “: de periode van trimesters die onmiddellijk voorafgaan aan de trimesters van het gecumuleerd trimester t van jaar j, zodanig dat een geheel wordt gevormd van 4 opeenvolgende trimesters;	~~g) onder “complementair gecumuleerde trimesters t van jaar j-1”: de periode van trimesters die onmiddellijk voorafgaan aan de trimesters van het gecumuleerd trimester t van jaar j, zodanig dat een geheel wordt gevormd van 4 opeenvolgende trimesters;~~
h) onder “partiële begrotingsdoelstelling van de complementaire gecumuleerde trimesters t van jaar j-1”: het verschil tussen de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het jaar j-1 en de partiële begrotingsdoelstelling voor het gecumuleerd trimester t van jaar j-1;	~~h) onder “partiële begrotingsdoelstelling van de complementaire gecumuleerde trimesters t van jaar j-1”: het verschil tussen de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het jaar j-1 en de partiële begrotingsdoelstelling voor het gecumuleerd trimester t van jaar j-1;~~
i) onder “Commissie voor begrotingscontrole”: de Commissie bedoeld in artikel 17 van hogervermelde wet;	~~i) onder “Commissie voor begrotingscontrole”: de Commissie bedoeld in artikel 17 van hogervermelde wet;~~
j) onder “partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling in trimester t van het mobiel jaar j”: de som van de partiële begrotingsdoelstelling van het gecumuleerd trimester t van jaar j en de partiële begrotingsdoelstelling van de complementaire gecumuleerde trimesters t van jaar j-1.	~~j) onder “partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling in trimester t van het mobiel jaar j”: de som van de partiële begrotingsdoelstelling van het gecumuleerd trimester t van jaar j en de partiële begrotingsdoelstelling van de complementaire gecumuleerde trimesters t van jaar j-1.~~
Art. 2. § 1. Het percentage Z van het gecumuleerd trimester t is het rekenkundige gemiddelde van het aandeel van de geboekte uitgaven voor verstrekkingen van het gecumuleerd trimester t in de geboekte uitgaven voor verstrekkingen voor het ganse boekjaar, berekend over de laatste drie volledig gekende boekjaren, voor een bepaalde partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling.	~~Art. 2. § 1. Het percentage Z van het gecumuleerd trimester t is het rekenkundige gemiddelde van het aandeel van de geboekte uitgaven voor verstrekkingen van het gecumuleerd trimester t in de geboekte uitgaven voor verstrekkingen voor het ganse boekjaar, berekend over de laatste drie volledig gekende boekjaren, voor een bepaalde partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling.~~
De Commissie voor begrotingscontrole kan beslissen één of meerdere van deze boekjaren, omwille van redenen van onvergelijkbaarheid, te laten wegvallen, aanpassen of vervangen door één of meerdere andere boekjaren.	~~De Commissie voor begrotingscontrole kan beslissen één of meerdere van deze boekjaren, omwille van redenen van onvergelijkbaarheid, te laten wegvallen, aanpassen of vervangen door één of meerdere andere boekjaren.~~
Ingeval het gaat om een nieuwe partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn voor de voorbije boekjaren, worden de volgende percentages aangewend:	~~Ingeval het gaat om een nieuwe partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn voor de voorbije boekjaren, worden de volgende percentages aangewend:~~
- voor het eerste trimester: 24 %;	~~- voor het eerste trimester: 24 %;~~
- voor het tweede gecumuleerd trimester: 49 %;	~~- voor het tweede gecumuleerd trimester: 49 %;~~
- voor het derde gecumuleerd trimester: 73 %.	~~- voor het derde gecumuleerd trimester: 73 %.~~
§ 2. Met betrekking tot de toepassing van dit besluit zullen de percentages voor het eerste begrotingsjaar waarvoor het wordt toegepast, eveneens als percentages dienen voor de	~~§ 2. Met betrekking tot de toepassing van dit besluit zullen de percentages voor het eerste begrotingsjaar waarvoor het wordt toegepast, eveneens als percentages dienen voor de~~

vorige jaren, in de mate dat ze moeten dienen voor het opstellen van de nodige mobiele jaargegevens.	~~vorige jaren, in de mate dat ze moeten dienen voor het opstellen van de nodige mobiele jaargegevens.~~
§ 3. Met betrekking tot de toepassing van dit besluit voor de daaropvolgende begrotingsjaren zullen de percentages niet worden gewijzigd voor de jaren die reeds werden aangewend in een vorige toepassing van dit besluit.	~~§ 3. Met betrekking tot de toepassing van dit besluit voor de daaropvolgende begrotingsjaren zullen de percentages niet worden gewijzigd voor de jaren die reeds werden aangewend in een vorige toepassing van dit besluit.~~
Art. 3. § 1. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een risico op beduidende overschrijding in een gecumuleerd trimester t:	~~Art. 3. § 1. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een risico op beduidende overschrijding in een gecumuleerd trimester t:~~
a) indien de geboekte uitgaven in het gecumuleerd trimester t hoger liggen dan de desbetreffende partiële begrotingsdoelstelling voor het gecumuleerd trimester t, verhoogd met:	~~a) indien de geboekte uitgaven in het gecumuleerd trimester t hoger liggen dan de desbetreffende partiële begrotingsdoelstelling voor het gecumuleerd trimester t, verhoogd met:~~
1) 4 % voor het eerste trimester;	~~1) 4 % voor het eerste trimester;~~
2) 3 % voor het tweede trimester;	~~2) 3 % voor het tweede trimester;~~
3) 2 % voor het derde trimester, en;	~~3) 2 % voor het derde trimester, en;~~
b) indien in dit trimester t (A: B) - 0,98 < 0.	~~b) indien in dit trimester t (A: B) - 0,98 < 0.~~
Waarbij A en B de volgende betekenis hebben:	~~Waarbij A en B de volgende betekenis hebben:~~
- A = de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling in trimester t van het mobiel jaar j;	~~- A = de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling in trimester t van het mobiel jaar j;~~
- B = de geboekte uitgaven in het trimester t van het mobiel jaar j.	~~- B = de geboekte uitgaven in het trimester t van het mobiel jaar j.~~
§ 2. De in § 1, b) vermelde voorwaarde vervalt ingeval in het betrokken mobiel jaar belangrijke wijzigingen werden aangebracht die het homogeen karakter van de uitgaven in de betrokken trimesters hebben aangetast. Het Verzekeringscomité beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, over het al dan niet ontbreken van deze homogeniteit.	~~§ 2. De in § 1, b) vermelde voorwaarde vervalt ingeval in het betrokken mobiel jaar belangrijke wijzigingen werden aangebracht die het homogeen karakter van de uitgaven in de betrokken trimesters hebben aangetast. Het Verzekeringscomité beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, over het al dan niet ontbreken van deze homogeniteit.~~
Voorts moeten, als voor het jaar j-1 een partiële begrotingsdoelstelling verscheidene groepen van verstrekkingen omvatte die voor het jaar j zijn uitgesplitst in verscheidene partiële begrotingsdoelstellingen, eveneens die verschillende partiële begrotingsdoelstellingen voor het jaar j-1 worden vastgesteld. Dat geschiedt door de partiële begrotingsdoelstelling van al die groepen van verstrekkingen samen uit te splitsen in verhouding tot de uitgaven van het jaar j-1.	~~Voorts moeten, als voor het jaar j-1 een partiële begrotingsdoelstelling verscheidene groepen van verstrekkingen omvatte die voor het jaar j zijn uitgesplitst in verscheidene partiële begrotingsdoelstellingen, eveneens die verschillende partiële begrotingsdoelstellingen voor het jaar j-1 worden vastgesteld. Dat geschiedt door de partiële begrotingsdoelstelling van al die groepen van verstrekkingen samen uit te splitsen in verhouding tot de uitgaven van het jaar j-1.~~
Art. 4. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een risico op beduidende overschrijding in een trimester t van jaar j indien (A: B) - 0,96 < 0.	~~Art. 4. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een risico op beduidende overschrijding in een trimester t van jaar j indien (A: B) - 0,96 < 0.~~
Waarbij A en B dezelfde betekenis hebben als in artikel 3.	~~Waarbij A en B dezelfde betekenis hebben als in artikel 3.~~
Art. 5. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een beduidende overschrijding indien de geboekte uitgaven voor verstrekkingen meer dan 1 % hoger liggen dan de overeenstemmende partiële begrotingsdoelstelling.	~~Art. 5. Voor elke partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vertonen de geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen een beduidende overschrijding indien de geboekte uitgaven voor verstrekkingen meer dan 1 % hoger liggen dan de overeenstemmende partiële begrotingsdoelstelling.~~

Art. 6. Onafgezien het in de artikelen 3 en 4 bepaald risico op beduidende overschrijding, vertoont een partiële begrotingsdoelstelling een risico op beduidende overschrijding voor het jaar indien, bij het opmaken van de budgettaire voorafbeelding voor het komend jaar zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogt bij de wet van 16 maart 1954, de nieuwe vooruitzichten voor het lopend jaar hoger liggen dan de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar, verhoogd met 3,5 %.	~~Art. 6. Onafgezien het in de artikelen 3 en 4 bepaald risico op beduidende overschrijding, vertoont een partiële begrotingsdoelstelling een risico op beduidende overschrijding voor het jaar indien, bij het opmaken van de budgettaire voorafbeelding voor het komend jaar zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogt bij de wet van 16 maart 1954, de nieuwe vooruitzichten voor het lopend jaar hoger liggen dan de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar, verhoogd met 3,5 %.~~
Art. 7. Na advies van de Commissie voor begrotingscontrole en van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie(s), kan het Verzekeringscomité beslissen tot groepering of tot verdere uitsplitsing van de partiële begrotingsdoelstellingen.	~~Art. 7. Na advies van de Commissie voor begrotingscontrole en van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie(s), kan het Verzekeringscomité beslissen tot groepering of tot verdere uitsplitsing van de partiële begrotingsdoelstellingen.~~
Art. 8. Artikel 3 is niet toepasselijk op het vierde trimester van een boekjaar, artikel 4 is niet toepasselijk op het derde en het vierde trimester van een boekjaar.	~~Art. 8. Artikel 3 is niet toepasselijk op het vierde trimester van een boekjaar, artikel 4 is niet toepasselijk op het derde en het vierde trimester van een boekjaar.~~
Art. 9. De bepalingen van onderhavig besluit zijn voor het eerst van toepassing vanaf het tweede semester van het boekjaar 1999. Ze vervangen vanaf dat ogenblik de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 juni 1991 tot uitvoering van artikel 51, § 3, zevende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 mei 1995.	~~Art. 9. De bepalingen van onderhavig besluit zijn voor het eerst van toepassing vanaf het tweede semester van het boekjaar 1999. Ze vervangen vanaf dat ogenblik de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 juni 1991 tot uitvoering van artikel 51, § 3, zevende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 mei 1995.~~
(Voor de toepassing van dit besluit met betrekking tot de uitgaven van 2003 vervalt het risico op beduidende overschrijding indien er geen risico op beduidende overschrijding vastgesteld wordt op aangepaste partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen; deze aangepaste partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen worden bekomen door de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te verhogen met hun aandeel in een globaal bedrag van maximaal euro 170 miljoen; dit aandeel wordt berekend, rekening houdend met het verschil tussen de werkelijke uitgaven voor 2002 en de nieuwe budgettaire voorafbeelding voor 2002, bedoeld in artikel 6 verminderd met het aandeel in het globaal bedrag van maximaal euro 170 miljoen; dit aandeel wordt vastgelegd door de Algemene raad, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole.	~~(Voor de toepassing van dit besluit met betrekking tot de uitgaven van 2003 vervalt het risico op beduidende overschrijding indien er geen risico op beduidende overschrijding vastgesteld wordt op aangepaste partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen; deze aangepaste partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen worden bekomen door de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen te verhogen met hun aandeel in een globaal bedrag van maximaal euro 170 miljoen; dit aandeel wordt berekend, rekening houdend met het verschil tussen de werkelijke uitgaven voor 2002 en de nieuwe budgettaire voorafbeelding voor 2002, bedoeld in artikel 6 verminderd met het aandeel in het globaal bedrag van maximaal euro 170 miljoen; dit aandeel wordt vastgelegd door de Algemene raad, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole.~~
Art. 10. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.	~~Art. 10. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.~~

COORDINATION DES ARTICLES (I)

Texte de base	Texte adapté au projet de loi
Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
TITRE I.- GÉNÉRALITÉS	TITRE I.- GÉNÉRALITÉS
Article 2	Article 2
Dans la présente loi coordonnée, on entend: (…) m) par "auxiliaire paramédical", les logopèdes, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les diététiciens, les hygiénistes bucco-dentaires et les podologues, les fournisseurs de prothèses et appareils, les fournisseurs d'implants, c'est-à-dire les personnes qui fournissent des implants ou des dispositifs médicaux invasifs, les licenciés en sciences, habilités à fournir des prestations au sens de la présente loi coordonnée;	Dans la présente loi coordonnée, on entend: (…) m) par "auxiliaire paramédical", les logopèdes, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les diététiciens, les hygiénistes bucco-dentaires et les podologues, **les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens**, les fournisseurs d'implants, c'est-à-dire les personnes qui fournissent des implants ou des dispositifs médicaux invasifs, les licenciés en sciences, habilités à fournir des prestations au sens de la présente loi coordonnée;
(…)	(…) **z) par "tarifs indicatifs", les dépassements maximaux autorisés des honoraires et des prix dans le cadre des accords visés dans l'article 42 ou des documents visés dans l'article 51, pour les dispensateurs de soins qui ont adhéré à ces accords ou à ces documents;** **z)/1 par "dépassements justifiés", des dépassements dus à des facteurs externes ou résultant d'une obligation légale ou réglementaire, échappant au contrôle du secteur et générant une dynamique de dépenses imprévue.**
Article 9*bis*	Article 9*bis*
Les documents relatifs à l'assurance soins de santé visés par la présente loi ou par ses arrêtés d'exécution peuvent être présentés, dès que disponible, en version électronique, pour autant que celle-ci bénéficie de la force probante conformément à l'article 36/1, § 1er, de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions. Le Comité de l'assurance fixe, par règlement visé à l'article 22, 11°, le cas échéant, après avis de la commission de convention ou d'accord compétente, les modalités techniques d'application de l'alinéa précédent.	Les documents relatifs à l'assurance soins de santé visés par la présente loi ou par ses arrêtés d'exécution peuvent être présentés, dès que disponible, en version électronique, pour autant que celle-ci bénéficie de la force probante conformément à l'article 36/1, § 1er, de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions. Le Comité de l'assurance fixe, par règlement visé à l'article 22, 11°, le cas échéant, après avis de la commission de convention ou d'accord compétente, les modalités techniques d'application de l'alinéa précédent. **Par dérogation à l'exigence générique de production de documents originaux en matière d'assurance soins de santé, la production de copies est acceptée pour les documents d'assurabilité et d'accessibilité financière au sens strict remis par les assurés sociaux à la mutualité. L'assuré social est tenu de tenir les documents originaux à disposition pendant 10 ans.**

TITRE II.- DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE	TITRE II.- DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
	Article 13/5
	Art. 13/5. Les membres des organes de gestion ou d'autres organes de l'Institut et de ses services spéciaux prévus par la présente loi, ne peuvent être nommés si, dans les cinq années précédant leur nomination, ils ont été condamnés par les organes des articles 143 et 144 pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social en lien avec l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces membres ne peuvent pas non plus être nommés quand ils ont encore une dette à l'égard de l'Institut. **Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination.**
TITRE III.- DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE	TITRE III.- DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
CHAPITRE I.- DES INSTITUTIONS	CHAPITRE I.- DES INSTITUTIONS
Section II.- Du Conseil général de l'assurance soins de santé	Section II.- Du Conseil général de l'assurance soins de santé
Article 15	Article 15
Le Service des soins de santé est géré par un Conseil général de l'assurance soins de santé composé: (…) f) de sept membres représentant les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.	Le Service des soins de santé est géré par un Conseil général de l'assurance soins de santé composé: (…) f) de membres représentant les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.
Article 16	Article 16
§ 1er. Le Conseil général: (…)	§ 1er. Le Conseil général: (…)
7° décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la comptabilité budgétaire des conventions et accords soumis à l'approbation du Comité de l'assurance et, le cas échéant, de leur compatibilité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1er, alinéa 1er;	**7° décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la conformité des accords, qui sont soumis à l'approbation du Comité de l'assurance ou des documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre, avec le budget des soins de santé et, le cas échéant, leur conformité avec le cadre financier pluriannuel qui a été approuvé pour le secteur concerné, conformément aux dispositions de l'article 51, § 1er, alinéa 1er, et décide en même temps de la conformité des accords existants qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec le budget des soins de santé;**
(…) 12° décide, dans le cas où la Commission de contrôle budgétaire fait une proposition comme prévu à l'article 51,	(…) **12° constate un dépassement significatif non justifié ou un risque de dépassement significatif non justifié d'un objectif budgétaire annuel partiel ou de l'objectif**

§ 5, de l'opportunité de prendre des mesures de correction et de la mesure dans laquelle celles-ci doivent être prises.	**budgétaire annuel global. Le Conseil général décide également d'activer les mesures et les mécanismes pertinents, prévus dans la présente loi, qui s'appliquent aux objectifs budgétaires annuels partiels s'il apparait que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé significativement de manière non justifiée;**
Section III.- De la Commission de contrôle budgétaire	Section III.- De la Commission de contrôle budgétaire
Article 18	Article 18
Sur base des rapports d'audit permanent visés à l'article 51, § 4 la Commission de contrôle budgétaire propose au Comité d'assurance, au Conseil général et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, au plus tard le huitième jour ouvrable suivant le 15 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire, des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé visées à l'article 40, § 1er, alinéa 3. Elle communique également ces mesures d'économie aux commissions de conventions ou d'accords concernées. Le Ministre des Affaires sociales ainsi que le Conseil général, sur proposition ou non de la Commission de contrôle budgétaire, peuvent à tout moment proposer des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de respecter les objectifs partiels. Les commissions de conventions ou d'accords concernées formulent leurs réactions dans un délai de trente jours à dater de la notification des mesures susvisées et les adressent, selon le cas, au Ministre des Affaires sociales ou au Conseil général. La Commission de contrôle budgétaire analyse la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 en ce qui concerne la conformité avec le cadre budgétaire et le trajet pluriannuel décidés par le Conseil des ministres et émet un avis au Conseil général au plus tard le troisième lundi d'octobre.	Sur base des rapports d'audit permanent visés à l'article 51, § 4 la Commission de contrôle budgétaire propose au Comité d'assurance, au Conseil général et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, au plus tard le huitième jour ouvrable suivant le 15 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire, des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé visées à l'article 40, § 1er, alinéa 3. Elle communique également ces mesures d'économie aux commissions de conventions ou d'accords concernées. Le Ministre des Affaires sociales ainsi que le Conseil général, sur proposition ou non de la Commission de contrôle budgétaire, peuvent à tout moment proposer des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de respecter les objectifs partiels. Les commissions de conventions ou d'accords concernées formulent leurs réactions dans un délai de trente jours à dater de la notification des mesures susvisées et les adressent, selon le cas, au Ministre des Affaires sociales ou au Conseil général. **La Commission de contrôle budgétaire analyse la conformité de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 avec le cadre budgétaire, le cas échéant, avec la lettre de mission visée à l'article 39, alinéa 1er, et avec la trajet pluriannuel tel que décidé par le Conseil des ministres, analyse la conformité des accords qui restent encore en vigueur au cours de l'exercice budgétaire avec la proposition du Comité de l'assurance, et émet au plus tard le deuxième lundi d'octobre un avis qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance.**
(…)	(…)
Section III/I.- Commission pour les objectifs en matière de soins de santé	Section III/I.- Commission pour les objectifs en matière de soins de santé
Article 18/2	Article 18/2
§ 1er. La Commission pour les objectifs en matière de soins de santé établit dans les quarante jours suivant chaque dissolution de la Chambre des représentants, sur la base d'une part, d'une enquête structurée auprès du large champ professionnel des soins de santé et d'autre part, sur la base de l'évidence scientifique et de toutes les données et rapports nationaux et internationaux disponibles quant à la performance et à la pertinence des systèmes de santé, de	§ 1er. La Commission pour les objectifs en matière de soins de santé établit dans les quarante jours suivant chaque dissolution de la Chambre des représentants, sur la base d'une part, d'une enquête structurée auprès du large champ professionnel des soins de santé et d'autre part, sur la base de l'évidence scientifique et de toutes les données et rapports nationaux et internationaux disponibles quant à la performance et à la pertinence des systèmes de santé, de

soins de santé et de sécurité sociale en matière de santé, en tenant compte à la fois des objectifs de santé et des objectifs en matière de soins de santé qui s'appliquaient à la législature précédente, un rapport sur les objectifs en matière de soins de santé qui devraient être prioritaires pendant la législature suivante. La Commission procède à une évaluation de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé au cours de la législature précédente.	soins de santé et de sécurité sociale en matière de santé, en tenant compte à la fois des objectifs de santé et des objectifs en matière de soins de santé qui s'appliquaient à la législature précédente, un rapport sur les objectifs en matière de soins de santé qui devraient être prioritaires pendant la législature suivante. La Commission procède à une évaluation de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé au cours de la législature précédente.
Au plus tard le 30 juin, la Commission publie un rapport annuel sur l'état d'avancement de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé fixés pour cette législature par le Conseil général. Ce rapport annuel peut également contenir des propositions en vue d'actualiser les objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général ainsi que leur traduction concrète visés à l'article 16, § 1er, 18° et 19°.	Au plus tard le 30 juin, la Commission publie un rapport annuel sur l'état d'avancement de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé fixés pour cette législature par le Conseil général. Ce rapport annuel peut également contenir des propositions en vue d'actualiser les objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général ainsi que leur traduction concrète visés à l'article 16, § 1er, 18° et 19°.
La Commission rend, au plus tard le deuxième lundi d'octobre, un avis au Conseil général sur la conformité avec les objectifs en matière de soins de santé de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39. Cet avis est transmis en même temps au Comité de l'assurance qui peut se réunir avant le troisième lundi d'octobre pour éventuellement adapter sa proposition.	**La Commission rend, au plus tard le deuxième lundi d'octobre, un avis sur la conformité aux objectifs en matière de soins de santé, de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39, qui est transmis le même jour au Conseil général et au Comité de l'assurance.**
Section V.- Du Comité de l'assurance soins de santé	Section V.- Du Comité de l'assurance soins de santé
Article 21	Article 21
§ 1er. Il est institué, auprès du Service des soins de santé, un Comité de l'assurance soins de santé composé:	§ 1er. Il est institué, auprès du Service des soins de santé, un Comité de l'assurance soins de santé composé:
a) de représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;	a) de représentants des organismes assureurs, chaque organisme assureur ayant droit à un représentant au moins;
b) de représentants des organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire;	b) de représentants des organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire;
c) de représentants des pharmaciens d'officines, des pharmaciens hospitaliers et des pharmaciens biologistes;	c) de représentants des pharmaciens d'officines, des pharmaciens hospitaliers et des pharmaciens biologistes;
d) de représentants des gestionnaires d'établissements hospitaliers, des services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12°, 13° et 18° et des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;	d) de représentants des gestionnaires d'établissements hospitaliers, des services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12°, 13° et 18° et des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;
e) de représentants des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux;	e) de représentants des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux;
f) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des travailleurs indépendants.	f) de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des travailleurs indépendants.
	g) de représentants des autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution.
Le nombre de membres repris à l'alinéa 1er sous b) à e), est globalement égal au nombre de membres repris sous a).	Le nombre de membres repris à l'alinéa 1er sous b) à e), est globalement égal au nombre de membres repris sous a).
Les membres repris à l'alinéa 1er, a) à e), ont voix délibérative. Les membres repris à l'alinéa 1er, f), ont voix consultative.	Les membres repris à l'alinéa 1er, a) à e), ont voix délibérative. Les membres repris à l'alinéa 1er, f) **et g)**, ont voix consultative.

En cas de désaccord sur les décisions se rapportant aux honoraires médicaux, les membres représentant les organisations représentatives du corps médical peuvent demander, pendant une période de dix jours maximum la suspension des délibérations du Comité de l'assurance à ce sujet afin de leur permettre de communiquer la motivation de leur opposition. Ce délai n'est pas renouvelable.	En cas de désaccord sur les décisions se rapportant aux honoraires médicaux, les membres représentant les organisations représentatives du corps médical peuvent demander, pendant une période de dix jours maximum la suspension des délibérations du Comité de l'assurance à ce sujet afin de leur permettre de communiquer la motivation de leur opposition. Ce délai n'est pas renouvelable.
Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi, sur la proposition des Ministres ayant respectivement les Affaires sociales, le Budget et la Santé publique dans leurs attributions, et un délégué du ministre qui a le statut social des travailleurs indépendants dans ses attributions, assistent aux réunions de ce comité. Le délégué du ministre qui a le statut social des travailleurs indépendants dans ses attributions a les mêmes pouvoirs que les commissaires de Gouvernement.	Trois commissaires du Gouvernement, nommés par le Roi, sur la proposition des Ministres ayant respectivement les Affaires sociales, le Budget et la Santé publique dans leurs attributions, et un délégué du ministre qui a le statut social des travailleurs indépendants dans ses attributions, assistent aux réunions de ce comité. Le délégué du ministre qui a le statut social des travailleurs indépendants dans ses attributions a les mêmes pouvoirs que les commissaires de Gouvernement.
Un représentant du Service de contrôle, visé à l'article 49 de la loi du 6 août 1990 relative aux établissements hospitaliers et aux Unions nationales de mutualités assiste aux réunions du Comité avec voix consultative.	Un représentant du Service de contrôle, visé à l'article 49 de la loi du 6 août 1990 relative aux établissements hospitaliers et aux Unions nationales de mutualités assiste aux réunions du Comité avec voix consultative.
§ 2. Le Roi détermine le mode de présentation des membres du Comité de l'assurance, le nombre de membres effectifs et suppléants, ainsi que les règles de son fonctionnement. Il nomme le président et les deux vice-présidents, ainsi que les membres du Comité de l'assurance.	§ 2. Le Roi détermine le mode de présentation des membres du Comité de l'assurance, le nombre de membres effectifs et suppléants, ainsi que les règles de son fonctionnement. Il nomme le président et les deux vice-présidents, ainsi que les membres du Comité de l'assurance. **La qualité de membres visés au paragraphe 1er, alinéa 1er, g), est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92ter, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.**
Lors de la nomination des membres, il est veillé à ce que la représentation d'éventuelles minorités soit assurée.	Lors de la nomination des membres, il est veillé à ce que la représentation d'éventuelles minorités soit assurée.
Article 22	Article 22
Le Comité de l'assurance: (…)	Le Comité de l'assurance: (…)
3° approuve les conventions et accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur comptabilité budgétaire, rendue dans les conditions de l'article 16, § 1er, 7° et nonobstant la possibilité pour le Ministre de s'y opposer dans les quinze jours ouvrables à dater de la notification de la décision, effectuée par le président du Comité de l'assurance. En cas d'opposition du Conseil des ministres ou du ministre, ce dernier exerce les compétences du Comité de l'assurance, visées à l'article 51, § 1er, alinéa 4;	3° approuve les accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur comptabilité budgétaire, rendue dans les conditions de l'article 16, § 1er, 7° et nonobstant la possibilité pour le Ministre de s'y opposer dans les quinze jours ouvrables à dater de la notification de la décision, effectuée par le président du Comité de l'assurance.
Section VIII. Des Commissions de conventions ou d'accords	Section VIII. **Des commissions d'accords**
Article 26	Article 26
Les conventions et les accords prévus aux articles 42 et 50 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6°*bis*, développés au sein du Service des soins de santé par des commissions de conventions ou d'accords groupant un	**§ 1er. Les accords prévus à l'article 42 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé et les projets de conventions visés à l'article 22, 6° et 6°*bis*, sont rédigés au sein du Service des soins de santé, par des commissions d'accords groupant un nombre égal**

nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.	**de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.**
La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont fixées par le Roi. Ces commissions peuvent, d'initiative, faire aux conseils techniques compétents ou, pour les prestations dispensées par des personnes appartenant à des professions pour lesquelles il n'existe pas de conseil technique, au Comité de l'assurance, des propositions d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé.	La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont fixées par le Roi. Ces commissions peuvent, d'initiative, faire aux conseils techniques compétents ou, pour les prestations dispensées par des personnes appartenant à des professions pour lesquelles il n'existe pas de conseil technique, au Comité de l'assurance, des propositions d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé.
Chacune de ces commissions, à l'exception de la Commission nationale médico-mutualiste est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué.	Chacune de ces commissions, à l'exception de la Commission nationale médico-mutualiste est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué.
Celui-ci peut décider que des commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.	Celui-ci peut décider que des commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.
Le secrétariat est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service.	Le secrétariat est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service.
	§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles. La représentation des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins. **Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.** **La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la commission concernée.** **Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quart des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié**

	des membres qui siègent comme médecins-spécialistes. **Le président n'a pas voix délibérative.**
	§ 3. Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au *Moniteur belge*.
CHAPITRE III.- DES PRESTATIONS DE SANTE	CHAPITRE III.- DES PRESTATIONS DE SANTE
Article 35	Article 35
(…)	(…)
§ 2. Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1er:	§ 2. Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1er:
1° sur la base de la proposition formulée d'initiative par le conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire;	1° sur la base de la proposition formulée d'initiative par le conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire;
2° sur la base de la proposition formulée par le conseil technique compétent à la demande du Ministre ou de la commission de conventions ou d'accords correspondante; ces propositions sont communiquées au comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire;	2° sur la base de la proposition formulée par le conseil technique compétent à la demande du Ministre ou de la commission de conventions ou d'accords correspondante; ces propositions sont communiquées au comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire; **Le conseil technique compétent formule une proposition dans le délai fixé par le demandeur, lequel ne peut être inférieur à un mois. Si le conseil technique compétent a formulé une proposition qui ne répond pas aux objectifs énoncés dans la demande ou s'il n'est pas donné suite à la demande dans le délai imparti, le demandeur peut faire une proposition conformément aux dispositions sous 3°.**
3° sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Ministre ou le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du conseil technique compétent; cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.	3° sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Ministre ou le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du conseil technique compétent; cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.
La procédure visée au 3° peut être suivie:	~~La procédure visée au 3° peut être suivie:~~
a) lorsque le conseil technique compétent ne donne pas suite à la demande de proposition visée au 2°, dans le délai d'un mois à dater de la demande;	~~a) lorsque le conseil technique compétent ne donne pas suite à la demande de proposition visée au 2°, dans le délai d'un mois à dater de la demande;~~
b) lorsque le conseil technique compétent formule une proposition ne répondant pas aux objectifs contenus dans la demande [visée au 2°]; dans ce cas, le rejet de la proposition du conseil technique compétent doit être motivé;	~~b) lorsque le conseil technique compétent formule une proposition ne répondant pas aux objectifs contenus dans la demande [visée au 2°]; dans ce cas, le rejet de la proposition du conseil technique compétent doit être motivé;~~
4° sur la base de la procédure prévue à l'article 51, § 3;	~~4° sur la base de la procédure prévue à l'article 51, § 3;~~
5° sur la base de la procédure visée à l'article 68, § 1er;	5° sur la base de la procédure visée à l'article 68, § 1er;
6°	6°

A défaut de conseil technique pour la profession concernée, les compétences prévues ci-dessus sont exercées par la commission de conventions compétente.	A défaut de conseil technique pour la profession concernée, les compétences prévues ci-dessus sont exercées par la commission de conventions compétente.
(…)	(…)
	§ 5. Sous réserve des suppléments interdits par ou en vertu d'une loi, la facturation des suppléments est plafonnée au plus tard le 1er janvier 2028. Le Roi plafonne la facturation des suppléments et modifie les suppléments maximaux fixés, sur proposition de la commission d'accords concernée ou – à défaut – sur proposition du ministre, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, en vue de garantir l'accessibilité financière des soins de santé et de limiter les excès dans la facturation de montants aux bénéficiaires. **La proposition de la commission d'accords concernée est émise à la majorité des trois quarts tant des membres représentant les organismes assureurs que des membres représentant les dispensateurs de soins. Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, la proposition peut être soumise à un nouveau vote et être prise, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.** **Le supplément maximal fixé par le Roi peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'Il désigne, la spécialisation des dispensateurs de soins concernés et selon que le bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.** **Le supplément maximal peut être fixé, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou d'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Pour la détermination du supplément maximal, il est tenu compte des données disponibles et des chiffres concrets.** **La facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'Il désigne, peut en outre être limité à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.** **Aux fins de l'application du présent paragraphe, on entend par supplément la partie du tarif qui s'écarte du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, en ce compris la majoration en cas d'exigences particulières telles que fixées par la commission d' accord concernée.** **Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35*septies*/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans**

	la mesure où il y a eu effectivement intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.
Article 35*octies*	Article 35*octies*
(…)	(…)
§ 3. Lors de l'établissement du budget des soins de santé, dans le cadre de la fixation des moyens financiers comme prévu à l'article 38, premier alinéa, la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs propose les moyens financiers pour la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public.	§ 3. Lors de l'établissement du budget des soins de santé, dans le cadre de la fixation des moyens financiers comme prévu à l'article 38, premier alinéa, la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs propose les moyens financiers pour la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public.
Annuellement, dans le cadre des estimations techniques visées à l'article 38, cinquième alinéa, le Service des soins de santé estime, au mois de septembre de l'année t-1, sur la base des données collectées sur la base de l'article 165 avec les données les plus récentes, également la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public pour l'année t. La décision du Conseil Général ou du ministre concernant l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et la fixation par le Comité de l'assurance des objectifs budgétaires partiels conformément à l'article 40, § 3, comportent également une décision à ce sujet.	**Dans le cadre des estimations techniques initiales et revues de l'année t-1, telles que visées à l'article 38, alinéa 6, le Service des soins de santé estime également, sur base des données collectées sur base de l'article 165, avec les données les plus récentes, la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public pour l'année t. La décision du Conseil général ou du Conseil des ministres, selon le cas, concernant l'objectif budgétaire annuel de l'assurance soins de santé et la fixation des objectifs budgétaires partiels, comporte également une décision à ce sujet.**
Les règles de l'article 18 sont également d'application pour la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public.	Les règles de l'article 18 sont également d'application pour la masse d'honoraires (marges et honoraires) des pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public.
S'il apparait que la rémunération globale est supérieure au montant maximum établi pour l'année t pour la rémunération due aux pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public, la procédure telle que décrite à l'article 18 s'appliquera.	S'il apparait que la rémunération globale est supérieure au montant maximum établi pour l'année t pour la rémunération due aux pharmaciens pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables dans une officine ouverte au public, la procédure telle que décrite à l'article 18 s'appliquera.
Article 36*nonies*	Article 36*nonies*
Le Roi fixe, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins visées par l'article 211 de la loi coordonnée susvisée. Les montants de cette intervention financière sont également fixés par le Roi et sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut – secteur des soins de santé. Le Roi peut, sur proposition de la commission de convention ou d'accord concernée, prévoir une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives d'autres dispensateurs de soins visés à l'article 211 de la loi coordonnée.	Le Roi fixe, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins visées par l'article 211 de la loi coordonnée susvisée. Les montants de cette intervention financière sont également fixés par le Roi et sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut – secteur des soins de santé. Le Roi peut, sur proposition de la commission de convention ou d'accord concernée, prévoir une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives d'autres dispensateurs de soins visés à l'article 211 de la loi coordonnée.

	L'intervention financière visée dans l'alinéa 1er se compose d'un montant de base et d'un montant complémentaire qui est déterminé en fonction du nombre de dispensateurs de soins du secteur concerné qui ont adhéré aux conventions ou aux accords. Le montant complémentaire s'élève à quinze pour cent de l'intervention totale pour le secteur ou l'organisation professionnelle concerné. Le Roi fixe, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire sont déterminés et répartis. La commission de conventions ou d'accords formule une proposition dans le délai fixé par le Ministre, qui ne peut pas être inférieur à trois mois. En l'absence de proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée, le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres.
CHAPITRE III*BIS*. DU MAXIMUM A FACTURER	CHAPITRE III*BIS*. DU MAXIMUM A FACTURER
Section Ire. Dispositions générales	Section Ire. Dispositions générales
Article 37*sexies*	Article 37*sexies*
Pour l'application du présent chapitre, on entend par "intervention personnelle", la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier. Sont également considérés comme une intervention personnelle, les frais supportés par le bénéficiaire, qui n'a pas atteint l'âge de 19 ans, concernant l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie. Est également considéré comme intervention personnelle, le montant visé à l'article 37, § 21, alinéa 2.	Pour l'application du présent chapitre, on entend par "intervention personnelle", la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier. Sont également considérés comme une intervention personnelle, les frais supportés par le bénéficiaire, qui n'a pas atteint l'âge de 19 ans, concernant l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie. Est également considéré comme intervention personnelle, le montant visé à l'article 37, § 21, alinéa 2.
La procédure de demande consiste en une notification médicale simple adressée au médecin-conseil de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié ou inscrit.	La procédure de demande consiste en une notification médicale simple adressée au médecin-conseil de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié ou inscrit.
Le Roi peut fixer des listes limitatives d'alimentations médicales et des critères de remboursement prises en considération.	Le Roi peut fixer des listes limitatives d'alimentations médicales et des critères de remboursement prises en considération.
Le Roi procède a une évaluation du présent dispositif deux ans après l'entrée en vigueur de celui-ci et présente un rapport à ce sujet aux Chambres législatives fédérales.	Le Roi procède a une évaluation du présent dispositif deux ans après l'entrée en vigueur de celui-ci et présente un rapport à ce sujet aux Chambres législatives fédérales.
Est également considérée comme une intervention personnelle, la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs. Est également considéré comme intervention personnelle, le supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, pour autant que l'assurance obligatoire soit effectivement intervenue pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été portée en compte.	Est également considérée comme une intervention personnelle, la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs. Est également considéré comme intervention personnelle, le supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, pour autant que l'assurance obligatoire soit effectivement intervenue pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été portée en compte.

Est également considéré comme une intervention personnelle, le montant des dépassements d'honoraires maximums, fixé dans l'accord entre les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs visé à l'article 50, pour les prothèses amovibles.	**Est également considéré comme une intervention personnelle le montant des tarifs indicatifs.**
Ne sont cependant pas prises en considération pour le calcul du montant des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire:	Ne sont cependant pas prises en considération pour le calcul du montant des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire:
1°	1°
2°	2°
3° les frais d'hébergement liés aux prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 18°.	3° les frais d'hébergement liés aux prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 18°.
Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter des modifications au présent article.	Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter des modifications au présent article.
CHAPITRE IV.- DE L'ÉTABLISSEMENT DU BUDGET DES SOINS DE SANTÉ	CHAPITRE IV.- DE L'ÉTABLISSEMENT DU BUDGET DES SOINS DE SANTÉ
Article 38	Article 38
Les commissions de conventions ou d'accords déterminent, chacune en ce qui la concerne, les moyens financiers qu'elles estiment indispensables pour le financement des adaptations prioritaires de leur secteur. Elles recueillent, à cet effet, l'avis du conseil technique correspondant. Ces adaptations prioritaires tiennent compte du cadre budgétaire, du trajet pluriannuel et des priorités stratégiques en matière de nouvelle politique et des adaptations de la politique existante telles qu'elles ont été communiquées par le Comité de l'assurance et le Conseil général.	Les commissions de conventions ou d'accords déterminent, chacune en ce qui la concerne, les moyens financiers qu'elles estiment indispensables pour le financement des adaptations prioritaires de leur secteur. Elles recueillent, à cet effet, l'avis du conseil technique correspondant. Ces adaptations prioritaires tiennent compte du cadre budgétaire, du trajet pluriannuel et des priorités stratégiques en matière de nouvelle politique et des adaptations de la politique existante telles qu'elles ont été communiquées par le Comité de l'assurance et le Conseil général.
En ce qui concerne les prestations pour lesquelles aucune commission de convention ou d'accord n'est compétente, le Service détermine les moyens financiers qu'il estime indispensables pour le financement des adaptations prioritaires des secteurs concernés. Ces adaptations prioritaires tiennent également compte du cadre budgétaire, du trajet pluriannuel et des priorités stratégiques en matière de nouvelle politique et des adaptations de la politique existante telles qu'elles ont été communiquées par le Comité de l'assurance et le Conseil général. En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, 6°, le Service consulte au préalable le service compétent du ministère de la Santé publique.	En ce qui concerne les prestations pour lesquelles aucune commission de convention ou d'accord n'est compétente, le Service détermine les moyens financiers qu'il estime indispensables pour le financement des adaptations prioritaires des secteurs concernés. Ces adaptations prioritaires tiennent également compte du cadre budgétaire, du trajet pluriannuel et des priorités stratégiques en matière de nouvelle politique et des adaptations de la politique existante telles qu'elles ont été communiquées par le Comité de l'assurance et le Conseil général. En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, 6°, le Service consulte au préalable le service compétent du ministère de la Santé publique.
L'inventaire des modifications des moyens financiers nécessaires pour des adaptations prioritaires, partant du niveau des dépenses à législation constante établi par le Service des soins de santé de l'Institut, doit être communiqué et justifié dans ses diverses composantes par les Commissions de conventions ou d'accord concernées ou, respectivement, par le Service. Ces composantes doivent permettre de distinguer l'influence des facteurs prix, des facteurs consommation et de tout autre facteur. La Commission de contrôle budgétaire peut recommander à cet effet l'utilisation d'un formulaire type.	L'inventaire des modifications des moyens financiers nécessaires pour des adaptations prioritaires, partant du niveau des dépenses à législation constante établi par le Service des soins de santé de l'Institut, doit être communiqué et justifié dans ses diverses composantes par les Commissions de conventions ou d'accord concernées ou, respectivement, par le Service. Ces composantes doivent permettre de distinguer l'influence des facteurs prix, des facteurs consommation et de tout autre facteur. La Commission de contrôle budgétaire peut recommander à cet effet l'utilisation d'un formulaire type.
Les Commissions de conventions et d'accords communiquent au plus tard le 1er septembre de l'année	**Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de**

précédant l'exercice budgétaire, les moyens financiers en vue du financement d'adaptations prioritaires.	**l'assurance les moyens financiers destinés à financer les adaptations prioritaires et les propositions visant à accroître l'efficacité des soins dans leur secteur.**
Les Commissions de conventions et d'accords communiquent au plus tard le 1er septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire, des propositions de mesures compensatoires d'une part si sur la base des estimations techniques, telles qu'établies par le Service au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire, on présume un dépassement de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission de conventions et d'accords est compétente et d'autre part pour éventuellement financer une nouvelle politique.	**Les commissions d'accords peuvent, au plus tard le 30 juin de l'année précédant l'exercice budgétaire, communiquer au Conseil général et au Comité de l'assurance des propositions de mesures, d'une part, sur base des estimations techniques telles qu'établies par le Service au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire, et d'autre part, pour éventuellement financer une nouvelle politique. Ces propositions de mesures sont en tout état communiquées au plus tard le 30 juin à ces organes si un dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel pour lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé.**
Le Service des soins de santé de l'Institut communique ses estimations techniques au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux Ministres des Affaires sociales et du Budget au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire sur base des années complètes et 7[au plus tard le 15 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire., des estimations techniques revues qui tiennent compte des dépenses des cinq premiers mois de l'année précédant l'exercice budgétaire.	Le Service des soins de santé de l'Institut communique ses estimations techniques au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux Ministres des Affaires sociales et du Budget au plus tard le 31 mai de l'année précédant l'exercice budgétaire sur base des années complètes et 7[au plus tard le 15 septembre de l'année précédant l'exercice budgétaire., des estimations techniques revues qui tiennent compte des dépenses des cinq premiers mois de l'année précédant l'exercice budgétaire. **Les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres.**
Sous-réserve de directives dérogatoires émanant des ministres des Affaires sociales et du Budget, les moyens à fixer doivent être évalués à des prix qui ne tiennent pas encore compte de l'évolution des prix pour l'année budgétaire pour laquelle les moyens sont évalués. Il est également tenu compte des rapports trimestriels de la Commission de contrôle budgétaire et des rapports d'audit permanent tels que mentionnés à l'article 51.	Sous-réserve de directives dérogatoires émanant des ministres des Affaires sociales et du Budget, les moyens à fixer doivent être évalués à des prix qui ne tiennent pas encore compte de l'évolution des prix pour l'année budgétaire pour laquelle les moyens sont évalués. Il est également tenu compte des rapports trimestriels de la Commission de contrôle budgétaire et des rapports d'audit permanent tels que mentionnés à l'article 51.
Article 39	Article 39
	Le ministre adresse au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres avec les priorités politiques et le cadre budgétaire à prendre en compte par le Comité de l'assurance dans la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, également transmise au Conseil général.
Le Comité de l'assurance examine toutes les données transmises par les commissions compétentes.	Le Comité de l'assurance examine toutes les données transmises par les commissions compétentes **et, le cas échéant, la lettre de mission visée à l'alinéa 1er.**
Le Comité de l'assurance peut, le cas échéant, inviter par demande motivée, les commissions compétentes à procéder à une réévaluation l'inventaire des modifications de leur sous-secteur. Le Comité de l'assurance transmet au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire, au plus tard le	Le Comité de l'assurance peut, le cas échéant, inviter par demande motivée, les commissions compétentes à procéder à une réévaluation l'inventaire des modifications de leur sous-secteur. Le Comité de l'assurance transmet **à la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé,** au Conseil

premier lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, une proposition globale qui respecte la norme de croissance, l'augmentation de l'indice santé visées à l'article 40, § 1er, alinéa 3, le cadre budgétaire, le trajet pluriannuel et les priorités politiques concernant la politique nouvelle et les ajustements de la politique existante.	général et à la Commission de contrôle budgétaire, au plus tard le premier lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, une proposition globale qui respecte la norme de croissance, l'augmentation de l'indice santé visées à l'article 40, § 1er, alinéa 3, le cadre budgétaire, le trajet pluriannuel et les priorités politiques concernant la politique nouvelle et les ajustements de la politique existante **et, le cas échéant, tient compte de la lettre de mission visée à l'alinéa 1er**.
Pour fixer les objectifs partiels au sein de cette proposition globale, le Comité de l'assurance indique, par rapport aux estimations techniques, pour les secteurs concernés selon le cas soit le montant d'économies à réaliser ainsi que les mesures d'économies concrètes correspondantes accompagnées de la date de leur entrée en vigueur, soit les montants correspondants à des mesures positives ainsi qu'un descriptif de ces mesures accompagnées de leur date d'entrée en vigueur. En l'absence d'une telle proposition au premier lundi d'octobre, le Conseil général est compétent en matière de fixation des objectifs partiels.	Pour fixer les objectifs partiels au sein de cette proposition globale, le Comité de l'assurance indique, par rapport aux estimations techniques, pour les secteurs concernés selon le cas soit le montant d'économies à réaliser ainsi que les mesures d'économies concrètes correspondantes accompagnées de la date de leur entrée en vigueur, soit les montants correspondants à des mesures positives ainsi qu'un descriptif de ces mesures accompagnées de leur date d'entrée en vigueur. **Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le ministre soumet, après le deuxième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, un projet de budget de l'assurance soins de santé au Conseil des ministres, qui doit être approuvé par le Conseil des ministres au plus tard le deuxième vendredi d'octobre.**
Article 40	Article 40
§ 1er. Compte tenu de la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39, tant du rapport annuel que de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, respectivement à l'alinéa 2 et 3, des propositions de mesures d'économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l'article 18 et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition globale du Comité de l'assurance visé à l'article 18, le Conseil général approuve le budget de l'assurance soins de santé, l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions de conventions ou d'accords au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire. Le Conseil général approuve également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d'entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l'augmentation de l'indice santé visées à l'alinéa 3 et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.	**§ 1er. Compte tenu du projet du Conseil des ministres visé à l'article 39, alinéa 6, ou à défaut de celui-ci de la proposition du Comité de l'assurance visée à l'article 39, alinéa 3, ou à défaut d'une telle proposition, de sa propre initiative, et compte tenu tant du rapport annuel que de l'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, respectivement à l'alinéa 2 et 3, des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la législature visés à l'article 16, 18°, des propositions de mesures d'économie de la Commission de contrôle budgétaire visées à l'article 18, et de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition du Comité de l'assurance visé à l'article 18, le Conseil général détermine au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire, le budget de l'assurance soins de santé, y compris l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions d'accords et la partie hors objectif budgétaire annuel global. Le Conseil général fixe également les économies structurelles (contenu, montant annuel et date d'entrée en vigueur) nécessaires au respect de la norme de croissance et de l'augmentation de l'indice santé et propose les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou**

	groupes de prestations auxquels ce système est applicable.
(…)	(…)
§ 2. En cas de non-approbation du budget et de l'objectif budgétaire, le Conseil général en avise le ministre. Dans ce cas, sur proposition du ministre, le Conseil des ministres fixe le budget et le montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé, et les objectifs partiels et les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.	§ 2. En cas de non-approbation du budget et de l'objectif budgétaire, le Conseil général en avise le ministre. Dans ce cas, sur proposition du ministre, le Conseil des ministres fixe le budget **des soins de santé, y compris** l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé, et les objectifs partiels **et la partie en dehors de l'objectif budgétaire annuel global** et les budgets globaux des moyens financiers pour les prestations ou groupes de prestations auxquels ce système est applicable.
CHAPITRE V.- DES RAPPORTS AVEC LES DISPENSATEURS DE SOINS, LES SERVICES ET LES ÉTABLISSEMENTS	CHAPITRE V.- DES RAPPORTS AVEC LES DISPENSATEURS DE SOINS, LES SERVICES ET LES ÉTABLISSEMENTS
Section Ire. Des conventions	Section Ire. **Des Accords**
A. Généralités	A. Généralités
Article 42	Article 42
Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et, d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18° sont normalement régis par des conventions. Les conventions mentionnées dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale. Le Roi régit les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et les dispensateurs de soins qui dispensent les prestations visées à l'article 34, 13°, 14°, 15° et 16°, d'autre part.	**Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, les fournisseurs d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18° d'autre part, sont normalement régis par des accords.** **Les accords mentionnés dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.** **Le Roi régit les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins qui dispensent les prestations visées à l'article 34, 13°, 14° et 15°, d'autre part.**
B. Des conventions avec les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants	**B. Des accords avec les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens, les audiciens, et les fournisseurs d'implants**
Article 43	~~Article 43~~

Lorsque sur le plan national, aucune convention n'existe avec les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants, parce que la convention n'a pas été établie, n'a pas été approuvée ou est devenue caduque, l'ensemble des organismes assureurs et les organisations professionnelles ou les organisations représentatives des services intéressés peuvent négocier et conclure directement des conventions régionales.	~~Lorsque sur le plan national, aucune convention n'existe avec les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants, parce que la convention n'a pas été établie, n'a pas été approuvée ou est devenue caduque, l'ensemble des organismes assureurs et les organisations professionnelles ou les organisations représentatives des services intéressés peuvent négocier et conclure directement des conventions régionales.~~
Ces conventions sont conclues au sein de commissions régionales, se composant d'un nombre égal de représentants, d'une part, des organismes assureurs et, d'autre part des organisations représentatives des professions ou services intéressés dans la région envisagée. Le Roi peut déterminer ce qu'il y a lieu d'entendre par "région" pour l'application des dispositions du présent article.	~~Ces conventions sont conclues au sein de commissions régionales, se composant d'un nombre égal de représentants, d'une part, des organismes assureurs et, d'autre part des organisations représentatives des professions ou services intéressés dans la région envisagée. Le Roi peut déterminer ce qu'il y a lieu d'entendre par "région" pour l'application des dispositions du présent article.~~
Lorsqu'il existe une convention sur le plan national, les conventions régionales, pour autant qu'elles contiennent des dispositions complémentaires, peuvent s'établir ou rester en application moyennant l'approbation par le Comité de l'assurance.	~~Lorsqu'il existe une convention sur le plan national, les conventions régionales, pour autant qu'elles contiennent des dispositions complémentaires, peuvent s'établir ou rester en application moyennant l'approbation par le Comité de l'assurance.~~
Article 44	Article 44
§ 1er. Les conventions concernant les [sages-femmes], les praticiens de l'art infirmier [et les services de soins infirmier à domicile], [les kinésithérapeutes, les logopèdes et [les fournisseurs de prothèses et d'appareils]] fixent notamment le montant des honoraires et des prix réclamés pour les prestations.	**§ 1er. Les accords concernant les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les technologues orthopédiques, les opticiens et les audiciens fixent notamment le montant des honoraires et des prix réclamés pour les prestations.**
Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er.	**Ces honoraires et prix sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er.**
En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4°bis, la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs est compétente pour fixer la marge de délivrance. La marge de délivrance couvre l'information par le pharmacien hospitalier aux établissements visés à l'article 2, n), et aux implanteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La marge de délivrance couvre également l'achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.	**En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4°*bis*, la Commission d'accords entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs est compétente pour fixer la marge de délivrance. La marge de délivrance couvre l'information par le pharmacien hospitalier aux établissements visés à l'article 2, n), et aux implanteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La marge de délivrance couvre également l'achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.**
§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les conventions fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire que les personnes visées au § 1er sont autorisées à réclamer au bénéficiaire lorsqu'elles donnent ces soins à son domicile, soit à son appel, soit à leur initiative lorsque l'état du malade nécessite la poursuite de soins sans qu'il puisse se déplacer. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.	**§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire que les personnes visées au § 1er sont autorisées à réclamer au bénéficiaire lorsqu'elles donnent ces soins à son domicile, soit à son appel, soit à leur initiative lorsque**
§ 3. Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, § 19, les conventions	

peuvent prévoir, pour les prestations visées à l'article 34, 1° et 7°bis des taux d'honoraires préférentiels ne donnant pas lieu, de la part des bénéficiaires, au paiement d'une partie du coût de la prestation.	**l'état du bénéficiaire nécessite la poursuite de soins sans qu'il puisse se déplacer. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions.**
§ 4. Les conventions sont applicables par les parties quels que soient le moment et l'endroit où les prestations sont fournies.	**§ 3. Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification.**
§ 5. Les conventions peuvent prévoir des conditions particulières selon lesquelles les prestations seront dispensées aux personnes visées à l'article 32 dont les revenus annuels seraient supérieurs à un montant à fixer par lesdites conventions.	**§ 4. Les accords peuvent fixer les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires suite auxquelles le montant des honoraires et prix à porter en compte pour les prestations peut être dépassé.**
Toutefois, ces dispositions particulières ne sont pas d'application lorsque les prestations sont dispensées à des personnes hospitalisées ne séjournant pas dans une chambre particulière.	**Les accords peuvent fixer les tarifs indicatifs, pour les prestations de la nomenclature qu'ils déterminent. Ces tarifs indicatifs doivent avoir un caractère temporaire et l'inclusion de ces tarifs indicatifs dans les accords doit être évaluée. Ces tarifs indicatifs ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les prestations. Ils ne peuvent être prévus que dans des situations spécifiques, entre autres pour des formes innovantes de soins ou pour certaines prestations dont le montant du remboursement est devenu obsolète.**
§ 6. Le Roi peut instituer pour les personnes adhérant à une convention, un régime spécial en matière d'assurance survie et invalidité.	**§ 5. Les accords avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent prévoir une adhésion partielle aux accords. Le cas échéant, le médecin et le praticien de l'art dentaire qui a adhéré partiellement peut dépasser les montants des honoraires fixés dans l'accord conformément aux conditions et modalités fixées dans l'accord.**
Lors de la fixation du montant des honoraires conventionnels, il peut être tenu compte de ce régime spécial qui leur est accordé.	
Le financement des avantages prévus par ce régime spécial est assuré par une intervention personnelle des intéressés, variable en fonction du niveau des honoraires conventionnels, et par les ressources de l'assurance soins de santé.	
Le Roi peut créer à cette fin, au sein de l'Institut, un fonds spécial figurant au budget des frais d'administration dudit Institut. Le Roi fixe les règles de fonctionnement dudit fonds.	
A l'expiration d'une période de deux ans, un régime spécial comportant également la pension de retraite peut être institué par une loi.	
C. Des conventions avec les établissements hospitaliers	C. **Des accords** avec les établissements hospitaliers
Article 46	Article 46
§ 1er. Les conventions concernant les établissements hospitaliers pour lesquels le prix de la journée d'entretien n'est pas fixé par ou en vertu de la loi sur les hôpitaux, comportent l'engagement desdits établissements d'appliquer à l'égard des bénéficiaires de l'assurance soins de santé, le taux de journée d'entretien arrêté pour chacun d'eux.	§ 1er. Les **accords** concernant les établissements hospitaliers pour lesquels le prix de la journée d'entretien n'est pas fixé par ou en vertu de la loi sur les hôpitaux, comportent l'engagement desdits établissements d'appliquer à l'égard des bénéficiaires de l'assurance soins de santé, le taux de journée d'entretien arrêté pour chacun d'eux.
§ 2. Les conventions avec les établissements hospitaliers peuvent prévoir que ces derniers sont autorisés à déroger à l'application des taux normaux de journée d'entretien, dans les cas où les bénéficiaires de l'assurance soins de santé ont exigé d'être hospitalisés dans une chambre particulière sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examens, de traitement ou de surveillance ne l'exigent.	§ 2. Les **accords** avec les établissements hospitaliers peuvent prévoir que ces derniers sont autorisés à déroger à l'application des taux normaux de journée d'entretien, dans les cas où les bénéficiaires de l'assurance soins de santé ont exigé d'être hospitalisés dans une chambre particulière sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examens, de traitement ou de surveillance ne l'exigent.
Les établissements hospitaliers déclarent, en annexe aux conventions, les prix qui sont d'application pour l'hospitalisation en chambre particulière, visés à l'alinéa précédent.	Les établissements hospitaliers déclarent, en annexe aux **accords**, les prix qui sont d'application pour l'hospitalisation en chambre particulière, visés à l'alinéa précédent.

D. Des conventions avec les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°	D. **Des accords** avec les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°
Article 47	Article 47
§ 1er. Les conventions visées à l'article 42, fixent, en ce qui concerne les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, les modalités de l'attribution des interventions visées à l'article 37, § 12.	§ 1er. Les **accords visés à** l'article 42, fixent, en ce qui concerne les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, les modalités de l'attribution des interventions visées à l'article 37, § 12.
§ 2. Les conventions sont soumises à l'approbation du Comité de l'assurance. Il peut approuver ces conventions soit pour l'ensemble des bénéficiaires hébergés dans les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, soit pour une partie d'entre eux, en tenant compte des limites des crédits budgétaires et en fonction des économies réalisées par la réduction du nombre de lits hospitaliers.	§ 2. **Les accords sont soumis à** l'approbation du Comité de l'assurance. Il peut approuver **ces accords** soit pour l'ensemble des bénéficiaires hébergés dans les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, soit pour une partie d'entre eux, en tenant compte des limites des crédits budgétaires et en fonction des économies réalisées par la réduction du nombre de lits hospitaliers.
§ 3. La convention peut prévoir que la commission de conventions peut suspendre l'adhésion à la convention d'une institution dans laquelle sont constatés des abus systématiques et importants au détriment de l'assurance soins de santé obligatoire. La commission décide de la date de prise en cours et de la période de suspension. En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire résultant de cette suspension, ne peut être récupérée par l'institution concernée à charge des bénéficiaires. Le Roi détermine ce que l'on entend par "abus systématiques et importants".	§ 3. **L'accord** peut prévoir que la **commission d'accords** peut suspendre l'adhésion à **l'accord** d'une institution dans laquelle sont constatés des abus systématiques et importants au détriment de l'assurance soins de santé obligatoire. La commission décide de la date de prise en cours et de la période de suspension. En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire résultant de cette suspension, ne peut être récupérée par l'institution concernée à charge des bénéficiaires. Le Roi détermine ce que l'on entend par "abus systématiques et importants".
E. De la convention avec les pharmaciens	E. **De l'accord** avec les pharmaciens
Article 48	Article 48
	L'accord visé à l'article 42 fixe, en ce qui concerne les pharmaciens, le montant des honoraires pour les préparations magistrales et établit des règles relatives aux honoraires de responsabilité pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques, ainsi qu'à la délivrance et à la facturation des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° et 5°bis, dispensées par les pharmaciens.
F. Dispositions communes	F. Dispositions communes
Article 49	Article 49
§ 1er.	~~§ 1er.~~
§ 2. Les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des conventions et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.	~~§ 2. Les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des conventions et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.~~
§ 2*bis*. Le Service des soins de santé communique par voie électronique ou par voie postale, aux personnes visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E le texte des conventions approuvées qui les concernent ainsi que les modalités d'adhésion et de non adhésion.	~~§ 2*bis*. Le Service des soins de santé communique par voie électronique ou par voie postale, aux personnes visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E le texte des conventions approuvées qui les concernent ainsi que les modalités d'adhésion et de non adhésion.~~

Toutefois, le bandagiste ou l'orthopédiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention et dans la mesure où celle-ci le prévoit expressément, y joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention. Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

~~Toutefois, le bandagiste ou l'orthopédiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention et dans la mesure où celle-ci le prévoit expressément, y joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention. Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.~~

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 49, § 3bis, les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux conventions, visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E, sont réputés d'office avoir adhéré aux conventions, pour la durée de la convention, sauf s'ils notifient leur refus d'adhésion aux termes desdites conventions à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce refus ne produit ses effets que s'il est notifié pendant la période de trente jours calculée à partir de la date de la transmission de la convention par voie électronique ou par la poste. A partir de la date fixée par le Roi, les prestataires de soins notifient électroniquement leur refus d'adhésion aux conventions précitées par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. L'utilisation exclusive de la carte d'identité électronique du prestataire de soins est obligatoire pour effectuer cette notification.

~~§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 49, § 3bis, les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux conventions, visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E, sont réputés d'office avoir adhéré aux conventions, pour la durée de la convention, sauf s'ils notifient leur refus d'adhésion aux termes desdites conventions à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce refus ne produit ses effets que s'il est notifié pendant la période de trente jours calculée à partir de la date de la transmission de la convention par voie électronique ou par la poste. A partir de la date fixée par le Roi, les prestataires de soins notifient électroniquement leur refus d'adhésion aux conventions précitées par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. L'utilisation exclusive de la carte d'identité électronique du prestataire de soins est obligatoire pour effectuer cette notification.~~

Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de la convention par voie électronique ou par la voie postale.

~~Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de la convention par voie électronique ou par la voie postale.~~

L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 2bis, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

~~L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 2bis, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.~~

§ 3bis. La commission de conventions peut en cas d'abus résilier la convention unilatéralement pour une durée déterminée ou indéterminée. Le Roi détermine ce qu'il y a lieu d'entendre par abus.

~~§ 3bis. La commission de conventions peut en cas d'abus résilier la convention unilatéralement pour une durée déterminée ou indéterminée. Le Roi détermine ce qu'il y a lieu d'entendre par abus.~~

La décision de résilier la convention est prise à la majorité simple. Cette décision doit être dûment motivée.

~~La décision de résilier la convention est prise à la majorité simple. Cette décision doit être dûment motivée.~~

La décision de résiliation de la convention produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel la décision a été notifiée par lettre recommandée à la poste au prestataire de soins, au service ou à l'institution.

~~La décision de résiliation de la convention produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel la décision a été notifiée par lettre recommandée à la poste au prestataire de soins, au service ou à l'institution.~~

La résiliation est effective nonobstant toute reconduction tacite ou toute substitution de conventions nouvelles à la convention résiliée.

~~La résiliation est effective nonobstant toute reconduction tacite ou toute substitution de conventions nouvelles à la convention résiliée.~~

En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire prévue en vertu de l'article 37, § 12, résultant de cette résiliation, ne peut être récupérée par le dispensateur concerné à charge des bénéficiaires.

~~En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire prévue en vertu de l'article 37, § 12, résultant de cette résiliation, ne peut être récupérée par le dispensateur concerné à charge des bénéficiaires.~~

§ 4. Les conventions visées au titre III, chapitre V, section Ire, B, C, D, E et F sont conclues pour une période de deux ans au moins et, sauf stipulations contraires, tacitement

~~§ 4. Les conventions visées au titre III, chapitre V, section Ire, B, C, D, E et F sont conclues pour une période de deux ans au moins et, sauf stipulations contraires, tacitement~~

reconduites d'année en année, sauf préavis donné au plus tard trois mois avant la date d'expiration prévue.

~~reconduites d'année en année, sauf préavis donné au plus tard trois mois avant la date d'expiration prévue.~~

Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver une convention d'une durée inférieure à deux ans.

~~Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver une convention d'une durée inférieure à deux ans.~~

Les textes de convention établis par le Comité de l'assurance prévoient les conditions dans lesquelles il est mis fin aux effets des adhésions individuelles à ces conventions, au cas où une convention nationale ou régionale vient d'être conclue.

~~Les textes de convention établis par le Comité de l'assurance prévoient les conditions dans lesquelles il est mis fin aux effets des adhésions individuelles à ces conventions, au cas où une convention nationale ou régionale vient d'être conclue.~~

§ 5. Si, à la date d'expiration d'une convention visée au § 4, une nouvelle convention n'a pas été conclue, le Service des soins de santé soumet, dans les trente jours suivant cette date, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque praticien de la profession intéressée, de chaque établissement hospitalier, service ou institution, tout autre texte de convention établi par le Comité de l'assurance.

~~§ 5. Si, à la date d'expiration d'une convention visée au § 4, une nouvelle convention n'a pas été conclue, le Service des soins de santé soumet, dans les trente jours suivant cette date, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque praticien de la profession intéressée, de chaque établissement hospitalier, service ou institution, tout autre texte de convention établi par le Comité de l'assurance.~~

§ 6. Les conventions visées aux §§ 4, alinéa premier, et 5, alinéa 1er, entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, trente jours après l'envoi du texte par le Comité de l'assurance des conventions approuvées ou établies qui les concernent, comme prévu au § 2bis ou au § 5.

~~§ 6. Les conventions visées aux §§ 4, alinéa premier, et 5, alinéa 1er, entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, trente jours après l'envoi du texte par le Comité de l'assurance des conventions approuvées ou établies qui les concernent, comme prévu au § 2bis ou au § 5.~~

Lorsqu'une nouvelle convention est conclue ou qu'un nouveau document visé à l'article 49 existe, et que cette convention ou ce document couvre la période qui suit immédiatement une convention ou un document venu à expiration ou dénoncé conformément à l'article 51, § 9, les dispensateurs de soins conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de la convention ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion à la nouvelle convention ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré à la nouvelle convention ou au nouveau document.

~~Lorsqu'une nouvelle convention est conclue ou qu'un nouveau document visé à l'article 49 existe, et que cette convention ou ce document couvre la période qui suit immédiatement une convention ou un document venu à expiration ou dénoncé conformément à l'article 51, § 9, les dispensateurs de soins conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de la convention ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion à la nouvelle convention ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré à la nouvelle convention ou au nouveau document.~~

§ 7. Le Roi peut, dès le trentième jour suivant soit celui de l'envoi par le Service des soins de santé du texte des conventions visées titre III, chapitre V, section I, B et E, soit celui de la présentation du texte de convention visé à l'alinéa précédent, sur proposition ou après avis motivé du Comité de l'assurance, pour tout le pays ou pour certaines régions, pour toutes ou pour certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires et de prix, lorsque le nombre des adhésions individuelles n'atteint pas 60 % du nombre total des praticiens de la profession intéressée.

~~§ 7. Le Roi peut, dès le trentième jour suivant soit celui de l'envoi par le Service des soins de santé du texte des conventions visées titre III, chapitre V, section I, B et E, soit celui de la présentation du texte de convention visé à l'alinéa précédent, sur proposition ou après avis motivé du Comité de l'assurance, pour tout le pays ou pour certaines régions, pour toutes ou pour certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires et de prix, lorsque le nombre des adhésions individuelles n'atteint pas 60 % du nombre total des praticiens de la profession intéressée.~~

Dès qu'il est constaté que le quorum visé à l'alinéa précédent est atteint, le Roi peut réduire d'un maximum de 25% les taux de remboursement prévus à l'article 37 pour les prestations de santé effectuées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux, qui n'ont pas adhéré à une des conventions visées par la présente section. Toutefois, le Roi peut, pour les personnes qui n'ont pas adhéré à la convention, rendre obligatoire le respect des honoraires conventionnels pour les prestations qu'elles fournissent aux

~~Dès qu'il est constaté que le quorum visé à l'alinéa précédent est atteint, le Roi peut réduire d'un maximum de 25% les taux de remboursement prévus à l'article 37 pour les prestations de santé effectuées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux, qui n'ont pas adhéré à une des conventions visées par la présente section. Toutefois, le Roi peut, pour les personnes qui n'ont pas adhéré à la convention, rendre obligatoire le respect des honoraires conventionnels pour les prestations qu'elles fournissent aux~~

bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, § 19.	~~bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, § 19.~~
Le nombre d'adhésions individuelles visé aux alinéas 2 et 3 est établi en principe sur le plan national; dans ce cas, si le quorum fixé à l'alinéa 2 est atteint, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à l'ensemble du pays. Si ce quorum n'est pas atteint, le nombre d'adhésions individuelles est établi par région; dans ce cas, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum est atteint, et celles de l'alinéa 2 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum n'est pas atteint.	~~Le nombre d'adhésions individuelles visé aux alinéas 2 et 3 est établi en principe sur le plan national; dans ce cas, si le quorum fixé à l'alinéa 2 est atteint, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à l'ensemble du pays. Si ce quorum n'est pas atteint, le nombre d'adhésions individuelles est établi par région; dans ce cas, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum est atteint, et celles de l'alinéa 2 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum n'est pas atteint.~~
La notion de région est précisée dans les conditions prévues à l'article 43.	~~La notion de région est précisée dans les conditions prévues à l'article 43.~~
En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de praticiens d'une profession déterminée, auquel il faut rapporter le nombre de personnes de même profession ayant adhéré à une convention, est établi par le Comité de l'assurance, suivant des modalités définies par la convention.	~~En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de praticiens d'une profession déterminée, auquel il faut rapporter le nombre de personnes de même profession ayant adhéré à une convention, est établi par le Comité de l'assurance, suivant des modalités définies par la convention.~~
	La commission au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.
Section II. Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire	~~Section II. Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire~~
Article 50	Article 50
§ 1er. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par les accords.	~~§ 1er. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par les accords.~~
Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.	~~Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.~~
Les accords précités s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.	~~Les accords précités s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.~~
§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.	~~§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.~~
Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.	~~Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.~~

La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la Commission concernée.

~~La Commission nationale médico-mutualiste est présidée par un président nommé par le Roi, après avis de la Commission concernée.~~

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs, et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. [Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.

~~Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs, et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. [Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.~~

Le président n'a pas voix délibérative.

~~Le président n'a pas voix délibérative.~~

§ 2*bis*. Le Service des soins de santé communique par voie électronique ou par voie postale, aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire le texte des accords approuvés qui les concernent ainsi que les modalités d'adhésion et de non adhésion.

~~§ 2*bis*. Le Service des soins de santé communique par voie électronique ou par voie postale, aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire le texte des accords approuvés qui les concernent ainsi que les modalités d'adhésion et de non adhésion.~~

§ 3. Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié électroniquement par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. L'utilisation exclusive de la carte d'identité électronique du médecin ou du praticien de l'art dentaire est obligatoire pour effectuer cette notification. Pour les praticiens de l'art dentaire, ce taux est compté globalement au niveau du Royaume. En outre, pour que dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des praticiens de l'art dentaire et pas plus de 50 p.c. des médecins de médecine générale ni plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.

~~§ 3. Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié électroniquement par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. L'utilisation exclusive de la carte d'identité électronique du médecin ou du praticien de l'art dentaire est obligatoire pour effectuer cette notification. Pour les praticiens de l'art dentaire, ce taux est compté globalement au niveau du Royaume. En outre, pour que dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des praticiens de l'art dentaire et pas plus de 50 p.c. des médecins de médecine générale ni plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.~~

Le refus d'adhésion est notifié via ladite application en ligne sécurisée à l'Institut précité au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au Moniteur belge. Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de l'accord par voie électronique.

~~Le refus d'adhésion est notifié via ladite application en ligne sécurisée à l'Institut précité au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au Moniteur belge. Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de l'accord par voie électronique.~~

Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les commissions visées au § 2, avant l'entrée en vigueur des accords.

~~Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les commissions visées au § 2, avant l'entrée en vigueur des accords.~~

Toutefois, si l'Institut précité reçoit via l'application en ligne sécurisée, des messages qui ont été envoyés par les médecins ou les praticiens de l'art dentaire après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, la Commission

~~Toutefois, si l'Institut précité reçoit via l'application en ligne sécurisée, des messages qui ont été envoyés par les médecins ou les praticiens de l'art dentaire après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, la Commission~~

nationale concernée constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces messages, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus un des pourcentages prévus à l'alinéa 1er.

Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient électroniquement via l'application en ligne sécurisée susvisée leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission nationale concernée constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1er.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords selon la procédure prévue au présent paragraphe, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont électroniquement et par l'application en ligne sécurisée visée au présent paragraphe, dans les délais et suivant les modalités à déterminer 13[dans les accords, communiqué à l'Institut précité les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.

En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, existe, et que cet accord ou ce document couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration ou dénoncé conformément à l'article 51, § 9, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document.

Par dérogation à l'alinéa 1er, première phrase, l'accord national dento-mutualiste 2024-2025 entre en vigueur, sauf si plus de 45 pour cent des praticiens de l'art dentaire ont notifié électroniquement par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, leur refus d'adhésion aux termes dudit accord.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'exécution du présent paragraphe.

§ 3bis. Sans préjudice de la disposition du § 3, alinéa 7, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.

~~nationale concernée constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces messages, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus un des pourcentages prévus à l'alinéa 1er.~~

~~Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient électroniquement via l'application en ligne sécurisée susvisée leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission nationale concernée constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1er.~~

~~Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords selon la procédure prévue au présent paragraphe, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont électroniquement et par l'application en ligne sécurisée visée au présent paragraphe, dans les délais et suivant les modalités à déterminer 13[dans les accords, communiqué à l'Institut précité les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.~~

~~En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.~~

~~Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, existe, et que cet accord ou ce document couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration ou dénoncé conformément à l'article 51, § 9, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document.~~

~~Par dérogation à l'alinéa 1er, première phrase, l'accord national dento-mutualiste 2024-2025 entre en vigueur, sauf si plus de 45 pour cent des praticiens de l'art dentaire ont notifié électroniquement par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, leur refus d'adhésion aux termes dudit accord.~~

~~Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'exécution du présent paragraphe.~~

~~§ 3bis. Sans préjudice de la disposition du § 3, alinéa 7, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.~~

§ 4. Les limites des régions coïncident avec celles des arrondissements administratifs du Royaume. Le Roi peut fixer une délimitation différente des régions, sur proposition de la Commission nationale compétente.

~~§ 4. Les limites des régions coïncident avec celles des arrondissements administratifs du Royaume. Le Roi peut fixer une délimitation différente des régions, sur proposition de la Commission nationale compétente.~~

§ 5.

~~§ 5.~~

§ 6. Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

~~§ 6. Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.~~

Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35, § 1er, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature. Le cas échéant, les accords dento-mutualistes fixent les plafonds des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des accords pour les prestations de la nomenclature que ceux-ci déterminent. Ce dépassement d'honoraires est d'application jusqu'à la date de la fin de la durée de validité de l'accord national dento-mutualiste conclu pour l'année 2028.

~~Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35, § 1er, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature. Le cas échéant, les accords dento-mutualistes fixent les plafonds des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des accords pour les prestations de la nomenclature que ceux-ci déterminent. Ce dépassement d'honoraires est d'application jusqu'à la date de la fin de la durée de validité de l'accord national dento-mutualiste conclu pour l'année 2028.~~

En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent pour les frais de déplacement le montant forfaitaire que les médecins ou les praticiens de l'art dentaire réclament aux bénéficiaires; ils peuvent contenir des clauses prévoyant des modalités particulières applicables dans une région déterminée, éventuellement sur proposition d'une commission médico- ou dento-mutualiste régionale ou des délégués régionaux des organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire, et des organismes assureurs. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions. Des forfaits différents peuvent éventuellement être prévus à l'intérieur d'une même région afin de rencontrer des situations particulières.

~~En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent pour les frais de déplacement le montant forfaitaire que les médecins ou les praticiens de l'art dentaire réclament aux bénéficiaires; ils peuvent contenir des clauses prévoyant des modalités particulières applicables dans une région déterminée, éventuellement sur proposition d'une commission médico- ou dento-mutualiste régionale ou des délégués régionaux des organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire, et des organismes assureurs. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions. Des forfaits différents peuvent éventuellement être prévus à l'intérieur d'une même région afin de rencontrer des situations particulières.~~

Pour les cas où un médecin spécialiste ou un praticien de l'art dentaire est appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant, l'accord peut fixer une indemnité kilométrique de déplacement.

~~Pour les cas où un médecin spécialiste ou un praticien de l'art dentaire est appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant, l'accord peut fixer une indemnité kilométrique de déplacement.~~

Les accords peuvent prévoir une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'organisation de cours de formation complémentaire en faveur des médecins.

~~Les accords peuvent prévoir une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'organisation de cours de formation complémentaire en faveur des médecins.~~

Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification.

~~Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification.~~

Les accords peuvent en outre prévoir les conditions dans lesquelles le dispensateur de soins ne répond plus, pour une période déterminée, aux conditions de l'accréditation, visées à l'article 36ter, si en application des articles 142 à

~~Les accords peuvent en outre prévoir les conditions dans lesquelles le dispensateur de soins ne répond plus, pour une période déterminée, aux conditions de l'accréditation, visées à l'article 36ter, si en application des articles 142 à~~

144, il fait l'objet d'au moins deux sanctions au cours d'une période de 4 années civiles.

~~144, il fait l'objet d'au moins deux sanctions au cours d'une période de 4 années civiles.~~

§ 7. Les accords peuvent prévoir que la Commission nationale au sein de laquelle a été conclu l'accord individuel est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et qu'elle peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.

~~§ 7. Les accords peuvent prévoir que la Commission nationale au sein de laquelle a été conclu l'accord individuel est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et qu'elle peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.~~

§ 8. Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins.

Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.

~~§ 8. Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins.~~

~~Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.~~

§ 9. Le président de la Commission nationale convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.

~~§ 9. Le président de la Commission nationale convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.~~

§ 10. En cas de difficultés suscitées par un pourcentage de refus d'adhésion éventuellement supérieur à ceux visés au § 3, dans une ou plusieurs régions, la Commission nationale intéressée examine la situation et peut proposer, après consultation des délégués régionaux du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs, des solutions permettant la mise en vigueur des accords dans cette ou ces régions.

La Commission constate, région par région, que l'accord peut entrer en vigueur, soit que les pourcentages de refus d'adhésion, prévus au § 3, ne sont plus dépassés, soit que les solutions envisagées à l'alinéa précédent, ont été obtenues.

~~§ 10. En cas de difficultés suscitées par un pourcentage de refus d'adhésion éventuellement supérieur à ceux visés au § 3, dans une ou plusieurs régions, la Commission nationale intéressée examine la situation et peut proposer, après consultation des délégués régionaux du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs, des solutions permettant la mise en vigueur des accords dans cette ou ces régions.~~

~~La Commission constate, région par région, que l'accord peut entrer en vigueur, soit que les pourcentages de refus d'adhésion, prévus au § 3, ne sont plus dépassés, soit que les solutions envisagées à l'alinéa précédent, ont été obtenues.~~

§ 11. Si à la date de l'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou un nouveau document ne peut pas entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, notamment, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, alinéa 6.

Si la mesure précitée est prise à l'égard de tous les bénéficiaires et qu'il est renvoyé pour la fixation des honoraires aux tarifs de l'accord ou du document, les dispositions prévues par l'accord ou le document précité resteront ou seront appliquées aux médecins et praticiens de l'art dentaire, qui, dans ces régions, n'ont pas notifié, dans les délais visés au § 3, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord ou du document précité; dans ce cas la mesure prise en vertu de l'alinéa 1er, ne leur sera pas applicable.

Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord n'a pas pu être conclu ou si un nouvel accord a été conclu ou un document a été publié au Moniteur belge, mais que les montants et les honoraires ne sont pas encore

~~§ 11. Si à la date de l'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou un nouveau document ne peut pas entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, notamment, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, alinéa 6.~~

~~Si la mesure précitée est prise à l'égard de tous les bénéficiaires et qu'il est renvoyé pour la fixation des honoraires aux tarifs de l'accord ou du document, les dispositions prévues par l'accord ou le document précité resteront ou seront appliquées aux médecins et praticiens de l'art dentaire, qui, dans ces régions, n'ont pas notifié, dans les délais visés au § 3, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord ou du document précité; dans ce cas la mesure prise en vertu de l'alinéa 1er, ne leur sera pas applicable.~~

~~Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord n'a pas pu être conclu ou si un nouvel accord a été conclu ou un document a été publié au Moniteur belge, mais que les montants et les honoraires ne sont pas encore~~

entrés en vigueur, le Roi fixe la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.	~~entrés en vigueur, le Roi fixe la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.~~
S'il n'est pas pris d'arrêté en exécution de l'alinéa précédent, les montants et honoraires fixés dans l'accord ou le document venu à expiration continuent momentanément à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance.	~~S'il n'est pas pris d'arrêté en exécution de l'alinéa précédent, les montants et honoraires fixés dans l'accord ou le document venu à expiration continuent momentanément à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance.~~
§ 12. Les accords nationaux médico-mutualistes contiennent des dispositions subordonnant une revalorisation supplémentaire des honoraires d'un ou de plusieurs groupes de dispensateurs de soins à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour certaines prestations de santé que ce ou ces groupes de dispensateurs peuvent influencer par leur pratique. La revalorisation susvisée peut aussi porter sur une des deux parties des honoraires définies à l'article 68, § 1er.	~~§ 12. Les accords nationaux médico-mutualistes contiennent des dispositions subordonnant une revalorisation supplémentaire des honoraires d'un ou de plusieurs groupes de dispensateurs de soins à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour certaines prestations de santé que ce ou ces groupes de dispensateurs peuvent influencer par leur pratique. La revalorisation susvisée peut aussi porter sur une des deux parties des honoraires définies à l'article 68, § 1er.~~
Le montant de cette revalorisation supplémentaire doit être lié à une diminution de la progression des dépenses dans les secteurs identifiés dans l'accord.	~~Le montant de cette revalorisation supplémentaire doit être lié à une diminution de la progression des dépenses dans les secteurs identifiés dans l'accord.~~
Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord qui ne contient pas de telles dispositions.	~~Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord qui ne contient pas de telles dispositions.~~
	§ 1er. Tout accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l'article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.
	Chaque accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé significativement de manière non justifiée.
	Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en des adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, en des modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1er, et en de nouvelles techniques de financement des prestations de santé.
	En sus de ces mécanismes de correction, chaque accord doit contenir:
	1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées dans l'article 40, § 1er, ou de celles visées dans l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7;
	2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser significativement les normes en matière de volume incorporées dans l'accord de manière non justifiée.

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucun accord n'est en cours.

L'application de la réduction visée au 1° ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission d'accords ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1er janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207*bis*, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x-1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 2. Un dépassement significatif non justifié ou un risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel est constaté par le Conseil général. Il appartient au Conseil général de déterminer la suite à donner à tout dépassement significatif non justifié ou risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire partiel.

À cet égard, une distinction peut être faite entre les deux groupes de dépenses qui sont visées au paragraphe 5.

§ 3. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques. Ce rapport impliquera les commissions d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement significatif non justifié de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs

	techniques, une analyse des causes de ce dépassement significatif non justifié mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé. **§ 4. Chaque commission d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.** **Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.** **§ 5. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Conseil général en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après avis de la Commission de contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.** **§ 6. Les §§ 1er à 5 ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.**
Section III.- Dispositions communes aux sections I et II	Section III.- **Processus de conclusion des accords et adhésion aux accords**
Article 51	Article 51
§ 1er. Les conventions et accords visés aux sections I et II, doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour constater leurs compatibilité budgétaire, avant le 31 décembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Ces délais peuvent être exceptionnellement dépassés moyennant la motivation expresse de ce caractère exceptionnel. Le total des montants de dépenses résultant des accords et conventions nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord ou une convention n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels. Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord ou la convention. Après l'approbation d'une convention ou d'un accord conformément à la procédure visée à l'article 22, 3°, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des	~~§ 1er. Les conventions et accords visés aux sections I et II, doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour constater leurs compatibilité budgétaire, avant le 31 décembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Ces délais peuvent être exceptionnellement dépassés moyennant la motivation expresse de ce caractère exceptionnel. Le total des montants de dépenses résultant des accords et conventions nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord ou une convention n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels.~~ ~~Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord ou la convention.~~ ~~Après l'approbation d'une convention ou d'un accord conformément à la procédure visée à l'article 22, 3°, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des~~

mesures prévues. La décision du Conseil des ministres est publiée avec les conventions et accords au Moniteur belge.

Si, à la date précitée, une convention ou un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si la convention ou l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance, ce dernier peut émettre des remarques ou formuler lui-même une proposition dont il fait part au président de la commission dans un délai d'un mois. Le président du Comité de l'assurance fait alors convoquer une réunion de ladite commission, que lui-même ou son délégué préside. La commission concernée dispose d'un délai de quinze jours à dater de la communication de la proposition ou des remarques du Comité de l'assurance pour se prononcer sur celles-ci.

Si la commission concernée marque son accord sur la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si celui-ci accepte la contre-proposition de la commission, une convention ou un accord est conclu sur cette base.

Si, au contraire, la commission concernée rejette la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si le Comité de l'assurance rejette la contre-proposition de la commission ou si la commission ne se prononce pas dans le délai prévu ou si le Conseil général se prononce négativement, en application de l'article 16, § 1er, 7°, sur ces remarques ou propositions:

1° les dispositions de l'article 49, § 5, sont applicables en ce qui concerne les conventions. Les dispensateurs de soins concernés qui n'ont pas notifié leur refus selon la procédure prévue à l'article 49, § 3, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Le bénéfice du statut social est accordé aux dispensateurs de soins auxquels s'applique la réglementation en matière d'avantages sociaux et qui en font la demande selon la procédure en vigueur;

2° en ce qui concerne les accords, le Ministre peut, après délibération et Conseil des Ministres, soumettre un document à l'adhésion des médecins ou des praticiens de l'art dentaire. Ce document fixe les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance, les règles particulières de publicité et les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces tarifs et règles sont de stricte application; ces conditions sont celles qui étaient prévues dans le dernier accord conclu. [Dans ledit document est fixé également le montant de l'intervention forfaitaire visée à l'article 50, § 6, alinéa 6.

Les médecins ou praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus selon la procédure prévue à l'article 50, § 3 au plus tard le trentième jour suivant celui de la publication de ce document au Moniteur belge, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Les dispositions de ce document entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 50, § 3. Sans préjudice des autres dispositions qui résultent de la constatation que plus de 40 p.c. des médecins ou praticiens de l'art dentaire ont marqué leur refus, le bénéfice du statut social est accordé aux médecins ou praticiens de l'art dentaire qui en font la demande selon la procédure en vigueur. Le Roi détermine par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'exécution de la présente disposition;

~~mesures prévues. La décision du Conseil des ministres est publiée avec les conventions et accords au Moniteur belge.~~

~~Si, à la date précitée, une convention ou un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si la convention ou l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance, ce dernier peut émettre des remarques ou formuler lui-même une proposition dont il fait part au président de la commission dans un délai d'un mois. Le président du Comité de l'assurance fait alors convoquer une réunion de ladite commission, que lui-même ou son délégué préside. La commission concernée dispose d'un délai de quinze jours à dater de la communication de la proposition ou des remarques du Comité de l'assurance pour se prononcer sur celles-ci.~~

~~Si la commission concernée marque son accord sur la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si celui-ci accepte la contre-proposition de la commission, une convention ou un accord est conclu sur cette base.~~

~~Si, au contraire, la commission concernée rejette la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si le Comité de l'assurance rejette la contre-proposition de la commission ou si la commission ne se prononce pas dans le délai prévu ou si le Conseil général se prononce négativement, en application de l'article 16, § 1er, 7°, sur ces remarques ou propositions:~~

~~1° les dispositions de l'article 49, § 5, sont applicables en ce qui concerne les conventions. Les dispensateurs de soins concernés qui n'ont pas notifié leur refus selon la procédure prévue à l'article 49, § 3, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Le bénéfice du statut social est accordé aux dispensateurs de soins auxquels s'applique la réglementation en matière d'avantages sociaux et qui en font la demande selon la procédure en vigueur;~~

~~2° en ce qui concerne les accords, le Ministre peut, après délibération et Conseil des Ministres, soumettre un document à l'adhésion des médecins ou des praticiens de l'art dentaire. Ce document fixe les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance, les règles particulières de publicité et les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces tarifs et règles sont de stricte application; ces conditions sont celles qui étaient prévues dans le dernier accord conclu. [Dans ledit document est fixé également le montant de l'intervention forfaitaire visée à l'article 50, § 6, alinéa 6.~~

~~Les médecins ou praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus selon la procédure prévue à l'article 50, § 3 au plus tard le trentième jour suivant celui de la publication de ce document au Moniteur belge, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Les dispositions de ce document entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 50, § 3. Sans préjudice des autres dispositions qui résultent de la constatation que plus de 40 p.c. des médecins ou praticiens de l'art dentaire ont marqué leur refus, le bénéfice du statut social est accordé aux médecins ou praticiens de l'art dentaire qui en font la demande selon la procédure en vigueur. Le Roi détermine par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'exécution de la présente disposition;~~

3° si la procédure visée au point 2 n'est pas suivie, il peut être fait application des dispositions prévues à l'article 50, § 11.

~~3° si la procédure visée au point 2 n'est pas suivie, il peut être fait application des dispositions prévues à l'article 50, § 11.~~

Sans préjudice des dispositions précédentes et de celles de l'article 49, si, à la date d'expiration d'une convention, aucune nouvelle convention n'a été conclue, les prix et honoraires fixés dans la convention précédente venue à expiration, continuent à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance jusqu'à ce qu'une nouvelle convention ou tout autre texte qui en tient légalement lieu, entre en vigueur.

~~Sans préjudice des dispositions précédentes et de celles de l'article 49, si, à la date d'expiration d'une convention, aucune nouvelle convention n'a été conclue, les prix et honoraires fixés dans la convention précédente venue à expiration, continuent à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance jusqu'à ce qu'une nouvelle convention ou tout autre texte qui en tient légalement lieu, entre en vigueur.~~

§ 2. Toute convention ou accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes conventions ou accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l'article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.

~~§ 2. Toute convention ou accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes conventions ou accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l'article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.~~

Chaque convention ou accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé.

~~Chaque convention ou accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé.~~

Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1er, et nouvelles techniques de financement des prestations de santé.

~~Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1er, et nouvelles techniques de financement des prestations de santé.~~

En sus de ces mécanismes de correction, chaque convention ou accord doit contenir:

~~En sus de ces mécanismes de correction, chaque convention ou accord doit contenir:~~

1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées au § 1er de l'article 40 ou de celles visées à l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7;

~~1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées au § 1er de l'article 40 ou de celles visées à l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7;~~

2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans la convention ou dans l'accord.

~~2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans la convention ou dans l'accord.~~

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

~~Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.~~

Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucune convention ou aucun accord n'est en cours [et font, à compter du 1er janvier 2001, partie intégrante des dispositions des conventions qui, en application de l'article 49, § 4, sont reconduites tacitement à cette date.

~~Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucune convention ou aucun accord n'est en cours [et font, à compter du 1er janvier 2001, partie intégrante des dispositions des conventions qui, en application de l'article 49, § 4, sont reconduites tacitement à cette date.~~

L'application de la réduction visée au 1° ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention ou l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère

~~L'application de la réduction visée au 1° ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention ou l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère~~

pour dénoncer cette convention, cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission de convention ou d'accord ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1er janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207*bis*, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x–1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 3. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.

Il peut dans ces dispositions distinguer entre les deux groupes de dépenses qui sont visées à l'article 51, § 7.

§ 4. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission de conventions ou d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions de conventions ou d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques, dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif partiel. Ce rapport impliquera les commissions de conventions ou d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§ 5. Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi.

Les commissions d'accords ou de conventions concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.

~~pour dénoncer cette convention, cet accord ou cette adhésion.~~

~~Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission de convention ou d'accord ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1er janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207*bis*, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x–1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.~~

~~§ 3. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.~~

~~Il peut dans ces dispositions distinguer entre les deux groupes de dépenses qui sont visées à l'article 51, § 7.~~

~~§ 4. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission de conventions ou d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.~~

~~Le service susvisé transmet au plus tard le 30 juin, pour les dépenses annuelles cumulées de l'exercice budgétaire précédent, au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions de conventions ou d'accords concernées et aux ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques, dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif partiel. Ce rapport impliquera les commissions de conventions ou d'accords et mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.~~

~~§ 5. Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi.~~

~~Les commissions d'accords ou de conventions concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.~~

Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.	~~Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.~~
§ 6. Chaque commission de conventions ou d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'une convention ou d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.	~~§ 6. Chaque commission de conventions ou d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'une convention ou d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.~~
Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.	~~Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.~~
§ 7. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.	~~§ 7. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1er, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine après l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.~~
§ 8. Les §§ 1er à 7 ne s'appliquent pas aux conventions conclues avec les fournisseurs d'implants.	~~§ 8. Les §§ 1er à 7 ne s'appliquent pas aux conventions conclues avec les fournisseurs d'implants.~~
§ 9. Les conventions et les accords peuvent être dénoncés entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'une convention ou d'un accord si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants, fixés conformément aux articles 44, §§ 1er et 2, 46, §§ 1er et 2, 48, §§ 1er et 2 et 50, § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68.	~~§ 9. Les conventions et les accords peuvent être dénoncés entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'une convention ou d'un accord si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants, fixés conformément aux articles 44, §§ 1er et 2, 46, §§ 1er et 2, 48, §§ 1er et 2 et 50, § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68.~~
Les conventions et les accords peuvent fixer les modalités d'application de la dénonciation.	~~Les conventions et les accords peuvent fixer les modalités d'application de la dénonciation.~~
§ 10. Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au *Moniteur belge*.	~~§ 10. Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au *Moniteur belge*.~~
	Les accords visés à l'article 42 doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis avant le 31 décembre au Comité de l'assurance et au Conseil général pour approbation, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Le Conseil général approuve les accords s'ils sont conformes budget. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Le total des montants de dépenses résultant des accords nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter

	l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels. **Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord. Après l'approbation d'un accord par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.** **Si à la date précitée, un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si, à la date précitée, l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général, le Comité de l'assurance peut établir un document à soumettre au Conseil général avant le 1er février de l'année suivante afin de déterminer sa conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Les membres de la commission d'accords concernée sont invités à participer à la réunion du Comité de l'assurance au cours de laquelle le document est discuté. Les membres de la commission d'accords concernée ont voix consultative, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes membres du Comité de l'assurance avec voix délibérative. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.** **Si, au 31 janvier, aucun document n'a été établi par le Comité de l'assurance et approuvé par le Conseil général, le ministre peut établir un document. Ce document est soumis au Conseil général avant le 1er mars afin de déterminer sa conformité au budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard le dernier jour de février. Après l'approbation d'un document par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues.** **Ce document fixe notamment les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance et, qui sont respectés à l'égard des bénéficiaires de l'assurance par les dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux documents. Dans le document destiné aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire sont également fixées les conditions relatives aux moments pour lesquels les tarifs d'honoraires sont de stricte application.** **Le présent article ne s'applique pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants.**
	Article 51/1
	§ 1er. Le Service des soins de santé notifie aux dispensateurs de soins concernés le texte des accords approuvés par le Conseil des ministres visés à l'article 42 ou les documents approuvés par le Conseil des

ministres, visés à l'article 51, qui les concernent, ainsi que les modalités d'adhésion et de non-adhésion, par voie électronique ou par voie postale.

Toutefois, le technologue orthopédique exerçant sa profession dans une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à l'accord ou au document et, dans la mesure où cela est expressément prévu dans cet accord ou ce document, joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant à prendre les engagements établis par l'accord ou le document précité. Cette autorisation n'est valable que si elle couvre tous les dispensateurs de soins de l'entreprise habilités à adhérer à l'accord ou au document.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents sont réputés avoir adhéré aux accords ou documents pour la durée de l'accord ou du document. Ce refus ne produit ses effets que s'il a été notifié pendant la période de trente jours à compter de la date d'envoi de l'accord ou du document. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes, cette notification de refus se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la notification de refus se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la notification de refus se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'indentification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de l'accord ou du document par voie électronique ou par voie postale.

L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 1er, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

§ 3. Les accords et les documents entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés,

	quarante-cinq jours après l'envoi du texte des accords approuvés par le Conseil des ministres ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents approuvés par le Conseil des ministres, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'adhérer aux termes desdits accords ou documents, selon les modalités prévues au paragraphe 2. **En outre, pour que l'accord médico-mutualiste ou le document établi par le Comité de l'assurance ou le ministre pour les médecins puisse entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des médecins généralistes et pas plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'adhérer à l'accord ou au document.** **Le décompte des dispensateurs de soins qui ont notifié leur refus d'adhérer aux termes des accords ou documents est effectué par les commissions d'accords avant l'entrée en vigueur des accords ou documents.** **Toutefois, si l'Institut reçoit, après l'expiration du délai de trente jours visé au paragraphe 2, des messages de dispensateurs de soins visant à retirer un refus d'adhésion antérieurement notifié, la commission d'accords constate l'entrée en vigueur de l'accord ou du document, pour autant qu'à la suite de ces messages, le pourcentage de refus d'adhésion n'excède plus le pourcentage visé à l'alinéa 1er. Toutefois, si l'Institut reçoit, après l'expiration du délai de trente jours visé au paragraphe 2, des messages envoyés par les médecins visant à retirer un refus d'adhésion antérieurement notifié, la commission d'accords constate l'entrée en vigueur de l'accord ou du document, pour autant qu'à la suite de ces messages, le pourcentage de refus d'adhésion n'excède plus les pourcentages visés aux alinéas 1er et 2.** **Si les dispensateurs de soins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accords constate éventuellement que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse le pourcentage visé à l'alinéa 1er. Si des médecins ont notifié, conformément aux dispositions de la présente loi, leur refus de continuer à se conformer à cet accord ou ce document, la commission d'accords constate éventuellement que l'accord ou le document cesse d'être d'application dès lors que ces nouveaux refus font que le pourcentage de refus d'adhésion dépasse les pourcentages visés aux alinéas 1er et 2.**
	Article 51/2
	Les accords visés dans l'article 42 sont conclus pour une période d'au moins deux années calendrier. La commission d'accords peut décider de prolonger l'accord d'année calendrier en année calendrier. La décision de prolongation doit être prise au plus tard le 30 septembre. Les accords peuvent également prévoir qu'ils sont prolongés tacitement d'année calendrier en

	année calendrier, sauf s'ils sont dénoncés au plus tard trois mois avant la date d'expiration fixée. **Néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut approuver un accord d'une durée inférieure à deux années calendriers.** **Les documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre sont valables jusqu'à la fin de l'année calendrier au cours de laquelle ils ont été adoptés.** **Le président de la commission d'accords convoque la commission au plus tard le 15 septembre de l'année d'expiration de l'accord en cours. La commission se réunit également si l'un des bancs le demande.**
	Article 51/3
	Les accords visés dans l'article 42 peuvent être modifiés pendant leur période de validité par des avenants. Ces avenants sont conclus par les commissions compétentes et sont soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour en déterminer la conformité avec le budget, accompagné de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Après l'approbation d'un avenant par le Conseil général, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues. **Les dispensateurs de soins qui, au plus tard le trentième jour suivant la date d'envoi d'un avenant par voie électronique ou par voie postale, n'ont pas notifié leur refus d'adhésion suivant la procédure décrite dans l'article 51/1, § 2, sont réputés avoir adhéré à l'accord, tel que modifié par l'avenant. Les dispositions d'un avenant entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 51/1, § 3. Si l'avenant n'entre pas en vigueur, les dispensateurs de soins conservent la situation dans laquelle ils se trouvaient avant l'avenant, pour ce qui est de leur adhésion ou leur refus d'adhésion à l'accord.**
	Article 51/4
	Les accords visés dans l'article 42 peuvent être dénoncés dans leur totalité par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'un accord, si le Roi ou le Conseil général prend des mesures dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants fixés conformément aux articles 44, §§ 1er et 2, 46, §§ 1er et 2, et 48, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 50 et 68. **Les accords peuvent être dénoncés dans leur totalité par un dispensateur de soins individuel sans justification. La dénonciation doit être faite avant le 1er décembre et, dans ce cas, s'applique à partir du 1er janvier de l'année calendrier suivante. Pour les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les sage-femmes,**

cette dénonciation se fait par le biais de l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. Pour les autres dispensateurs de soins, la dénonciation se fait au moyen d'un formulaire mis à disposition via le site internet de l'Institut. Ce formulaire doit être muni d'une signature manuscrite ou d'une signature électronique qualifiée et doit être transmis à l'Institut par lettre recommandée à la poste ou par e-mail. Le Comité de l'assurance peut, par un règlement visé à l'article 22, 11°, préciser, pour chaque catégorie d'autres dispensateurs de soins, la date à partir de laquelle la dénonciation se fait exclusivement au moyen de l'application web sécurisée susmentionnée. Pour cette communication, le dispensateur de soins fait usage de l'un des services d'indentification électroniques visés dans les articles 9 et 10 de la loi 18 juillet 2017 relative à l'identification électronique ou d'un certificat délivré par la plate-forme eHealth dans le cadre du système de gestion des accès et des utilisateurs visé dans l'article 5, 4., b) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

Les accords peuvent également prévoir, en plus des motifs de dénonciation prévus par ou en vertu de la loi, d'autres motifs de dénonciation, à condition qu'au moins trois quarts des membres représentant les dispensateurs de soins et au moins trois quarts des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Lorsque ces majorités ne sont pas atteintes lors d'une première séance, les mêmes motifs de dénonciation peuvent être soumis à un nouveau vote et être inclus dans les accords, à condition que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les dispensateurs de soins et que la majorité ordinaire au sein des membres représentant les organismes assureurs soient d'accord.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accords par écrit dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées qui, sur la base de la loi ou de l'accord, constituent un fondement pour la dénonciation de l'accord se soit produite.

Dans ce cas, le président de la commission d'accords convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucune conciliation n'est trouvée lors de cette réunion, l'accord prend fin de plein droit après 30 jours, à condition qu'à la réunion précitée à laquelle le ministre a été invité, une majorité des représentants présents des organisations représentatives des dispensateurs de soins confirme la dénonciation.

La conclusion d'un nouvel accord après dénonciation d'un accord se fait conformément aux dispositions de l'article 51.

Si pendant l'année calendrier au cours de laquelle un accord est dénoncé, un nouvel accord est conclu, la durée de validité du nouvel accord court, sauf décision

	contraire, jusqu'à la fin de l'année calendrier suivante ou d'une nouvelle dénonciation.
	Article 51/5
	§ 1er. Lorsqu'un nouvel accord a été conclu et approuvé et que cet accord couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document qui a expiré ou un accord qui a été dénoncé conformément à l'article 51/4, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient au dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au nouvel accord, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord. **Lorsqu'à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, aucun nouvel accord n'a été conclu ou aucun nouvel accord n'a été approuvé, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document qui a expiré, soit jusqu'au jour où ils notifient leur refus d'adhésion au document fixé par le Comité de l'assurance ou par le ministre, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au document établi par le Comité de l'assurance ou le ministre. Toutefois, si aucun document n'a été établi par le ministre et approuvé par le Conseil général au plus tard le dernier jour du mois de février, les dispensateurs de soins conservent, en ce qui concerne leur adhésion ou leur refus d'adhésion, la situation dans laquelle ils se trouvaient le dernier jour de l'accord ou du document expiré, jusqu'au dernier jour du mois de février.** **§ 2. Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pour toutes ou certaines prestations déterminées et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, les tarifs maximums des honoraires et prix.** **Si aucun accord ou aucun document n'est en vigueur, le Roi détermine la base de calcul des interventions de l'assurance obligatoire soins de santé dues en vertu de l'article 37.** **Si aucun arrêté n'est pris en exécution de l'alinéa 2, les montants et honoraires fixés dans l'accord expiré ou dans le document expiré continuent à servir provisoirement de base de calcul pour l'intervention de l'assurance jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou d'un autre texte légalement valable.** ~~§ 3. Dès l'entrée en vigueur des accords ou des documents avec les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux, le Roi peut réduire de 25 p.c. maximum les montants de remboursement prévus à l'article 37 pour les prestations dispensées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires~~

	~~paramédicaux qui n'ont pas adhéré aux accords ou documents.~~ **§ 4. Si, à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, aucun nouvel accord n'a été approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, l'affectation de la masse d'index est suspendue jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord.** **Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord est approuvé par le Comité de l'assurance et le Conseil général, la masse d'index peut être affectée à partir du 1er janvier, tel que prévu dans l'accord. Si l'accord ne peut entrer en vigueur, l'indexation expire à partir du 1er mars.**
	Article 51/6
	Les accords, les avenants et les documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre, approuvés par le Conseil des ministres, sont publiés sur le site internet de l'Institut et au *Moniteur belge*. L'Institut publie également sur son site internet un texte coordonné des accords.
	Section III/1. Conséquences d'une adhésion ou d'un refus d'adhésion aux accords et autres dispositions
Article 52	Article 52
§ 1er. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.	§ 1er. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins **pratiquant les tarifs d'honoraires de l'accord visé à l'article 42**.
Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée. Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs. Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. [La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des organismes assureurs; l'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs. Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre. La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'alinéa 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.	Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée. Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs. Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. [La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des organismes assureurs; l'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs. Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre. La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'alinéa 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.	§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à un accord, l'organe au sein duquel l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.
§ 2*bis*. Les conventions et accords contiennent des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhéré. Sans préjudice des missions légales de contrôle des organismes assureurs, les commissions compétentes transmettent au Comité de l'assurance un rapport sur le respect des conventions et accords, notamment sur base de demandes de renseignements auprès des bénéficiaires.	§ 2*bis*. Les accords contiennent des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhéré. Sans préjudice des missions légales de contrôle des organismes assureurs, les commissions compétentes transmettent au Comité de l'assurance un rapport sur le respect des accords, notamment sur base de demandes de renseignements auprès des bénéficiaires.
§ 3. Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des conventions, accords ou documents visés aux articles 42 et 50, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou une convention ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.	§ 3. **Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l'article 42 ou des documents visés à l'article 51, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.**
Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, § 2, du Code judiciaire dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés.	Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, § 2, du Code judiciaire dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés.
Par dérogation aux articles 81 et 104 du Code judiciaire, les chambres qui connaissent de ces litiges se composent d'un juge au tribunal du travail ou d'un conseiller à la cour du travail.	Par dérogation aux articles 81 et 104 du Code judiciaire, les chambres qui connaissent de ces litiges se composent d'un juge au tribunal du travail ou d'un conseiller à la cour du travail.
Tout débat est précédé d'une tentative de conciliation.	Tout débat est précédé d'une tentative de conciliation.
	Article 52/1
	§ 1er. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour l'entièreté de leur activité professionnelle. **Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou aux documents selon la procédure prévue dans l'article 51/1 sont réputés de plein droit avoir adhéré à ces accords ou à ces documents pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont communiqué à l'Institut, par le biais de l'application en ligne sécurisée visée à cet article, les moments pour lesquels ils n'appliqueront pas les montants des honoraires fixés dans les accords ou les documents, tel que visé à l'article 44, § 5.** **En dehors des moments communiqués conformément à l'alinéa 2, les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont réputés avoir adhéré aux accords ou aux documents. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les bénéficiaires des moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou aux documents.**

	§ 2. Les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non du dispensateur de soins aux accords ou documents au moment où les soins sont dispensés.
	Article 52/2
	Les interventions financières visées dans les articles 36*sexies*, 36*octies*, 36*undecies* et 36*quinquiesdecies* de la présente loi et dans l'article 59*quater* de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui s'engagent à garantir la sécurité tarifaire en adhérant aux accords ou documents les concernant. Si le dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, le Roi détermine que les interventions financières sont accordées au prorata.
Article 53	Article 53
§ 1er. Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un Règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations. Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès que le Comité de l'assurance a fixé des règles en matière de facturation électronique ou attestation électronique de prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire par les dispensateurs de soins pour une catégorie de dispensateurs de soins, le Roi fixe, après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les suppléments d'honoraires et autres données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins de la catégorie concernée aux organismes assureurs soit, lorsqu'ils ne fournissent que des prestations qui ne donnent lieu à aucune intervention de l'assurance obligatoire, soit lorsqu'ils fournissent des prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire et ce, le cas échéant, avec des prestations qui n'y donnent pas lieu. La transmission des suppléments et autres éléments complémentaires visée dans la phrase précédente a pour finalité de permettre aux organismes assureurs d'assurer tant leur mission légale de	§ 1er. Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un Règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations. Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès que le Comité de l'assurance a fixé des règles en matière de facturation électronique ou attestation électronique de prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire par les dispensateurs de soins pour une catégorie de dispensateurs de soins, le Roi fixe, après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les suppléments d'honoraires et autres données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins de la catégorie concernée aux organismes assureurs soit, lorsqu'ils ne fournissent que des prestations qui ne donnent lieu à aucune intervention de l'assurance obligatoire, soit lorsqu'ils fournissent des prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire et ce, le cas échéant, avec des prestations qui n'y donnent pas lieu. La transmission des suppléments et autres éléments complémentaires visée dans la phrase précédente a pour finalité de permettre aux organismes assureurs d'assurer tant leur mission légale de

défense proactive des droits de leurs membres que leur rôle de cogestion de l'assurance soins de santé.

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données au moyen d'un réseau électronique est applicable. Dans ce cadre, le Roi précise si la transmission de données déclarée applicable se situe dans ou en dehors du régime du tiers payant.

À partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2. Le Roi peut prévoir certaines exceptions qui ne s'appliquent plus à l'expiration d'une période fixée par Lui débutant à l'expiration de la période susvisée de deux ans.

L'alinéa 1er reste d'application:

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 naît le 1er juillet 2015 dans le cadre du régime du tiers payant pour les praticiens de l'art infirmier.

défense proactive des droits de leurs membres que leur rôle de cogestion de l'assurance soins de santé.

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données au moyen d'un réseau électronique est applicable. Dans ce cadre, le Roi précise si la transmission de données déclarée applicable se situe dans ou en dehors du régime du tiers payant.

À partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2. Le Roi peut prévoir certaines exceptions qui ne s'appliquent plus à l'expiration d'une période fixée par Lui débutant à l'expiration de la période susvisée de deux ans.

L'alinéa 1er reste d'application:

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 prend effet le 1er juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le 1er janvier 2027 pour les kinésithérapeutes en ce qui concerne les notifications électroniques et les demandes d'accord électroniques ainsi que le transfert de données électronique dans ou en dehors du régime du tiers payant. Tous les dispensateurs de soins disposeront, au plus tard le 1er janvier 2029, de la possibilité d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, au plus tard le 1er janvier 2029, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. L'obligation visée à l'alinéa 2 d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales prendra effet au plus tard le 1er janvier 2030 pour tous les dispensateurs de soins. Au 1er janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d'utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. Les obligations prévues au présent alinéa ne s'appliquent pas lorsque la facturation a lieu en dehors du cabinet du dispensateur de soins et que la facturation électronique n'est techniquement pas possible, en cas de force majeure qui rend la

	transmission électronique de données impossible et si le dispensateur de soins a atteint l'âge de 67 ans au 1er janvier 2027. Le Roi peut, moyennant avis conforme de la commission d'accords compétente ou, à défaut de commission compétente, du Comité de l'assurance, adapter ces exceptions ou en rajouter.
Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.	Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.
Le dispensateur de soins est tenu de remettre ou transmettre ces documents ou données dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 25 a 250 euros est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.	Le dispensateur de soins est tenu de remettre ou transmettre ces documents ou données dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 25 a 250 euros est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.
Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.	Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.
Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.	Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.
Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.	Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.
Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.	Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.
Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime du tiers payant est autorisé ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, subordonner, pour les prestations de soins qu'Il détermine, le régime du tiers payant et la transmission de données au moyen d'un réseau électronique sans application du régime du tiers payant à la vérification de l'identité du bénéficiaire. Le Roi peut prévoir des exceptions à celle-ci.	Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime du tiers payant est autorisé ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, subordonner, pour les prestations de soins qu'Il détermine, le régime du tiers payant et la transmission de données au moyen d'un réseau électronique sans application du régime du tiers payant à la vérification de l'identité du bénéficiaire. Le Roi peut prévoir des exceptions à celle-ci.
À partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit:	À partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit:
1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;	1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;	2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;
3° sur la base de la proposition du ministre.	3° sur la base de la proposition du ministre.
La procédure visée à l'alinéa 14, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 14, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé.	La procédure visée à l'alinéa 14, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 14, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé.
Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.	Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.
Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication.	Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication.
Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.	Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.
Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.	Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.
Le Roi précise les modalités d'application de l'obligation de paiement visée à l'alinéa 19, par l'Office national de sécurité sociale et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, en ce qui concerne le régime spécifique de la sécurité sociale d'outre-mer et le régime spécifique de sécurité sociale des marins.	Le Roi précise les modalités d'application de l'obligation de paiement visée à l'alinéa 19, par l'Office national de sécurité sociale et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, en ce qui concerne le régime spécifique de la sécurité sociale d'outre-mer et le régime spécifique de sécurité sociale des marins.
(…)	(…)
§ 5. Les dispensateurs de soins ne peuvent en aucun cas facturer aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les soins ambulatoires qu'ils délivrent, des honoraires ou des prix supérieurs aux tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire.	§ 5. Les dispensateurs de soins ne peuvent en aucun cas facturer aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les soins ambulatoires qu'ils délivrent, des honoraires ou des prix supérieurs aux tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire **sans préjudice des dispositions prévues dans les conventions et les accords**.

	§ 6. Le dispensateur de soins peut uniquement attester des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance s'il dispose d'un numéro actif attribué par l'Institut. **Le numéro visé à l'alinéa 1er peut également être utilisé aux fins prévues par la présente loi coordonnée ou en vertu de celle-ci.** **Le Roi peut fixer des modalités techniques relatives à l'attribution du numéro INAMI visé à l'alinéa 1er ainsi que des modalités techniques relatives aux finalités pour lesquelles il peut être fait usage du numéro INAMI.** **Le numéro est automatiquement suspendu durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.** **Le dispensateur de soins peut porter en compte pendant la période d'interdiction les prestations dont la date de prestation est antérieure à cette période d'interdiction.**
Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins	Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins
Article 73	Article 73
§ 1er. Les dispensateurs de soins apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.	§ 1er. Les dispensateurs de soins apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.
Ils s'abstiennent de prescrire ou de faire prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.	Ils s'abstiennent de prescrire ou de faire prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
Les dispensateurs de soins sont tenus d'informer clairement les bénéficiaires sur leur adhésion ou sur leur refus d'adhésion aux accords ou conventions qui les concernent.	Les dispensateurs de soins sont tenus d'informer clairement les bénéficiaires sur leur adhésion ou sur leur refus d'adhésion aux accords ou conventions qui les concernent.
Ils sont également tenus d'informer clairement les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou conventions si ces derniers prévoient cette possibilité.	Ils sont également tenus d'informer clairement les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou conventions si ces derniers prévoient cette possibilité.
Si les prestations sont organisées dans un lieu rassemblant plusieurs dispensateurs de soins, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée plutôt que par chaque dispensateur de soins individuellement.	Si les prestations sont organisées dans un lieu rassemblant plusieurs dispensateurs de soins, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée plutôt que par chaque dispensateur de soins individuellement.
Outre ce qui est prévu spécifiquement aux articles 50, § 3, alinéa 8, et 50, § 3bis, l'information comportera au minimum un affichage clair et visible reprenant les éléments visés aux alinéas 4 et 5.	Outre ce qui est prévu spécifiquement aux articles 50, § 3, alinéa 8, et 50, § 3bis, l'information comportera au minimum un affichage clair et visible reprenant les éléments visés aux alinéas 4 et 5.
Le Roi peut fixer des règles d'application relativement à l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires sur le fait qu'ils aient ou non adhéré aux accords ou conventions qui les concernent. Ces règles d'application peuvent être différentes selon les catégories de dispensateurs de soins ou les lieux de	Le Roi peut fixer des règles d'application relativement à l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires sur le fait qu'ils aient ou non adhéré aux accords ou conventions qui les concernent. Ces règles d'application peuvent être différentes selon les catégories de dispensateurs de soins ou les lieux de

prestations. Le Roi peut également prévoir un modèle d'affiche à utiliser par les dispensateurs de soins.	prestations. Le Roi peut également prévoir un modèle d'affiche à utiliser par les dispensateurs de soins. **Les dispensateurs de soins sont également tenus d'informer clairement les bénéficiaires de la suspension de leur numéro INAMI ou de l'interdiction d'appliquer le système de tiers payant qui leur est imposée par les organes visés à l'article 144, § 1er. Le Roi peut fixer les modalités d'application pratique en rapport avec l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires à cet égard.**
§ 1er/1. Sous réserve de l'application de l'article 152, § 5, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, le Roi peut déterminer les conditions dans lesquelles des suppléments peuvent être appliqués pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique.	§ 1er/1. Sous réserve de l'application **de l'article 35, § 5, et** de l'article 152, § 5, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, le Roi peut déterminer les conditions dans lesquelles des suppléments peuvent être appliqués pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique.
Le Roi fixe ces conditions sur base de la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste. Pour l'application du présent paragraphe, on entend par suppléments, la différence entre les honoraires et les tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 est en vigueur ou la différence entre les honoraires et les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur.	Le Roi fixe ces conditions sur base de la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste. Pour l'application du présent paragraphe, on entend par suppléments, la différence entre les honoraires et les tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 est en vigueur ou la différence entre les honoraires et les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur.
Article 73*bis*	Article 73*bis*
Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er: 1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession;	Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er: 1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession **ou durant une période de suspension du numéro INAMI;**
(…)	(…)
TITRE VII.- DU CONTROLE ET DU CONTENTIEUX	TITRE VII.- DU CONTROLE ET DU CONTENTIEUX
CHAPITRE II.- DU CONTRÔLE MÉDICAL	CHAPITRE II.- DU CONTRÔLE MÉDICAL
Section III. Des médecins-conseil	Section III. Des médecins-conseil
Article 153	Article 153
(…) § 2/1. Les constatations factuelles et médicales que les médecins conseil ont faites durant l'exercice de leurs tâches de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Ces constatations peuvent, avec leur valeur probante, être	(…) § 2/1. Les constatations factuelles et médicales que les médecins conseil ont faites durant l'exercice de leurs tâches de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Ces constatations peuvent, avec leur valeur probante, être utilisées par les inspecteurs et contrôleurs visés aux articles

utilisées par les inspecteurs et contrôleurs visés aux articles 146 et 162 en vue de la constatation d'infractions.	146 et 162 en vue de la constatation d'infractions. **Il en est de même des constatations faites par les kinésithérapeutes, infirmiers et auxiliaires paramédicaux, auxquels les médecins-conseils peuvent déléguer des tâches.**
§ 3. Dans le cadre du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé, les médecins-conseils vérifient que les conditions médicales de remboursement des prestations de santé sont respectées et accordent les autorisations prévues. Ils peuvent contribuer à l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé dans les conditions définies par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et dans le respect du principe de liberté thérapeutique défini à l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour l'exécution de cette mission d'évaluation, les médecins-conseils ne peuvent utiliser que les données auxquelles ils ont accès en vertu de la présente loi, dans le respect de la réglementation en matière de traitement des données à caractère personnel et du secret professionnel.	§ 3. Dans le cadre du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé, les médecins-conseils vérifient que les conditions médicales de remboursement des prestations de santé sont respectées et accordent les autorisations prévues. Ils peuvent contribuer à l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé dans les conditions définies par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et dans le respect du principe de liberté thérapeutique défini à l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour l'exécution de cette mission d'évaluation, les médecins-conseils ne peuvent utiliser que les données auxquelles ils ont accès en vertu de la présente loi, dans le respect de la réglementation en matière de traitement des données à caractère personnel et du secret professionnel.
Les médecins-conseils établissent des rapports relatifs au contrôle des prestations de santé, dans les délais et les formes définis par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.	Les médecins-conseils établissent des rapports relatifs au contrôle des prestations de santé, dans les délais et les formes définis par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.
Ils vérifient également si toutes les conditions visées aux articles 35, alinéa 4 et 37, §§ 12 et 13, sont bien respectées et font rapport des infractions relevées aux instances concernées, à savoir:	Ils vérifient également si toutes les conditions visées aux articles 35, alinéa 4 et 37, §§ 12 et 13, sont bien respectées et font rapport des infractions relevées aux instances concernées, à savoir:
1° le Service du contrôle administratif pour la présence du personnel et les conditions de rémunération de celui-ci;	1° le Service du contrôle administratif pour la présence du personnel et les conditions de rémunération de celui-ci;
2° le Service d'évaluation et de contrôle médicaux pour la prestation effective des soins couverts par les interventions visées à l'article 37, §§ 12 et 13;	2° le Service d'évaluation et de contrôle médicaux pour la prestation effective des soins couverts par les interventions visées à l'article 37, §§ 12 et 13;
3° le Service des soins de santé pour les autres irrégularités constatées.	3° le Service des soins de santé pour les autres irrégularités constatées.
Les rapports susvisés sont communiqués aux instances précitées par les médecins-directeurs visés au § 4.	Les rapports susvisés sont communiqués aux instances précitées par les médecins-directeurs visés au § 4.
Sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations visées à l'article 34, alinéa premier, 1°, b) et des établissements visés à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12° dévolues aux médecins-conseils, un Collège national de médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter, outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et les missions de ce Collège national et de ces collèges locaux.	**Sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations de santé visées à l'article 34 et le suivi des missions des médecins-conseils du § 1er, un Collège national des médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la composition, le fonctionnement et le type de missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. Le ministre, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Conseil**

	supérieur des médecins-directeurs peuvent demander au Collège national des médecins-conseils d'exécuter une mission. En outre, le Collège national peut également agir d'office.
TITRE XII. DE LA PUBLICITE	TITRE XII. DE LA PUBLICITE
Article 218	Article 218
§ 1er. Les textes des règlements du Comité de l'assurance et du Comité de gestion du Service des indemnités sont publiés au Moniteur belge dès qu'ils intéressent la généralité des bénéficiaires de l'assurance.	§ 1er. Les textes des règlements du Comité de l'assurance et du Comité de gestion du Service des indemnités sont publiés au Moniteur belge dès qu'ils intéressent la généralité des bénéficiaires de l'assurance.
§ 2. L'Institut met à disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins disposant d'un numéro attribué par cet Institut. Cette liste comprend les noms, prénoms, numéro INAMI, adresse(s) de travail et situation d'adhésion aux accords et conventions.	§ 2. **L'Institut met à la disposition du public, sur son site internet, la liste des dispensateurs de soins qui disposent d'un numéro attribué par l'Institut. Cette liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. Pour les médecins et praticiens de l'art dentaire qui ont adhéré partiellement aux accords, les moments pour lesquels ils n'ont pas adhéré sont également mentionnés. Cette liste contient également les numéros INAMI des dispensateurs de soins.** **Quand le numéro INAMI est temporairement suspendu, cette information est visible sur le site internet de l'Institut durant la période de la suspension du numéro. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1, la liste le mentionne également durant la période de l'interdiction. Le public a droit à cette information afin de pouvoir choisir librement un dispensateur de soins.**
Les organismes assureurs sont également tenus de porter les informations visées à l'alinéa 1er qui leur sont transmises par l'Institut à la connaissance des bénéficiaires.	Les organismes assureurs sont également tenus de porter les informations visées à l'alinéa 1er qui leur sont transmises par l'Institut à la connaissance des bénéficiaires.

Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994	Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
TITRE II.- DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ	TITRE II.- DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ
CHAPITRE I.- ORGANES	CHAPITRE I.- ORGANES
Section II.- Du Comité de l'assurance	Section II.- Du Comité de l'assurance
Article 10	Article 10
(…)	(…)
§ 8. Lorsque le Comité de l'assurance est saisi d'une proposition ou d'un avis par une des commissions de conventions ou d'accords visées à l'article 26 de la loi coordonnée et estime devoir y apporter une modification, la proposition ou l'avis est renvoyé, avant toute décision	~~§ 8. Lorsque le Comité de l'assurance est saisi d'une proposition ou d'un avis par une des commissions de conventions ou d'accords visées à l'article 26 de la loi coordonnée et estime devoir y apporter une modification, la proposition ou l'avis est renvoyé, avant toute décision~~

définitive, pour nouvel examen à cette commission de conventions ou d'accords.	~~définitive, pour nouvel examen à cette commission de conventions ou d'accords.~~

Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé	Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé
CHAPITRE 7. MODIFICATIONS DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE LE 14 JUILLET 1994, ET DE LA REGLEMENTATION RELATIVE AU REMBOURSEMENT	~~CHAPITRE 7. MODIFICATIONS DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE LE 14 JUILLET 1994, ET DE LA REGLEMENTATION RELATIVE AU REMBOURSEMENT~~
Article 85	~~Article 85~~
A l'article 49, § 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:	~~A l'article 49, § 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:~~
1° l'alinéa 2 est abrogé;	~~1° l'alinéa 2 est abrogé;~~
2° dans l'alinéa 3, devenant l'alinéa 2:	~~2° dans l'alinéa 3, devenant l'alinéa 2:~~
a) les mots "aux alinéas 2 et 3" sont remplacés par les mots "à l'alinéa 1er";	~~a) les mots "aux alinéas 2 et 3" sont remplacés par les mots "à l'alinéa 1er";~~
b) les mots "dans ce cas, si le quorum fixé à l'alinéa 2 est atteint, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à l'ensemble du pays" sont abrogés;	~~b) les mots "dans ce cas, si le quorum fixé à l'alinéa 2 est atteint, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à l'ensemble du pays" sont abrogés;~~
c) les mots "dans ce cas, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum est atteint, et celles de l'alinéa 2 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum n'est pas atteint" sont abrogés.	~~c) les mots "dans ce cas, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum est atteint, et celles de l'alinéa 2 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum n'est pas atteint" sont abrogés.~~
Article 86	~~Article 86~~
L'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées est abrogé.	~~L'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées est abrogé.~~
Article 87	~~Article 87~~
Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la date d'entrée en vigueur des articles 85 et 86.	~~Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la date d'entrée en vigueur des articles 85 et 86.~~

Arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées	~~Arrêté royal du 8 juin 1967 fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées~~

Article 1er	~~Article 1er~~
Les taux de remboursement prévus à l'article 37 de la loi relativé à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires para-médicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale, qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées, conclue entre les organismes assureurs et les accoucheuses, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les opticiens, les orthopédistes, les bandagistes, les audiciens, les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées sont réduits de 25 p.c.	~~Les taux de remboursement prévus à l'article 37 de la loi relativé à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires para-médicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale, qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées, conclue entre les organismes assureurs et les accoucheuses, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les opticiens, les orthopédistes, les bandagistes, les audiciens, les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées sont réduits de 25 p.c.~~
Article 1er*bis*	~~Article 1er*bis*~~
Pour l'application de l'article 1er, lorsqu'il s'agit des prestations 418014, 418036, 418.213 ou 418.235 reprises à l'article 8bis § 1er de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, il convient de diminuer, au préalable, le nombre-coefficient de la lettre-clé W de 0,21.	~~Pour l'application de l'article 1er, lorsqu'il s'agit des prestations 418014, 418036, 418.213 ou 418.235 reprises à l'article 8bis § 1er de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, il convient de diminuer, au préalable, le nombre-coefficient de la lettre-clé W de 0,21.~~
Article 2	~~Article 2~~
Notre Ministre de la Prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.	~~Notre Ministre de la Prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.~~

Arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel	~~Arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel~~
Article 1er	~~Article 1er~~
Pour l'application du présent arrêté, on entend par:	~~Pour l'application du présent arrêté, on entend par:~~
a) "dépenses comptabilisées pour prestations": les dépenses telles qu'elles sont mentionnées par les organismes assureurs sur les relevés relatifs aux soins de santé, visés à l'article 337 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;	~~a) "dépenses comptabilisées pour prestations": les dépenses telles qu'elles sont mentionnées par les organismes assureurs sur les relevés relatifs aux soins de santé, visés à l'article 337 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;~~
b) "objectif budgétaire annuel partiel": l'objectif budgétaire partiel tel que visé à l'article 40, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comme fixé annuellement par le Comité de l'assurance mentionné dans ce même article;	~~b) "objectif budgétaire annuel partiel": l'objectif budgétaire partiel tel que visé à l'article 40, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comme fixé annuellement par le Comité de l'assurance mentionné dans ce même article;~~
c) "trimestre": un trimestre civil dans l'année civile;	~~c) "trimestre": un trimestre civil dans l'année civile;~~
d) "objectif budgétaire partiel pour le trimestre cumulé t": le résultat de la multiplication de l'objectif budgétaire annuel	~~d) "objectif budgétaire partiel pour le trimestre cumulé t": le résultat de la multiplication de l'objectif budgétaire annuel~~

partiel par le pourcentage Z du trimestre cumulé t comme prévu à l'article 2;	~~partiel par le pourcentage Z du trimestre cumulé t comme prévu à l'article 2;~~
e) "trimestre cumulé": la période cumulée à partir du début de l'année jusqu'au trimestre même inclus;	~~e) "trimestre cumulé": la période cumulée à partir du début de l'année jusqu'au trimestre même inclus;~~
f) "année mobile a dans le trimestre t": la période cumulée de 4 trimestres successifs qui se termine au trimestre t de l'année a;	~~f) "année mobile a dans le trimestre t": la période cumulée de 4 trimestres successifs qui se termine au trimestre t de l'année a;~~
g) "trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1": la période des trimestres qui précèdent immédiatement les trimestres du trimestre cumulé t de l'année a, de sorte qu'un ensemble de 4 trimestres successifs soit constitué;	~~g) "trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1": la période des trimestres qui précèdent immédiatement les trimestres du trimestre cumulé t de l'année a, de sorte qu'un ensemble de 4 trimestres successifs soit constitué;~~
h) "objectif budgétaire partiel des trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1": la différence entre l'objectif budgétaire annuel partiel de l'année a-1 et l'objectif budgétaire partiel pour le trimestre cumulé t de l'année a-1;	~~h) "objectif budgétaire partiel des trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1": la différence entre l'objectif budgétaire annuel partiel de l'année a-1 et l'objectif budgétaire partiel pour le trimestre cumulé t de l'année a-1;~~
i) "Commission de contrôle budgétaire": la commission visée à l'article 17 de la loi précitée;	~~i) "Commission de contrôle budgétaire": la commission visée à l'article 17 de la loi précitée;~~
j) "objectif budgétaire annuel partiel dans le trimestre t de l'année mobile a": la somme de l'objectif budgétaire partiel du trimestre cumulé t de l'annéa a et de l'objectif budgétaire partiel des trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1;	~~j) "objectif budgétaire annuel partiel dans le trimestre t de l'année mobile a": la somme de l'objectif budgétaire partiel du trimestre cumulé t de l'annéa a et de l'objectif budgétaire partiel des trimestres cumulés complémentaires t de l'année a-1;~~
Article 2	~~Article 2~~
§ 1er. Le pourcentage Z du trimestre cumulé t est la moyenne arithmétique de la quote-part des dépenses comptabilisées pour les prestations du trimestre cumulé t dans les dépenses comptabilisées pour les prestations pour toute l'année comptable, calculée sur les trois dernières années comptables totalement connues, pour un objectif budgétaire annuel partiel déterminé.	~~§ 1er. Le pourcentage Z du trimestre cumulé t est la moyenne arithmétique de la quote-part des dépenses comptabilisées pour les prestations du trimestre cumulé t dans les dépenses comptabilisées pour les prestations pour toute l'année comptable, calculée sur les trois dernières années comptables totalement connues, pour un objectif budgétaire annuel partiel déterminé.~~
La Commission de contrôle budgétaire peut décider, pour des raisons d'incomparabilité, de supprimer, d'adapter ou de remplacer une ou plusieurs de ces années comptables par une ou plusieurs autres années comptables.	~~La Commission de contrôle budgétaire peut décider, pour des raisons d'incomparabilité, de supprimer, d'adapter ou de remplacer une ou plusieurs de ces années comptables par une ou plusieurs autres années comptables.~~
S'il s'agit d'un nouvel objectif budgétaire annuel partiel pour lequel il n'y a aucune donnée disponible pour les années comptables passées, les pourcentages suivants sont appliqués:	~~S'il s'agit d'un nouvel objectif budgétaire annuel partiel pour lequel il n'y a aucune donnée disponible pour les années comptables passées, les pourcentages suivants sont appliqués:~~
- pour le premier trimestre: 24 p.c.	~~- pour le premier trimestre: 24 p.c.~~
- pour le deuxième trimestre cumulé: 49 p.c.	~~- pour le deuxième trimestre cumulé: 49 p.c.~~
- pour le troisième trimestre cumulé: 73 p.c.	~~- pour le troisième trimestre cumulé: 73 p.c.~~
§ 2. En ce qui concerne l'application du présent arrêté, les pourcentages de la première année budgétaire à laquelle il s'applique, servent également de pourcentages pour les années précédentes, dans la mesure où ils doivent servir à l'élaboration des données annuelles mobiles nécessaires.	~~§ 2. En ce qui concerne l'application du présent arrêté, les pourcentages de la première année budgétaire à laquelle il s'applique, servent également de pourcentages pour les années précédentes, dans la mesure où ils doivent servir à l'élaboration des données annuelles mobiles nécessaires.~~
§ 3. En ce qui concerne l'application du présent arrêté pour les années budgétaires suivantes, les pourcentages ne seront pas modifiés pour les années qui ont déjà été appliquées dans une application antérieure du présent arrêté.	~~§ 3. En ce qui concerne l'application du présent arrêté pour les années budgétaires suivantes, les pourcentages ne seront pas modifiés pour les années qui ont déjà été appliquées dans une application antérieure du présent arrêté.~~

Article 3	~~Article 3~~
§ 1er. Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations concernées présentent un risque de dépassement significatif dans un trimestre cumulé t:	~~§ 1er. Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations concernées présentent un risque de dépassement significatif dans un trimestre cumulé t:~~
a) si les dépenses comptabilisées dans le trimestre cumulé t sont plus élevées que l'objectif budgétaire partiel en question pour le trimestre cumulé t, majoré de:	~~a) si les dépenses comptabilisées dans le trimestre cumulé t sont plus élevées que l'objectif budgétaire partiel en question pour le trimestre cumulé t, majoré de:~~
1) 4 p.c. pour le premier trimestre,	~~1) 4 p.c. pour le premier trimestre,~~
2) 3 p.c. pour le deuxième trimestre,	~~2) 3 p.c. pour le deuxième trimestre,~~
3) 2 p.c. pour le troisième trimestre,	~~3) 2 p.c. pour le troisième trimestre,~~
et	~~et~~
b) si dans le trimestre t	~~b) si dans le trimestre t~~
(A: B) - 0,98 < 0	~~(A: B) - 0,98 < 0~~
A et B ayant la signification suivante:	~~A et B ayant la signification suivante:~~
- A = l'objectif budgétaire annuel partiel du trimestre t de l'année mobile a;	~~- A = l'objectif budgétaire annuel partiel du trimestre t de l'année mobile a;~~
- B = les dépenses comptabilisées au cours du trimestre t de l'année mobile a.	~~- B = les dépenses comptabilisées au cours du trimestre t de l'année mobile a.~~
§ 2. La condition mentionnée au § 1er, b) est supprimée au cas où pendant l'année mobile concernée, des modifications importantes avaient été apportées, qui avaient porté atteinte au caractère homogène des dépenses pendant les trimestres concernés. Le Comité de l'assurance, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, décide du défaut ou non de cette homogénéité.	~~§ 2. La condition mentionnée au § 1er, b) est supprimée au cas où pendant l'année mobile concernée, des modifications importantes avaient été apportées, qui avaient porté atteinte au caractère homogène des dépenses pendant les trimestres concernés. Le Comité de l'assurance, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, décide du défaut ou non de cette homogénéité.~~
D'autre part, dans le cas où pour l'année a-1, un objectif budgétaire partiel englobait plusieurs groupes de prestations qui pour l'année a ont été éclatés en plusieurs objectifs budgétaires partiels, il convient de déterminer également ces différents objectifs budgétaires partiels pour l'année a-1. Ceci se fera en répartissant, proportionnellement aux dépenses de l'année a-1, l'objectif budgétaire partiel de l'ensemble de ces groupes de prestations.	~~D'autre part, dans le cas où pour l'année a-1, un objectif budgétaire partiel englobait plusieurs groupes de prestations qui pour l'année a ont été éclatés en plusieurs objectifs budgétaires partiels, il convient de déterminer également ces différents objectifs budgétaires partiels pour l'année a-1. Ceci se fera en répartissant, proportionnellement aux dépenses de l'année a-1, l'objectif budgétaire partiel de l'ensemble de ces groupes de prestations.~~
Article 4	~~Article 4~~
Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations en question présentent un risque de dépassement significatif dans un trimestre t d'une année a, si	~~Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations en question présentent un risque de dépassement significatif dans un trimestre t d'une année a, si~~
(A: B) - 0,96 < 0	~~(A: B) - 0,96 < 0~~
A et B ayant la même signification que dans l'article 3.	~~A et B ayant la même signification que dans l'article 3.~~
Article 5	~~Article 5~~
Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations en question présentent un dépassement significatif si les dépenses comptabilisées pour ces prestations sont supérieures de plus de 1 p.c. à l'objectif budgétaire partiel correspondant.	~~Pour chaque objectif budgétaire annuel partiel, les dépenses comptabilisées pour les prestations en question présentent un dépassement significatif si les dépenses comptabilisées pour ces prestations sont supérieures de plus de 1 p.c. à l'objectif budgétaire partiel correspondant.~~

Article 6	~~Article 6~~
Indépendamment du risque de dépassement significatif défini aux articles 3 et 4, un objectif budgétaire partiel présente un risque de dépassement significatif pour l'année si, au moment de l'établissement de la préfiguration budgétaire pour l'année à venir, telle qu'elle est prévue à l'article 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 août 1986 portant règlement général sur le budget et la comptabilité des organismes d'intérêt public appartenant à la catégorie D visée par la loi du 16 mars 1954, les nouvelles prévisions pour l'année en cours sont supérieures à l'objectif budgétaire partiel pour l'année, majoré de 3,5 p.c.	~~Indépendamment du risque de dépassement significatif défini aux articles 3 et 4, un objectif budgétaire partiel présente un risque de dépassement significatif pour l'année si, au moment de l'établissement de la préfiguration budgétaire pour l'année à venir, telle qu'elle est prévue à l'article 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 août 1986 portant règlement général sur le budget et la comptabilité des organismes d'intérêt public appartenant à la catégorie D visée par la loi du 16 mars 1954, les nouvelles prévisions pour l'année en cours sont supérieures à l'objectif budgétaire partiel pour l'année, majoré de 3,5 p.c.~~
Article 7	~~Article 7~~
Après avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la ou des Commissions d'accords ou de conventions concernées, le Comité de l'assurance peut décider du regroupement ou d'une nouvelle ventilation des objectifs budgétaires partiels.	~~Après avis de la Commission de contrôle budgétaire et de la ou des Commissions d'accords ou de conventions concernées, le Comité de l'assurance peut décider du regroupement ou d'une nouvelle ventilation des objectifs budgétaires partiels.~~
Article 8	~~Article 8~~
L'article 3 ne s'applique pas au quatrième trimestre d'une année comptable, l'article 4 ne s'applique pas au troisième et au quatrième trimestres d'une année comptable.	~~L'article 3 ne s'applique pas au quatrième trimestre d'une année comptable, l'article 4 ne s'applique pas au troisième et au quatrième trimestres d'une année comptable.~~
Article 9	~~Article 9~~
Les dispositions du présent arrêté sont pour la première fois d'application à partir du deuxième semestre de l'année comptable 1999. Elles remplacent à partir de ce moment-là les dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 1991 portant exécution de l'article 51, § 3, alinéa 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel, modifié par l'arrêté royal du 15 mai 1995.	~~Les dispositions du présent arrêté sont pour la première fois d'application à partir du deuxième semestre de l'année comptable 1999. Elles remplacent à partir de ce moment-là les dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 1991 portant exécution de l'article 51, § 3, alinéa 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel, modifié par l'arrêté royal du 15 mai 1995.~~
Pour l'application du présent arrêté en ce qui concerne les dépenses de 2003, le risque de dépassement significatif est supprimé si aucun risque de dépassement significatif n'est constaté sur des objectifs budgétaires annuels partiels adaptés; ces objectifs budgétaires annuels partiels adaptés sont obtenus en majorant les objectifs budgétaires annuels partiels de leur quote-part dans un montant global de maximum EUR 170 millions. Cette quote-part est calculée en tenant compte de la différence entre les dépenses réelles pour 2002 et la nouvelle préfiguration budgétaire pour 2002, visée dans l'article 6 diminulée de la quote-part dans le montant global de maximum EUR 170 millions; cette quote-part est fixée par le Conseil général, après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire.	~~Pour l'application du présent arrêté en ce qui concerne les dépenses de 2003, le risque de dépassement significatif est supprimé si aucun risque de dépassement significatif n'est constaté sur des objectifs budgétaires annuels partiels adaptés; ces objectifs budgétaires annuels partiels adaptés sont obtenus en majorant les objectifs budgétaires annuels partiels de leur quote-part dans un montant global de maximum EUR 170 millions. Cette quote-part est calculée en tenant compte de la différence entre les dépenses réelles pour 2002 et la nouvelle préfiguration budgétaire pour 2002, visée dans l'article 6 diminulée de la quote-part dans le montant global de maximum EUR 170 millions; cette quote-part est fixée par le Conseil général, après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire.~~
Article 10	~~Article 10~~
Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.	~~Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.~~

COÖRDINATIE VAN DE ARTIKELEN (II)

Basistekst	Tekst aangepast aan het wetsontwerp
Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
TITEL VII.- CONTROLE EN GESCHILLEN	TITEL VII.- CONTROLE EN GESCHILLEN
HOOFDSTUK II.- GENEESKUNDIGE CONTROLE	HOOFDSTUK II.- GENEESKUNDIGE CONTROLE
Afdeling I*bis*. De betwistingen tussen de zorgverleners en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle	Afdeling I*bis*. De betwistingen tussen de zorgverleners en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Artikel 142	Artikel 142
§ 1. Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73*bis* de hiernavolgende maatregelen opgelegd:	§ 1. Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73*bis* de hiernavolgende maatregelen opgelegd:
(…)	(…)
Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73*bis*, 1° en 3°, slaat de terugbetaling op de volledige waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd. In de gevallen voorzien in 2° en 4° van artikel 73*bis* komt de waarde van de terugbetaling overeen met de door de verzekering voor geneeskundige verzorging geleden financiële schade, zoals geraamd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, op voorwaarde dat de schade nog niet werd vergoed op basis van een andere bepaling van deze wet.	Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73*bis*, 1° en 3°, slaat de terugbetaling op de volledige waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd. In de gevallen voorzien in 2° en 4° van artikel 73*bis* komt de waarde van de terugbetaling overeen met de door de verzekering voor geneeskundige verzorging geleden financiële schade, zoals geraamd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, op voorwaarde dat de schade nog niet werd vergoed op basis van een andere bepaling van deze wet.
Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73*bis*, 8°, kan de administratieve geldboete slechts worden opgelegd nadat de beslissing op grond van 4°, 5° en 6°, tegen de zorgverlener die werd aangezet tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen, definitief is geworden.	Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73*bis*, 8°, kan de administratieve geldboete slechts worden opgelegd nadat de beslissing op grond van 4°, 5° en 6°, tegen de zorgverlener die werd aangezet tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen, definitief is geworden.
Wanneer een zorgverlener het voorwerp uitmaakt van strafrechtelijke vervolgingen, kan het Instituut zich burgerlijke partij stellen met het oog op de terugvordering van de door de ziekteverzekering onverschuldigd terugbetaalde verstrekkingen. De alzo teruggevorderde bedragen worden gestort op de rekening van het Instituut en geboekt als inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.	Wanneer een zorgverlener het voorwerp uitmaakt van strafrechtelijke vervolgingen, kan het Instituut zich burgerlijke partij stellen met het oog op de terugvordering van de door de ziekteverzekering onverschuldigd terugbetaalde verstrekkingen. De alzo teruggevorderde bedragen worden gestort op de rekening van het Instituut en geboekt als inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.
	§ 1/1. De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep kunnen, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, een opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete voor de inbreuken voorzien in artikel 73*bis*, 1° tot en met 4° wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro.
	Die opschorting kan opgelegd worden voor minimum één maand en maximum twee jaar.

	De datum waarop de opschorting ingaat en de duur er van, worden gespecifieerd in de uitgesproken beslissing. De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van opschorting valt niet aanrekenen of attesteren binnen de verzekering geneeskundige verzorging, ook niet na de periode van opschorting. **Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die de opschorting uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen.** **De waarde van de aan een rechthebbende uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald aan de verzekeringsinstelling door de zorgverlener die de opschorting niet respecteerde.**
Artikel 144	Artikel 144
§ 3/1. In de gevallen voorzien in § 2, 1°, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, kunnen de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opleggen als maatregel, bijkomend aan de maatregelen van artikel 142, § 1, ten aanzien van zorgverleners die misbruik maken van die regeling.	§ 3/1. In de gevallen voorzien in § 2, 1°, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, kunnen de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opleggen als maatregel, bijkomend aan de maatregelen van artikel 142, § 1, ten aanzien van zorgverleners die misbruik maken van die regeling.
Dat verbod kan opgelegd worden voor minimum vijf dagen en maximum twee jaar.	Dat verbod kan opgelegd worden voor minimum vijf dagen en maximum twee jaar.
De datum waarop het verbod ingaat en de duur er van, worden gespecifieerd in de uitgesproken beslissing.	De datum waarop het verbod ingaat en de duur er van, worden gespecifieerd in de uitgesproken beslissing. **De zorgverleners mogen prestaties waarvan de prestatiedatum binnen de periode van het verbod valt, niet aanrekenen met toepassing van de derdebetalersregeling na de periode van het verbod.**
Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen.	Tegelijk met de kennisgeving voorzien in artikel 156, § 2, communiceert de griffie een eensluidend afschrift van de beslissing, die het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling uitspreekt, aan de verzekeringsinstellingen.
Artikel 145	Artikel 145
(…) § 2 Voor elke voorzitter benoemt de Koning twee plaatsvervangers en voor elk lid in de Kamers van eerste aanleg en in de Kamers van beroep benoemt Hij vier plaatsvervangers. Het mandaat van de werkende en plaatsvervangende leden in deze Kamers is onverenigbaar met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.	(…) § 2 Voor elke voorzitter benoemt de Koning twee plaatsvervangers en voor elk lid in de Kamers van eerste aanleg en in de Kamers van beroep benoemt Hij vier plaatsvervangers. Het mandaat van de werkende en plaatsvervangende leden in deze Kamers is onverenigbaar met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.
Een lid kan niet benoemd worden wanneer hij in de vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming door de organen van artikel 143 en artikel 144 veroordeeld werd tot een van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1. Een lid kan ook niet	**Een lid kan niet benoemd worden wanneer hij in de vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming veroordeeld werd voor een inbreuk zoals bedoeld in artikel 73*bis* of als hij door de rechterlijke macht veroordeeld werd voor valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in**

benoemd worden wanneer hij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moet voldoen.	**het Sociaal Strafwetboek in verband met de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Een lid kan ook niet benoemd worden wanneer hij nog een schuld ten aanzien van het Instituut moet voldoen.**
Het mandaat van de voorzitters en de leden in de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep duurt vier jaar; het mandaat is hernieuwbaar. Het mandaat van de overleden of ontslagnemende leden wordt beëindigd door hun opvolgers.	Het mandaat van de voorzitters en de leden in de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep duurt vier jaar; het mandaat is hernieuwbaar. Het mandaat van de overleden of ontslagnemende leden wordt beëindigd door hun opvolgers.
	Om de continuïteit van de normale rechtsgang niet in gevaar te brengen, worden de mandaten van de voorzitters en de leden die zouden verstrijken, automatisch verlengd totdat in hun vervanging of in hun herbenoeming is voorzien.
De leeftijdsgrens van de leden en de voorzitters is 70 jaar.	De leeftijdsgrens van de leden en de voorzitters is 70 jaar.
De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden.	De Koning beëindigt vroegtijdig het mandaat van een lid wanneer hij niet meer voldoet aan de benoemingsvoorwaarden.

COORDINATION DES ARTICLES (II)

Texte de base	Texte adapté au projet de loi
Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
TITRE VII.- DU CONTRÔLE ET DU CONTENTIEUX	TITRE VII.- DU CONTRÔLE ET DU CONTENTIEUX
CHAPITRE II.- DU CONTRÔLE MÉDICAL	CHAPITRE II.- DU CONTRÔLE MÉDICAL
Section I*bis*. Des constestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux	Section I*bis*. Des constestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Article 142	Article 142
§ 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73*bis*:	§ 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73*bis*:
(…)	(…)
En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 1° et 3°, le remboursement porte sur la valeur totale des prestations portées indûment à charge de l'assurance soins de santé. Dans les cas visés au 2° et 4° de l'article 73*bis*, le remboursement correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, à condition qu'il n'ait pas encore été réparé sur la base d'une autre disposition de la présente loi.	En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 1° et 3°, le remboursement porte sur la valeur totale des prestations portées indûment à charge de l'assurance soins de santé. Dans les cas visés au 2° et 4° de l'article 73*bis*, le remboursement correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, à condition qu'il n'ait pas encore été réparé sur la base d'une autre disposition de la présente loi.
En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 8°, l'amende administrative peut seulement être infligée après que la décision prise sur la base du 4°, 5° et 6°, à charge du dispensateur de soins sanctionné pour avoir prescrit ou exécuté des prestations superflues ou inutilement onéreuses, soit devenue définitive.	En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 8°, l'amende administrative peut seulement être infligée après que la décision prise sur la base du 4°, 5° et 6°, à charge du dispensateur de soins sanctionné pour avoir prescrit ou exécuté des prestations superflues ou inutilement onéreuses, soit devenue définitive.
Lorsqu'un dispensateur de soins fait l'objet de poursuites pénales, l'Institut peut se constituer partie civile en vue de la récupération des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé. Les montants ainsi récupérés sont versés au compte de l'Institut et comptabilisés comme recettes de l'assurance soins de santé.	Lorsqu'un dispensateur de soins fait l'objet de poursuites pénales, l'Institut peut se constituer partie civile en vue de la récupération des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé. Les montants ainsi récupérés sont versés au compte de l'Institut et comptabilisés comme recettes de l'assurance soins de santé.
	§ 1er/1. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, imposer la suspension du numéro INAMI comme alternative à l'amende administrative pour les infractions prévues à l'article 73*bis*, 1° à 4°, quand la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros.
	Cette suspension peut être imposée pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans.
	La date de l'entrée en vigueur de la suspension et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte ni attester dans le cadre de l'assurance soins de santé les prestations dont la date

	de prestation est comprise dans la période de suspension, même après la période de suspension. **Simultanément à la notification visée à l'article 156, § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant la suspension.** **La valeur des prestations versées à un bénéficiaire est remboursée à l'organisme assureur par le dispensateur de soins qui n'a pas respecté la suspension.**
Article 144	Article 144
§ 3/1. Dans les cas visés au § 2, 1°, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent prononcer une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant comme mesure complémentaire aux mesures prévues à l'article 142, § 1er, à l'égard des dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif de ce régime. Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum cinq jours à maximum deux ans. La date de l'entrée en vigueur de l'interdiction et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée.	§ 3/1. Dans les cas visés au § 2, 1°, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent prononcer une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant comme mesure complémentaire aux mesures prévues à l'article 142, § 1er, à l'égard des dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif de ce régime. Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum cinq jours à maximum deux ans. La date de l'entrée en vigueur de l'interdiction et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée. **Les dispensateurs de soins ne peuvent pas porter en compte les prestations dont la date de prestation se situe pendant la période d'interdiction, en utilisant le régime du tiers payant après la période d'interdiction.**
Simultanément à la notification visée à l'article 156 § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant l'interdiction d'utiliser le régime du tiers payant.	Simultanément à la notification visée à l'article 156 § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant l'interdiction d'utiliser le régime du tiers payant.
Article 145	**Article 145**
§ 1er. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont composées d'une Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, d'une autre Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Pour les dossiers devant être traités en allemand, il peut être fait appel, en cas de besoin, à des interprètes ou traducteurs. La langue de la procédure est celle choisie par le dispensateur lors de sa première audition par le fonctionnaire visé à l'article 146, § 1er, alinéa 1er.	§ 1er. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont composées d'une Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, d'une autre Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Pour les dossiers devant être traités en allemand, il peut être fait appel, en cas de besoin, à des interprètes ou traducteurs. La langue de la procédure est celle choisie par le dispensateur lors de sa première audition par le fonctionnaire visé à l'article 146, § 1er, alinéa 1er.
Chaque Chambre de première instance est composée:	Chaque Chambre de première instance est composée:
1° d'un président, ayant voix délibérative, juge en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, auprès du tribunal de première instance ou du tribunal du travail ou magistrat du Ministère public près de ces tribunaux, visés à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;	1° d'un président, ayant voix délibérative, juge en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, auprès du tribunal de première instance ou du tribunal du travail ou magistrat du Ministère public près de ces tribunaux, visés à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;
2° de deux membres docteurs en médecine, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;	2° de deux membres docteurs en médecine, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;
3° de deux membres, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles	3° de deux membres, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles

par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Chaque Chambre de recours est composée:

1° d'un président, conseiller en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, à la cour d'appel ou à la cour du travail ou magistrat du Ministère public près de ces cours, visées à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;

2° de deux membres, docteurs en médecine, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;

3° de deux membres, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Lorsqu'un dispensateur appartient à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Par sa déclaration de comparution et par tout autre moyen de droit, le dispensateur doit, à peine de forclusion, désigner la catégorie professionnelle à laquelle il appartient. Le cas échéant, le Président entend en chambre du conseil le dispensateur et les autres parties au litige, après quoi est prise la décision de la composition du siège de la Chambre. Cette décision n'est pas susceptible de recours. La décision est notifiée aux parties dans les sept jours.

Lorsque des faits sont imputables à plusieurs dispensateurs qui appartiennent à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140 et que ces faits sont si étroitement liés qu'il est souhaitable de les examiner et de les juger ensemble afin d'éviter des solutions incompatibles s'ils étaient jugés séparément, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Il veille à ce:

1° qu'un représentant au moins de chacune des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs fasse partie de la chambre;

2° que la représentation des organismes assureurs soit égale à celle des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs.

§ 2. Le Roi nomme deux suppléants pour chaque président et quatre suppléants pour chaque membre des Chambres de première instance et des Chambres de recours. Le mandat des membres effectifs et suppléants de ces Chambres est incompatible avec celui de membre du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Un membre ne peut être nommé si, dans les cinq ans qui précèdent sa nomination, il a été condamné à une des mesures prévues à l'article 142, § 1er, par les organes visés à l'article 143 et à l'article 144. Un membre ne peut pas non

par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Chaque Chambre de recours est composée:

1° d'un président, conseiller en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, à la cour d'appel ou à la cour du travail ou magistrat du Ministère public près de ces cours, visées à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;

2° de deux membres, docteurs en médecine, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;

3° de deux membres, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Lorsqu'un dispensateur appartient à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Par sa déclaration de comparution et par tout autre moyen de droit, le dispensateur doit, à peine de forclusion, désigner la catégorie professionnelle à laquelle il appartient. Le cas échéant, le Président entend en chambre du conseil le dispensateur et les autres parties au litige, après quoi est prise la décision de la composition du siège de la Chambre. Cette décision n'est pas susceptible de recours. La décision est notifiée aux parties dans les sept jours.

Lorsque des faits sont imputables à plusieurs dispensateurs qui appartiennent à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140 et que ces faits sont si étroitement liés qu'il est souhaitable de les examiner et de les juger ensemble afin d'éviter des solutions incompatibles s'ils étaient jugés séparément, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Il veille à ce:

1° qu'un représentant au moins de chacune des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs fasse partie de la chambre;

2° que la représentation des organismes assureurs soit égale à celle des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs.

§ 2. Le Roi nomme deux suppléants pour chaque président et quatre suppléants pour chaque membre des Chambres de première instance et des Chambres de recours. Le mandat des membres effectifs et suppléants de ces Chambres est incompatible avec celui de membre du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Un membre ne peut être nommé si, dans les cinq années précédant sa nomination, il a été condamné pour une infraction visée à l'article 73*bis* ou s'il a été condamné par le pouvoir judiciaire pour faux, usage de

plus être nommé quand il a encore une dette à l'égard de l'Institut.	**faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social en lien avec l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Un membre ne peut pas non plus être nommé quand il a encore une dette à l'égard de l'Institut.**
Le mandat des présidents et des membres des Chambres de première instance et des Chambres de recours est quadriennal; le mandat est renouvelable. Le mandat des membres décédés ou démissionnaires est achevé par leurs successeurs.	Le mandat des présidents et des membres des Chambres de première instance et des Chambres de recours est quadriennal; le mandat est renouvelable. Le mandat des membres décédés ou démissionnaires est achevé par leurs successeurs. **Afin d'assurer la continuité du cours normal de la justice, les mandats des Présidents et des membres arrivés à leur terme, sont prolongés de plein droit jusqu'au moment où il est pourvu à leur remplacement ou leur renouvellement.**
La limite d'âge des membres et des présidents est fixée à 70 ans. Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination.	La limite d'âge des membres et des présidents est fixée à 70 ans. Le Roi met fin anticipativement au mandat d'un membre qui ne remplit plus les conditions de nomination.

Autorité de protection des données
Gegevensbeschermingsautoriteit

Advies nr. 91/2025 van 29 september 2025

Betreft: een voorontwerp van kaderwet – artikelen X+49 t.e.m. X+53 (CO-A-2025-138)

Trefwoorden: normatieve bevoegdheid – publicatie administratieve beslissing

Originele versie

Gelet op de wet van 3 december 2017 *tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit,* met name op artikelen 23 en 26 (hierna "WOG");

Gelet op Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* (hierna "AVG");

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* (hierna "WVG");

Gelet op de adviesaanvraag van de heer Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding (hierna de "aanvrager"), ontvangen op 5 augustus 2025;

Gelet op de aanvullende inhoudelijke toelichtingen, ontvangen op 10 september 2025;

Brengt de Autorisatie- en Adviesdienst van de Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna "de Autoriteit") op 29 september 2025 het volgende advies uit:

Enkel adviezen met betrekking tot ontwerpen en voorstellen met rang van wet, die uitgaan van de federale overheid, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie worden zowel in het Nederlands als in het Frans door de Autoriteit gepubliceerd. De 'Originele versie' is de versie die gevalideerd werd.

I. VOORWERP VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. De aanvrager verzoekt om het advies van de Autoriteit aangaande een voorontwerp van kaderwet – artikelen X+49 t.e.m. X+53 (hierna "voorontwerp").

Context en voorgaanden

2. Het voorontwerp beoogt uitvoering te geven aan een aantal aspecten inzake de hervorming van de gezondheidszorg die ook uitdrukkelijk zijn opgenomen in het regeerakkoord.

3. De artikelen waarover advies wordt gevraagd zijn de artikelen X+49 t.e.m. X+53 van het voorontwerp, namelijk Hoofdstuk 1 – Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna "GVU-wet"), *"Afdeling X+9 – RIZIV-nummers"*. Deze afdeling voorziet in:

- de wettelijke verankering van het RIZIV-nummer als sleutel om te factureren in de verplichte ziekteverzekering (en dit nummer dient 'actief' te zijn) (artikel X+49 voorontwerp);
- een specifieke informatieplicht voor zorgverleners (ten aanzien van hun patiënten) in geval van schorsing van het RIZIV-nummer (of verbod om de derdebetalersregeling toe te passen) (artikel X+50 voorontwerp);
- een verbod om reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren in gedurende een periode van schorsing van het RIZIV-nummer (artikel X+51 voorontwerp);
- het versterken van de handhaving via de mogelijkheid om het gebruik van het RIZIV-nummer te schorsen in geval van frauduleuze facturatie (artikel X+52 voorontwerp);
- wijziging van de informatie over zorgverleners die op de website van het RIZIV zal worden gepubliceerd (artikel X+53 voorontwerp).

4. De Autoriteit beperkt haar advies tot de artikelen van het voorontwerp waar zij opmerkingen bij heeft.

II. ONDERZOEK VAN DE ADVIESAANVRAAG

A. Artikel X+49 voorontwerp (wijziging aan artikel 53 GVU-wet)

5. Dit artikel heeft als doel om in de gecoördineerde wet het basisbeginsel te verankeren dat zorgverleners moeten beschikken over een actief RIZIV-nummer, uitgereikt door het RIZIV, om

prestaties te kunnen attesteren en/of aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Met actief wordt bedoeld dat het nummer slechts kan worden gebruikt door de betrokken zorgverlener wanneer het niet zou zijn geschorst door de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV op vraag van die Dienst in het kader van handhaving (zie artikel X+52 voorontwerp). Het nummer zal ook niet actief zijn gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

6. Aan het Verzekeringscomité wordt de bevoegdheid verleend om de regelen te bepalen omtrent de toekenning van het RIZIV-nummer overeenkomstig artikel 22, 11° GVU-wet.[1]

7. Wat betreft de bevoegdheid van het Verzekeringscomité, wijst de Autoriteit op de vaste adviespraktijk van de afdeling Wetgeving van de Raad van State omtrent het verlenen van verordenende bevoegdheid aan een overheidsinstantie die geen politieke verantwoordelijkheid draagt ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering. Volgens deze adviespraktijk is dit in principe ontoelaatbaar, omdat aldus afbreuk wordt gedaan aan het beginsel van de eenheid van verordenende macht en aan het beginsel van de politieke verantwoordelijkheid van de ministers. Bovendien ontbreken de waarborgen waarmee de klassieke regelgeving gepaard gaat, zoals die inzake de bekendmaking, de preventieve controle door de afdeling Wetgeving van de Raad van State en de duidelijke plaats in de hiërarchie der normen. In dat verband moet worden opgemerkt dat het verlenen van normatieve bevoegdheid aan een openbare instelling enkel kan worden gebillijkt om praktische redenen en in zoverre die delegaties een zeer beperkte of een hoofdzakelijk technische draagwijdte hebben, en er mag van worden uitgegaan dat de instelling die de betrokken reglementering dient toe te passen of er toezicht op uitoefent, ook het best geplaatst is om deze met kennis van zaken uit te werken.

8. Naar het zich laat aanzien kan de vaststelling van de voorwaarden en de categorieën van gegevens die worden verzameld met oog op de toekenning van een RIZIV-nummer (aanvraagprocedure)[2] echter niet onder de beperkte normatieve bevoegdheid vallen, welke aan het

---

[1] Zie hieromtrent ook artikel 6, §8 verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/verordening_28_juli_2003_art_6_par_1bis.pdf): "Het RIZIV-identificatienummer, inschrijvingsnummer of erkenningsnummer, waarvan sprake in dit artikel en de bijlagen waar in dit artikel naar verwezen wordt, is het identificatienummer dat voor elke zorgverlener wordt opgesteld volgens regelen, bepaald door het Verzekeringscomité"

[2] De gemachtigde bevestigde aan de Autoriteit dat er 3 basisvoorwaarden zijn om een RIZIV-nummer te krijgen als zorgverlener, namelijk:

- De FOD Volksgezondheid heeft een visum uitgereikt dat toelaat om het beroep van arts uit te oefenen.
- Inschrijving bij de Orde der artsen.
- Contactadres hebben in België.

Verder vulde de gemachtigde als volgt aan: "Het RIZIV kent nummers toe op basis van lijsten overgemaakt door de FOD VVVL via een beveiligde server of op individuele vraag. In het kader van de lijsten worden de volgende gegevens verwerkt: NN, naam, voornaam, geslacht, geboortedatum, contacttaal, contactgegevens, Ordenummer en datum inschrijving Orde en provincie Orde, erkennende overheid, "thema" (goedgekeurd stageplan, wijziging stageplan of erkenning), in voorkomend geval periode

Verzekeringscomité kan worden verleend. De bepaling van het voorontwerp moet worden herzien teneinde met die opmerking rekening te houden.

B. Artikel X+53 voorontwerp (wijziging aan artikel 218 GVU-wet)

9. Overeenkomstig artikel 218, § 2 GVU-wet worden er momenteel al enkele gegevens van de zorgverleners gepubliceerd op de website van het RIZIV in een lijst (zoals voornaam, naam, werkadres, RIZIV-nummer …). Het voorontwerp voegt daaraan toe dat ook een vermelding zal worden gepubliceerd van het feit dat het RIZIV-nummer van een bepaalde zorgverleners al dan niet tijdelijk opgeschort is. Wanneer er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd werd zoals voorzien in artikel 144, § 3/1 GVU-wet vermeldt de lijst dat ook.

10. De Autoriteit begrijpt dat in de lijst die gepubliceerd zal worden op de website naast o.a. de naam en voornaam enkel een vermelding zal komen of het RIZV-nummer al dan niet tijdelijk opgeschort is/of er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling werd opgelegd, terwijl de respectievelijke administratieve beslissing in haar geheel enkel in gepseudonimiseerde vorm gepubliceerd zal worden op haar website (overeenkomstig artikel 157, §3 GVU-wet). De Autoriteit vindt dit een belangrijke waarborg, die behouden dient te blijven.

11. De Autoriteit heeft reeds in andere adviezen met betrekking tot publicatie online van verscheidene beslissingen (zoals rechterlijke beslissingen, administratieve beslissing tot opleggen van een geldboete) gewezen op het feit dat het vooral belangrijk is dat de wetstekst die de verplichting/mogelijkheid tot publicatie vastlegt, duidelijk en nauwkeurig het doel of de doelen van de publicatie vermeldt, aangezien de publicatie een zeer breed publiek bereikt (elke internetgebruiker).

12. Uit de Memorie van Toelichting en het antwoord van de gemachtigde blijkt dat het informeren van het publiek het doel is van de publicatie zoals voorzien in gewijzigd artikel 218, §2 GVU-wet.[3]

---

stageplan, "context" (bv. erkenning voor een basistitel of bijzondere titel niv. 3), specialisme. Individuele vragen gebeuren via het aanvraagformulier zoals vermeld op onze website (https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/uitoefening-van-het-beroep/een-riziv-nummer-krijgen).”

[3] Memorie van Toelichting, p. 52-53: "De zorgverlener is ertoe gehouden de verzekerden te informeren over dat soort maatregelen vooraleer een prestatie uit te voeren (verplichting ook ingevoegd via deze wet in artikel 73, §1, laatste lid). Het is echter ook de verplichting van de Instituut zelf om het publiek te informeren. Wanneer de afweging gemaakt wordt tussen het recht van de zorgverlener op bescherming van zijn persoonsgegevens en het recht van de verzekerden op correcte informatie, primeert het recht van de verzekerde in dit geval."

Antwoord gemachtigde: "Alhoewel dat twee maatregelen zijn die door de administratieve rechtscolleges opgelegd kunnen worden aan de zorgverlener, kunnen die maatregelen ook (praktische) gevolgen hebben voor de verzekerden. Daarom zijn we van mening dat die specifieke informatie ook te vinden zou moeten zijn op de website van het RIZIV wanneer een zorgverlener opgezocht wordt. We creëren tegelijk ook de verplichting voor de zorgverlener om de verzekerden hierover zelf te informeren maar door de publicatie op de RIZIV-website is er een extra waarborg voor de verzekerden dat zij toegang hebben tot de informatie, stel bijvoorbeeld dat de zorgverlener zijn informatieplicht niet zou nakomen."

13. De Autoriteit begrijpt dat zowel een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling als een opschorting van het RIZIV-nummer[4] praktische gevolgen kan hebben voor de verzekerden, namelijk:

- Wat betreft het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling: *"Gedurende de periode van het verbod mag de zorgverlener nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen. Die maatregel kan dus een gevolg hebben voor de verzekerden"*[5]
- Wat betreft de opschorting van het RIZIV-nummer: in de periode van opschorting van het RIZIV-nummer *"mag de zorgverlener niet aanrekenen noch attesteren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging."*[6]

14. De Autoriteit kan bijgevolg niet uitsluiten dat de bekendmaking zoals bedoeld in artikel X+53 voorontwerp strikt noodzakelijk kan zijn om het doel van het informeren van het publiek te bereiken (gelet op de praktische gevolgen voor de verzekerden en het feit dat een verzekerde vrij zijn zorgverlener dient te kunnen kiezen op basis van alle informatie, ook de informatie die betrekking heeft op de aanrekenmogelijkheden van de zorgverleners).

15. De Autoriteit vraagt niettemin om dit doeleinde, namelijk het informeren van de verzekerden omtrent maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerden, ook duidelijk op te nemen in de tekst van het voorontwerp zelf.

16. *In casu* zijn de modaliteiten van de publicatie voor de Autoriteit echter niet duidelijk: hoe lang blijft deze informatie beschikbaar?[7] Gebeurt deze publicatie ten vroegste na het verstrijken van de beroepstermijn bedoeld in artikel 156, §2 GVU-wet?

---

[4] Zie Memorie van Toelichting, p. 52: "Het RIZIV-nummer van de zorgverlener wordt tijdelijk opgeschort, dat wil zeggen dat de zorgverlener zijn prestaties niet meer mag aanrekenen noch attesteren, of het nu via de derdebetalersregling is of niet."

[5] Zie Memorie van Toelichting, p. 52: "De GVU-wet voorziet momenteel al dat er een verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling opgelegd kan worden door de administratieve rechtscolleges aan de zorgverleners die misbruik maakten van het regime (artikel 144, § 3/1 GVU-wet). Gedurende de periode van het verbod mag de zorgverlener nog steeds zijn beroep uitoefenen en mag nog steeds aanrekenen, maar hij mag daarvoor geen gebruik maken van de derdebetalersregeling. Dat wil zeggen dat hij enkel mag attesteren door een getuigschrift voor verstrekte hulp op te stellen voor de verzekerde, die nadien dat getuigschrift zal indienen bij de verzekeringsinstelling en op die manier zijn terugbetaling zal ontvangen. Die maatregel kan dus een gevolg hebben voor de verzekerden."

[6] Zie Memorie van Toelichting, p. 52: "Het RIZIV-nummer van de zorgverlener wordt tijdelijk opgeschort, dat wil zeggen dat de zorgverlener zijn prestaties niet meer mag aanrekenen noch attesteren, of het nu via de derdebetalersregling is of niet."

Zie ook ontworpen artikel X+51 voorontwerp.

[7] Artikel X+52 voorontwerp stelt dat de opschorting kan opgelegd worden voor minimum één maand en maximum twee jaar. Het aanvraagformulier vermeldt dat zodra de maatregel beëindigd is, de publicatie op de website aangepast zal worden.

De Autoriteit vraagt bijgevolg de aanvrager om duidelijk deze modaliteiten op te nemen in de tekst van het voorontwerp, samen met de rechtvaardiging van deze modaliteiten (in de Memorie van Toelichting).

17. De Autoriteit bemerkt bijkomend de volgende zin in de Memorie van Toelichting: *"Alhoewel bepaalde informatie uit de beslissingen van zowel de Leidend ambtenaar als de administratieve rechtscolleges nuttig kunnen zijn voor de verzekerden, denk aan een zorgverlener die overbodige prestaties aanrekent, wordt er momenteel enkel voorzien dat de maatregelen met een rechtstreeks gevolg voor de verzekerden zichtbaar worden wanneer de zorgverlener opgezocht wordt via de website van het RIZIV."*[8]
(onderlijning door Autoriteit)

18. Na een vraag van de Autoriteit over de reikwijdte van het woord 'momenteel' in de Memorie van Toelichting (en het risico op *function creep*[9]), antwoordt de gemachtigde het volgende: *"Wat betreft het woord 'momenteel': dat wil gewoon zeggen dat er door deze wijziging enkel die verandering voorzien wordt. Er zijn nog geen plannen om verdergaand te publiceren. Het woord kan gerust weggelaten worden zonder dat er inhoudelijk iets zou veranderen."*
De Autoriteit neemt akte van het feit dat het woord 'momenteel' zal worden weggelaten.

[8] Memorie van Toelichting, p. 53.

[9] I.e. de verruiming van de doeleinde van de verwerking tot op een niveau waar de bescherming onder de AVG totaal wordt uitgehold.

OM DEZE REDENEN

de Autoriteit,

wijst op het feit dat de voorwaarden en regelen omtrent de toekenning van het RIZIV-nummer niet kan worden vastgesteld door het Verzekeringscomité (randnummers 6 tot en met 8).

is van oordeel dat minstens de volgende wijzigingen geboden zijn in het voorontwerp:

- opnemen van het doel van de publicatie zoals voorzien in artikel 218, §2 GVU-wet (randnummers 12-15);
- opnemen modaliteiten van de publicatie zoals voorzien in artikel 218, §2 GVU-wet (randnummer 16);
- weglaten woord 'momenteel' in de Memorie van Toelichting (randnummer 18).

Voor de Autorisatie- en Adviesdienst,
Alexandra Jaspar, Directeur

Autorité de protection des données
Gegevensbeschermingsautoriteit

Standaardadvies 65/2023 van 24 maart 2023
Bijgewerkte versie – zitting van 29 september 2023

Betreft: Standaardadvies betreffende de redactie van normatieve teksten

Het Kenniscentrum van de Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna "de Autoriteit"),
aanwezig: de dames Cédrine Morlière, Nathalie Ragheno en Griet Verhenneman, en de heren Yves-Alexandre de Montjoye, Bart Preneel en Gert Vermeulen;

Gelet op de wet van 3 december 2017 *tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit,* met name de artikelen 23 en 26 (hierna "WOG");

Gelet op artikel 25, lid 3, WOG volgens hetwelk de beslissingen van het Kenniscentrum bij meerderheid van stemmen worden aangenomen;

Gelet op Verordening (EU) 2016/679 *van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* (hierna "AVG");

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* (hierna "WVG");

Brengt op 24 maart 2023 het volgende standaardadvies uit.

I. TOEPASSINGSGEBIED EN CONTEXT VAN DIT ADVIES

1. Gezien het uitzonderlijk grote aantal adviesaanvragen dat momenteel bij de Autoriteit wordt ingediend en bij gebrek aan voldoende personele middelen, is de Autoriteit niet in staat om alle adviesaanvragen die zij ontvangt, te behandelen. Wanneer de aanvrager niet aangeeft dat het voorgelegde ontwerp aanleiding kan geven tot hoge risico's voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen, en wanneer uit zijn antwoorden in het formulier ook niet kan worden afgeleid dat dergelijke risico's aanwezig zijn, kan de Autoriteit beslissen om te verwijzen naar voorliggend standaardadvies betreffende de redactie van normatieve teksten[1].

2. In dit algemene advies wordt gewezen op de belangrijkste eisen waaraan elke norm die de verwerking van persoonsgegevens regelt, moet voldoen. Het blijft dus geldig bij elke redactie van normatieve teksten. Het is de verantwoordelijkheid van de auteur van een ontwerpnorm om ervoor te zorgen dat deze daadwerkelijk voldoet aan de kwaliteitseisen van een wet, opgelegd op grond van de AVG en gelezen in samenhang met de Grondwet, het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (hierna "het EVRM").

II. REDACTIE VAN NORMATIEVE TEKSTEN EN GEGEVENSBESCHERMING

A. Wat betreft de vereiste van noodzakelijkheid en evenredigheid van de gegevensverwerkingen die door het ontwerp worden geregeld

3. De Autoriteit herinnert eraan dat elke verwerking van persoonsgegevens een inmenging vormt in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en het recht op bescherming van persoonsgegevens van de betrokkenen. Een dergelijke inmenging is enkel toelaatbaar als zij noodzakelijk is en evenredig met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Ter herinnering: de verwerking van persoonsgegevens wordt als noodzakelijk beschouwd als zij de minst ingrijpende maatregel vormt om het ermee nagestreefde gerechtvaardigde doel te

[1] De Autoriteit dient strategische keuzes te maken, rekening houdend met de nieuwe taken die haar krachtens de AVG zijn opgelegd, de middelen waarover zij beschikt en de beginselen die in de AVG zijn vervat (zoals het beginsel van de risico-gebaseerde benadering en het beginsel van de 'verantwoordingsplicht'). Daarom onderzoekt zij de adviesaanvragen die haar op grond van artikel 23 van de WOG en/of artikel 36, lid 4, van de AVG worden voorgelegd eerst uitsluitend op basis van het formulier.
Alleen in gevallen waarin de antwoorden in het formulier ernstige aanwijzingen bevatten dat het ontwerp van normatieve tekst een hoog risico inhoudt, gaat de Autoriteit over tot een systematische analyse van het ontwerp van normatieve tekst zelf en brengt zij een concreet advies uit.
In de andere gevallen en gezien de toevloed aan dossiers, gaat de Autoriteit niet over tot een analyse van de tekst van het ontwerp van normatieve tekst en geeft zij voorliggende algemene richtlijnen. Het is aan de aanvrager om er in de praktijk voor te zorgen dat het ontwerp dat hij redigeert, daadwerkelijk voldoet aan de kwaliteitsvereisten van de wet die door de AVG, de Grondwet, het Handvest van de grondrechten en het EVRM, worden opgelegd.

bereiken. De auteur van een normatieve tekst moet daarom nagaan of er geen andere maatregelen zijn die minder ingrijpend zijn voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen, en waarmee het nagestreefde doel kan worden bereikt. De beoogde gegevensverwerking moet dus toelaten het nagestreefde doel te bereiken (criterium van doeltreffendheid), maar moet tevens de maatregel zijn die het minst ingrijpt in de rechten en vrijheden van de betrokkenen (criterium van noodzakelijkheid in strikte zin). Conreet betekent dit dat als het mogelijk is het beoogde doel te bereiken met een maatregel die minder ingrijpt in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer of het recht op bescherming van persoonsgegevens, de oorspronkelijk beoogde gegevensverwerking niet ingevoerd mag worden.

5. Wanneer de noodzaak van de verwerking van persoonsgegevens vaststaat, moet de auteur van de normatieve tekst er zich nog van vergewissen dat de verwerking evenredig is (in strikte zin) met het beoogde doel, d.w.z. dat er een juist evenwicht moet worden gevonden tussen de verschillende belangen die op het spel staan en de rechten en vrijheden van de betrokkenen. Met andere woorden, er moet een evenwicht zijn tussen de inmenging in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op bescherming van persoonsgegevens, en het doel dat met die verwerking wordt beoogt en dat daadwerkelijk kan worden bereikt . De voordelen die voortvloeien uit de gegevensverwerking in kwestie moeten dus opwegen tegen de nadelen ervan voor de betrokkenen (criterium van evenredigheid in strikte zin).

6. De Autoriteit vestigt de aandacht van de auteurs van normatieve teksten op de verplichting ervoor te zorgen dat de verwerkingen van persoonsgegevens die door het ontwerp worden geregeld of in uitvoering daarvan zullen worden geregeld, werkelijk noodzakelijk zijn en evenredig met het nagestreefde doel.

B. Wat betreft de vereiste van voorspelbaarheid van de verwerking van persoonsgegevens

7. Verder herinnert de Autoriteit eraan dat elke verwerking van persoonsgegevens een rechtsgrond of een rechtmatigheidsgrond moet hebben, zoals bepaald in artikel 6, lid 1, van de AVG. Gegevensverwerkingen die bij een normatieve maatregel zijn ingevoerd, zijn bijna altijd gebaseerd op artikel 6, lid 1, punt c) of e), van de AVG[2].

[2]Artikel 6, lid 1, van de AVG: *"De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan: (…)*
c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust; (…)
e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen; (….)".

8. Krachtens artikel 22 van de Grondwet, artikel 8 van het EVRM en artikel 6, lid 3, van de AVG, moet voor dergelijke verwerkingen duidelijke en nauwkeurige regelgeving gelden, waarvan de toepassing voor de betrokkenen voorzienbaar moet zijn[3]. Met andere woorden, de regelgeving die de gegevensverwerking regelt of waarvan de toepassing een gegevensverwerking met zich meebrengt, moet voldoen aan de vereisten van voorspelbaarheid en nauwkeurigheid, zodat bij lezing ervan, de betrokkenen duidelijk kunnen begrijpen welke verwerkingen met hun gegevens zullen worden verricht en onder welke omstandigheden deze verwerkingen zijn toegestaan.

9. Dit betekent echter niet dat voor elke gegevensverwerking een *specifieke* norm moet gelden die uitdrukkelijk alle gegevensbeschermingskwesties in de betrokken context regelt. In bepaalde gevallen kan de voorspelbaarheid van een verwerking van persoonsgegevens die noodzakelijk is voor de vervulling van een taak van algemeen belang immers worden gewaarborgd door de norm die deze taak toekent aan de verwerkingsverantwoordelijke, en de AVG (in voorkomend geval gelezen in combinatie met andere normen die eveneens van toepassing zijn).

10. De vraag rijst dan wanneer en in welke mate een *specifiek* normatief kader noodzakelijk is. Aangezien er geen absolute regel of mathematische formule is om met zekerheid te bepalen wanneer moet worden voorzien in een specifieke norm om een verwerking van persoonsgegevens te regelen die noodzakelijk is voor de vervulling van een taak van algemeen belang, met het oog op de voorspelbaarheid ervan, geeft de Autoriteit hieronder richtsnoeren in dit verband.

11. Artikel 6, lid 2, van de AVG bepaalt: *"De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX."*

12. Overweging 10 van de AVG, die betrekking heeft op artikel 6, lid 2, van de AVG, bepaalt: *"In samenhang met de algemene en horizontale wetgeving inzake gegevensbescherming ter uitvoering van Richtlijn 95/46/EG beschikken de lidstaten over verscheidene sectorgebonden wetten op gebieden waar behoefte is aan meer specifieke bepalingen. Deze verordening biedt de lidstaten ook ruimte om eigen regels voor de toepassing vast te stellen, onder meer wat de verwerking van bijzondere persoonsgegevenscategorieën ("gevoelige gegevens) betreft. In zoverre staat deze verordening niet in de weg aan lidstatelijk recht waarin specifieke situaties op het gebied van gegevensverwerking nader worden omschreven, meer bepaald door nauwkeuriger*

[3] Zie ook overweging 41 van de AVG.

te bepalen in welke gevallen verwerking van persoonsgegevens rechtmatig geschiedt". (*onderstreept door de Autoriteit*)

13. Bovendien verwijst de AVG ook meermaals naar het nationale recht, hetzij om een specifiek kader voor bepaalde verwerkingen van persoonsgegevens te eisen, hetzij om het treffen van passende en specifieke maatregelen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkenen, op te leggen.[4]

14. De Autoriteit stelt met name drie situaties vast waarin een nationale norm de verwerking van persoonsgegevens specifiek moet regelen:

- wanneer het niet voldoende is om te verwijzen naar de formulering van **de norm waarbij de publieke taak wordt toegekend** om de voorspelbaarheid van de verwerking te **waarborgen**, en wanneer moet worden **voorzien in specifieke waarborgen** om de rechten en vrijheden van de betrokkenen te beschermen;

- wanneer het noodzakelijk is om een verplichte verwerking van persoonsgegevens in te stellen in de zin van artikel 6, lid 1, punt c), van de AVG. In dat verband wijst de Autoriteit erop dat de norm die de wettelijke verplichting oplegt, enerzijds het concrete doel moet preciseren waarvoor de verplichte gegevensverwerking moet worden uitgevoerd, en anderzijds duidelijk en nauwkeurig moet zijn, zodat de verwerkingsverantwoordelijke in principe geen beoordelingsmarge heeft met betrekking tot de manier waarop de verwerking van persoonsgegevens die nodig is om aan zijn wettelijke verplichting te voldoen, wordt uitgevoerd[5].

- wanneer de AVG of de WVG de vaststelling van een dergelijke specifieke norm voor de verwerking van persoonsgegevens oplegt, om bijvoorbeeld te voorzien in specifieke beschermingsmaatregelen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen. Zo legt de AVG een dergelijke specifieke norm op in twee gevallen, namelijk (1) wanneer wordt overwogen de verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van artikel 9 van de AVG (gegevens over raciale afkomst, gegevens over gezondheid, ...) of in de zin van artikel 10 van de AVG (gegevens betreffende veroordelingen, enz.) te regelen en wanneer in dit verband wordt overwogen te voorzien in passende en specifieke maatregelen om de grondrechten en de belangen van de betrokkenen te vrijwaren, of (2) wanneer in een wettelijke norm het recht van toegang van het publiek tot officiële documenten in overeenstemming moet worden gebracht met het recht op bescherming van persoonsgegevens (artikel 86 van de AVG).

[4] Dat is bijvoorbeeld het geval voor verwerkingen betreffende bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de zin van artikel 9 van de AVG (gegevens over ras, gegevens over de gezondheid,...) die nodig zijn voor de uitvoering van de verplichtingen van verwerkingsverantwoordelijken op het gebied van arbeidsrecht, of voor verwerkingen betreffende deze gegevens die nodig zijn om redenen van zwaarwegend algemeen belang.
[5] Groep Artikel 29, *advies 06/2014 van over het begrip "gerechtvaardigd belang van de voor de verwerking verantwoordelijke" in artikel 7 van Richtlijn 95/46/EG*, blz. 22. De Autoriteit herinnert eraan dat, ondanks een dergelijk gebrek aan beoordelingsmarge, het hoe dan ook aan de verwerkingsverantwoordelijke is om ervoor te zorgen dat de betrokken verwerking in overeenstemming is met de verplichting in kwestie en met de AVG.

15. In deze context, ook al vormt elke verwerking van persoonsgegevens een inmenging in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op bescherming van persoonsgegevens, toch moet niet elke verwerking (en dus elke inmenging in het recht op privacy) noodzakelijkerwijs specifiek geregeld worden door een norm van nationaal recht (zoals bijvoorbeeld een specifiek hoofdstuk dat aan de verwerking van persoonsgegevens is gewijd).

16. Wat betreft gegevensverwerkingen die noodzakelijk zijn voor de vervulling van een taak van algemeen belang, merkt de Autoriteit op dat, voor zover de publieke taken (waarvoor de verwerking van persoonsgegevens nodig is) door de wetgever op zodanige wijze zijn omschreven en afgebakend dat de doeleinden van deze verwerkingen als welbepaald en uitdrukkelijk kunnen worden beschouwd, en afgezien van de specifieke omstandigheden beschreven in § 14, het niet systematisch nodig is om een *specifiek* kader voor *deze* gegevensverwerkingen te bieden. Onder deze voorwaarde kan de AVG immers in bepaalde gevallen volstaan om de genoemde gegevensverwerkingen te regelen, met name wanneer er geen specifiek risico voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bestaat.

17. De Autoriteit verzoekt de auteur van de normatieve tekst derhalve om ervoor te zorgen dat zijn ontwerp voldoet aan de vereiste van voorspelbaarheid, zodat bij de lezing ervan, eventueel in combinatie met de lezing van het relevante normatieve kader, de betrokkenen duidelijk kunnen begrijpen welke verwerkingen met hun gegevens zullen worden uitgevoerd en onder welke omstandigheden deze verwerkingen zijn toegestaan.

Voor het Kenniscentrum,
(get.) Cédrine Morlière - Directeur

Autorité de protection des données
Gegevensbeschermingsautoriteit

Avis n° 91/2025 du 29 septembre 2025

Objet : un avant-projet de loi-cadre – articles X+49 à X+53 inclus (CO-A-2025-138)

Mots-clés : compétence normative – publication d'une décision administrative

Traduction

Vu la loi du 3 décembre 2017 *portant création de l'Autorité de protection des données*, en particulier les articles 23 et 26 (ci-après "la LCA") ;

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 *relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE* (ci-après le "RGPD") ;

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (ci-après "la LTD") ;

Vu la demande d'avis de Monsieur Frank Vandenbroucke, Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la lutte contre la pauvreté (ci-après le "demandeur"), reçue le 5 août 2025 ;

Vu les explications complémentaires quant au contenu, reçues le 10 septembre 2025 ;

Le Service d'Autorisation et d'Avis de l'Autorité de protection des données (ci-après "l'Autorité") émet l'avis suivant le 29 septembre 2025 :

L'Autorité ne publie en français et en néerlandais que les avis concernant les projets ou propositions de textes de rang de loi émanant de l'Autorité fédérale, de la Région de Bruxelles-Capitale ou de la Commission Communautaire Commune. La 'Version originale' est celle qui a été validée.

I. OBJET DE LA DEMANDE D'AVIS

1. Le demandeur sollicite l'avis de l'Autorité concernant un avant-projet de loi-cadre – articles X+49 à X+53 inclus (ci-après "l'avant-projet").

Contexte et antécédents

2. L'avant-projet vise à exécuter plusieurs aspects relatifs à la réforme des soins de santé qui sont également repris explicitement dans l'accord de gouvernement.

3. Les articles faisant l'objet de la demande d'avis sont les articles X+49 à X+53 inclus de l'avant-projet, à savoir le Chapitre 1er – Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après "la loi SSI"), "*Section X+9 – Numéros INAMI*". Cette section prévoit :

- l'ancrage légal du numéro INAMI comme clé de facturation dans l'assurance maladie obligatoire (et ce numéro doit être 'actif') (article X+49 de l'avant-projet) ;
- une obligation d'information spécifique pour les dispensateurs de soins (à l'égard de leurs patients) en cas de suspension du numéro INAMI (ou d'interdiction d'appliquer le système de tiers payant) (article X+50 de l'avant-projet) ;
- une interdiction de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé durant une période de suspension du numéro INAMI (article X+51 de l'avant-projet) ;
- le renforcement de l'application de la législation via la possibilité de suspendre l'utilisation du numéro INAMI en cas de facturation frauduleuse (article X+52 de l'avant-projet) ;
- la modification des informations relatives aux dispensateurs de soins qui seront publiées sur le site Internet de l'INAMI (article X+53 de l'avant-projet).

4. L'Autorité limite son avis aux articles de l'avant-projet sur lesquels elle a des remarques à formuler.

II. EXAMEN DE LA DEMANDE D'AVIS

A. Article X+49 de l'avant-projet (modification de l'article 53 de la loi SSI)

5. Cet article vise à ancrer dans la loi coordonnée le principe fondamental selon lequel les dispensateurs de soins doivent disposer d'un numéro INAMI actif, attribué par l'INAMI, afin de pouvoir

attester et/ou facturer des prestations à l'assurance maladie obligatoire. Par 'actif', on entend que le numéro ne peut être utilisé que par le dispensateur de soins concerné s'il n'a pas été suspendu par les juridictions administratives installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et à la demande de ce Service dans le cadre de l'application de la législation (voir l'article X+52 de l'avant-projet). Le numéro ne sera pas non plus actif durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

6. Le Comité de l'assurance se voit confier la compétence de fixer les règles relatives à l'octroi du numéro INAMI conformément à l'article 22, 11° de la loi SSI[1].

7. En ce qui concerne la compétence du Comité de l'assurance, l'Autorité attire l'attention sur la pratique constante en matière d'avis de la section de législation du Conseil d'État concernant l'attribution d'un pouvoir réglementaire à un organisme public qui n'est pas responsable politiquement devant une assemblée élue démocratiquement. Selon cette pratique en matière d'avis, cette attribution n'est en principe pas admissible car cela porte atteinte au principe de l'unité du pouvoir réglementaire et au principe de la responsabilité politique des ministres. En outre, les garanties dont est assortie la réglementation classique, telles celles en matière de publication, de contrôle préventif exercé par la section de législation du Conseil d'État et de rang précis dans la hiérarchie des normes, sont absentes. À cet égard, il convient de noter que l'attribution d'un pouvoir normatif à une institution publique ne peut être admise que pour des raisons pratiques et dans la mesure où ces délégations ont une portée très limitée ou essentiellement technique, et l'on peut partir du principe que l'institution chargée d'appliquer la réglementation concernée ou d'exercer un contrôle de cette réglementation est également la mieux placée pour l'élaborer en toute connaissance de cause.

8. Selon toute vraisemblance, la détermination des conditions et des catégories de données qui sont collectées en vue d'attribuer un numéro INAMI (procédure de demande)[2] ne peut toutefois pas

---

[1] Voir également à cet égard l'article 6, § 8 du Règlement du 28 juillet 2003 *portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994* (https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reglement20030728-sds-texte.pdf) : "*Le numéro INAMI d'identification, d'inscription ou d'agrément, visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur de soins selon des règles fixées par le Comité de l'assurance*."

[2] Le demandeur a confirmé à l'Autorité qu'il y a 3 conditions fondamentales pour recevoir un numéro INAMI en tant que dispensateur de soins, à savoir :

• Posséder un visa émis par le SPF Santé publique permettant d'exercer la profession de médecin.

• Être inscrit à l'Ordre des médecins.

• Disposer d'une adresse de contact en Belgique.

De plus, le demandeur a ajouté ce qui suit : "*L'INAMI attribue des numéros sur la base de listes transmises par le SPF SPSCAE* (NdT : Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) *via un serveur sécurisé ou sur demande individuelle. Dans le cadre des listes, les données suivantes sont traitées : Numéro national, prénom, sexe, date de naissance, langue de contact, coordonnées, numéro d'ordre et date d'inscription à l'Ordre et province de l'Ordre, autorité chargée de l'agrément, "thème" (plan de stage approuvé, modification du plan de stage ou agrément), le cas échéant période du plan de stage, "contexte" (par ex. agrément pour un titre de base ou un titre particulier niv. 3), spécialité. Les demandes individuelles se font via le formulaire de demande tel que mentionné sur notre site Internet (*https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/exercice-du-metier/obtenir-votre-numero-

relever du pouvoir normatif limité, qui peut être attribué au Comité de l'assurance. La disposition de l'avant-projet doit être revue afin de tenir compte de cette remarque.

B. Article X+53 de l'avant-projet (modification de l'article 218 de la loi SSI)

9. Conformément à l'article 218, § 2 de la loi SSI, quelques données des dispensateurs de soins sont déjà actuellement publiées sur le site Internet de l'INAMI dans une liste (comme le prénom, le nom, l'adresse de travail[3], le numéro INAMI, ...). L'avant-projet ajoute qu'une mention du fait que le numéro INAMI d'un dispensateur de soins déterminé est temporairement suspendu ou non sera également publiée. Lorsqu'une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée conformément à l'article 144, § 3/1 de la loi SSI, la liste le mentionne également.

10. L'Autorité comprend qu'outre notamment le nom et le prénom, la liste qui sera publiée sur le site Internet mentionnera uniquement si le numéro INAMI est ou non temporairement suspendu ou si une interdiction d'application du régime du tiers payant a été prononcée, tandis que la décision administrative en question ne sera publiée dans son intégralité sur le site Internet de l'INAMI que sous une forme pseudonymisée (conformément à l'article 157, § 3 de la loi SSI). L'Autorité considère qu'il s'agit d'une garantie importante qui doit rester maintenue.

11. Dans d'autres avis relatifs à la publication en ligne de différentes décisions (comme des décisions judiciaires, des décisions administratives imposant une amende), l'Autorité a déjà souligné le fait qu'il importe surtout que le texte de loi qui établit l'obligation/la possibilité d'une publication mentionne clairement et précisément le ou les objectifs de la publication, étant donné que la publication est accessible à un très large public (tout internaute).

12. Il ressort de l'Exposé des motifs et de la réponse du demandeur que l'information du public constitue l'objectif de la publication, comme le prévoit l'article 218, § 2 modifié de la loi SSI[4].

---

inami-comme-medecin*)*." [NdT : tous les passages cités du demandeur ont été traduits librement par le Service traduction de l'Autorité de protection des données, en l'absence de traduction officielle]

[3] L'Autorité fait remarquer que la version française du projet utilise les termes 'adresse professionnelle' alors que l'article 218 de la loi SSI utilise les termes 'adresse de travail'.

[4] Voir l'Exposé des motifs, p. 52-53 : "*Le dispensateur de soins est tenu d'informer les assurés de ce type de mesures avant d'effectuer une prestation (obligation simultanément introduite par cette loi à l'article 73, § 1er, dernier alinéa). Toutefois, l'Institut lui-même a également l'obligation d'informer le public à ce propos. Lorsque l'on met en balance le droit du dispensateur de soins à la protection de ses données personnelles et le droit des assurés de recevoir des informations correctes, le droit de l'assuré prévaut dans ce cas.*"

Réponse du demandeur : "*Bien qu'il s'agisse de deux mesures pouvant être imposées au dispensateur de soins par les juridictions administratives, ces mesures peuvent également avoir des conséquences (pratiques) pour les assurés. Par conséquent, nous estimons que ces informations spécifiques devraient également figurer sur le site Internet de l'INAMI lorsqu'un dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche. Dans le même temps, nous créons également l'obligation pour le dispensateur de soins de fournir lui-même ces informations mais la publication sur le site Internet de l'INAMI constitue une garantie supplémentaire pour les assurés d'avoir accès à l'information, si par exemple le dispensateur de soins ne respectait pas son obligation d'information.*"

13. L'Autorité comprend qu'aussi bien une interdiction d'application du régime du tiers payant qu'une suspension du numéro INAMI[5] peut avoir des conséquences pratiques pour les assurés, à savoir :

- En ce qui concerne l'interdiction d'application du régime du tiers payant : *"Durant cette interdiction, le dispensateur de soins peut toujours exercer sa profession et facturer, mais il ne peut pas utiliser le système de tiers payant pour ce faire. Cela veut dire qu'il ne peut qu'attester en établissant une attestation de soins donnés à l'assuré, qui soumettra ensuite cette attestation à l'organisme assureur et recevra ainsi son remboursement. Cette mesure peut donc avoir une conséquence pour les assurés."*[6]
- En ce qui concerne la suspension du numéro INAMI : pendant la période de suspension du numéro INAMI, "*le dispensateur de soins ne peut pas porter en compte ni attester à l'assurance soins de santé*." [7]

14. L'Autorité ne peut dès lors pas exclure que la divulgation telle que visée à l'article X+53 de l'avant-projet peut être strictement nécessaire pour atteindre l'objectif de l'information du public (vu les conséquences pratiques pour les assurés et le fait qu'un assuré doit pouvoir choisir librement son dispensateur de soins sur la base de toutes les informations, également les informations qui concernent les possibilités en matière de tarification des dispensateurs de soins).

15. L'Autorité demande néanmoins que cette finalité, à savoir informer les assurés quant aux mesures susceptibles de les affecter, soit clairement reprise dans le texte de l'avant-projet proprement dit.

16. En l'espèce, l'Autorité estime toutefois que les modalités de la publication ne sont pas claire : combien de temps ces informations restent-elles disponibles ?[8] Cette publication a-t-elle lieu au plus tôt après expiration du délai de recours visé à l'article 156, § 2 de la loi SSI ?
L'Autorité demande dès lors au demandeur de reprendre clairement ces modalités dans le texte de l'avant-projet, de même que la justification de ces modalités (dans l'Exposé des motifs).

17. L'Autorité remarque en outre la phrase suivante dans l'Exposé des motifs : *"Bien que certaines informations tirées des décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives puissent*

---

[5] Voir l'Exposé des motifs, p. 52 : "*Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant.*"
[6] Voir l'Exposé des motifs, p. 52.

[7] Voir l'Exposé des motifs, p. 52 : "*Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant.*"

Voir également l'article X+51 de l'avant-projet.

[8] L'article X+52 de l'avant-projet précise que la suspension peut être imposée pour une durée de minimum un mois à maximum deux ans. Le formulaire de demande mentionne que dès que la mesure a pris fin, la publication sur le site web sera modifiée.

être utiles aux assurés, par exemple dans le cas d'un dispensateur de soins qui facture des services inutiles, il est actuellement prévu que seules les mesures ayant une conséquence directe pour l'assuré soient visibles lorsque le dispensateur de soins fait l'objet d'une recherche sur le site web de l'INAMI."[9]
(soulignement par l'Autorité)

18. Interrogé par l'Autorité sur la portée du terme 'actuellement' dans l'Exposé des motifs (et le risque de *function creep*[10]), le demandeur répond ce qui suit : *"En ce qui concerne le terme 'actuellement' : cela veut simplement dire que cette modification ne prévoit que ce changement. Il n'y a pas encore de projets pour publier davantage. Le terme peut simplement être supprimé sans que cela ne change quelque chose au contenu."*
L'Autorité prend acte du fait que le terme 'actuellement' sera supprimé.

PAR CES MOTIFS

l'Autorité,

souligne le fait que les conditions et les règles relatives à l'octroi du numéro INAMI ne peuvent pas être définies par le Comité de l'assurance (points 6 à 8 inclus) ;

estime qu'au minimum les modifications suivantes s'imposent dans l'avant-projet :

- reprendre l'objectif de la publication prévue à l'article 218, § 2 de la loi SSI (points 12-15) ;
- reprendre les modalités de la publication prévue à l'article 218, § 2 de la loi SSI (point 16) ;
- supprimer le terme 'actuellement' de l'Exposé des motifs (point 18).

Pour le Service d'Autorisation et d'Avis,
Alexandra Jaspar, Directrice

[9] Voir l'Exposé des motifs, p. 53.

[10] C'est-à-dire l'extension de la finalité du traitement à un niveau tel que la protection en vertu du RGPD est totalement vidée de sa substance.

Autorité de protection des données
Gegevensbeschermingsautoriteit

Avis standard n° 65/2023 du 24 mars 2023
Version mise à jour en séance du 29 septembre 2023

Objet: Avis standard relatif à la rédaction des textes normatifs

Le Centre de Connaissances de l'Autorité de protection des données (ci-après « l'Autorité »),
Présent.e.s : Mesdames Cédrine Morlière, Nathalie Ragheno et Griet Verhenneman et Messieurs Yves-Alexandre de Montjoye, Bart Preneel et Gert Vermeulen;

Vu la loi du 3 décembre 2017 *portant création de l'Autorité de protection des données*, en particulier les articles 23 et 26 (ci-après « LCA »);

Vu l'article 25, alinéa 3, de la LCA selon lequel les décisions du Centre de Connaissances sont adoptées à la majorité des voix ;

Vu le règlement (UE) 2016/679 *du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE* (ci-après « RGPD »);

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (ci-après « LTD »);

émet, le 24 mars 2023, l'avis standard suivant :

I. PORTÉE ET CONTEXTE DU PRÉSENT AVIS

1. Compte tenu du nombre exceptionnellement élevé de demandes d'avis dont l'Autorité est saisie et faute de disposer de moyens humains suffisants, l'Autorité n'est momentanément pas en mesure de procéder à un examen de toutes les demandes d'avis qu'elle reçoit. Lorsque le demandeur n'indique pas que le projet soumis pourrait occasionner des risques élevés pour les droits et libertés des personnes concernées et lorsque les réponses fournies par celui-ci dans le formulaire ne permettent pas non plus de déduire que de tels risques existeraient, l'Autorité peut décider de se référer au présent avis standard relatif à la rédaction des textes normatif[1].

2. Cet avis général rappelle les exigences principales auxquelles toute norme qui encadre des traitements de données à caractère personnel doit répondre. Il demeure par conséquent valable dans toutes les hypothèses de rédaction de textes normatifs. Il incombe à l'auteur d'un projet de norme de veiller à ce que celui-ci réponde effectivement aux exigences de qualité de la loi qui s'imposent en vertu du RGPD, lu en combinaison avec la Constitution, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après « la CEDH »).

II. RÉDACTION DES TEXTES NORMATIFS ET PROTECTION DES DONNÉES

A. Quant à l'exigence de nécessité et proportionnalité des traitements de données qui sont encadrés par le projet

3. L'Autorité rappelle que tout traitement de données à caractère personnel constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée et le droit à la protection des données à caractère personnel. Une telle ingérence n'est admissible que pour autant qu'elle soit nécessaire et proportionnée à l'objectif légitime poursuivi.

4. Pour rappel, un traitement de données à caractère personnel est considéré comme étant nécessaire s'il constitue la mesure la moins attentatoire pour atteindre l'objectif légitime qu'il

[1] L'Autorité doit procéder à des choix stratégiques, compte tenu de ses missions en vertu du RGPD, des moyens dont elle dispose et des principes figurant dans le RGPD (comme le principe de l'approche basée sur les risques et le principe de 'responsabilité'). C'est la raison pour laquelle elle analyse d'abord les demandes d'avis, qui lui sont soumises en vertu de l'article 23 de la LCA et/ou de l'article 36.4 du RGPD, uniquement sur la base du formulaire.
Ce n'est que dans les cas où les réponses fournies dans le formulaire contiennent des indices sérieux que le projet de texte normatif implique un risque élevé que l'Autorité procède systématiquement à une analyse du projet de texte normatif proprement dit et émet concrètement un avis.
Dans les autres cas, et compte-tenu du flux de dossiers, l'Autorité ne procède pas à une analyse du texte du projet de texte normatif et communique les présentes lignes directrices générales. Il appartient au demandeur de s'assurer concrètement que le projet qu'il rédige répond effectivement aux exigences de qualité de la loi qui s'imposent en vertu du RGPD, de la Constitution, de la Charte des droits fondamentaux et de la CEDH.

poursuit. L'auteur d'un texte normatif doit dès lors s'assurer qu'il n'y a pas d'autres mesures moins attentatoires aux droits et libertés des personnes concernées qui permettent d'atteindre l'objectif poursuivi. Il faut donc que le traitement de données envisagé permette effectivement d'atteindre l'objectif poursuivi (critère d'efficacité), mais également qu'il constitue la mesure la moins intrusive dans les droits et libertés des personnes concernées (critère de nécessité au sens strict). Concrètement, cela signifie que s'il est possible d'atteindre l'objectif recherché au moyen d'une mesure moins intrusive pour le droit au respect de la vie privée ou le droit à la protection des données à caractère personnel, le traitement de données initialement envisagé ne pourra pas être mis en place.

5. Si la nécessité du traitement de données à caractère personnel est établie, il faut encore que l'auteur du texte normatif s'assure que celui-ci est bien proportionné (au sens strict) à l'objectif qu'il poursuit, c'est-à-dire qu'il faut qu'il existe un juste équilibre entre les différents intérêts en présence, droits et libertés des personnes concernées. En d'autres termes, il faut qu'il y ait un équilibre entre l'ingérence dans le droit au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel et l'objectif que poursuit – et permet effectivement d'atteindre – ce traitement. Les avantages qui découlent du traitement de données en question doivent donc être plus importants que les inconvénients qu'il génère pour les personnes concernées (critère de proportionnalité au sens strict).

6. L'Autorité attire l'attention des auteurs de textes normatifs sur l'obligation de s'assurer que les traitements de données à caractère personnel encadrés par leurs projets ou qui seront mis en place en exécution de ceux-ci s'avèrent effectivement nécessaires et proportionnés à l'objectif poursuivi.

B. Quant à l'exigence de prévisibilité des traitements de données à caractère personnel

7. En outre, l'Autorité rappelle que chaque traitement de données à caractère personnel doit disposer d'une base juridique ou de légitimité figurant à l'article 6.1 du RGPD. Les traitements de données qui sont instaurés par une mesure normative sont presque toujours basés sur l'article 6.1, point c) ou e) du RGPD[2].

8. En vertu de l'article 22 de la Constitution, de l'article 8 de la CEDH et de l'article 6.3 du RGPD, de tels traitements doivent être prévus par une réglementation claire et précise, dont l'application doit

[2] Article 6.1 du RGPD : "*Le traitement n'est licite que si, et dans la mesure où, au moins une des conditions suivantes est remplie : (...)*
c) le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ; (...)
e) le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement ; (...)".

être prévisible pour les personnes concernées[3]. En d'autres termes, la règlementation qui encadre ou dont la mise en œuvre implique des traitements de données doit répondre aux exigences de prévisibilité et de précision, de telle sorte qu'à sa lecture, les personnes concernées peuvent entrevoir clairement les traitements qui seront faits de leurs données et les circonstances dans lesquelles ces traitements sont autorisés.

9. Toutefois, cela ne signifie pas que chaque traitement de données doit être encadré par une norme *spécifique* régissant explicitement l'ensemble des sujets de protection des données dans son contexte. En effet, dans certains cas, la prévisibilité d'un traitement de données à caractère personnel qui est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public pourra être assurée par la norme qui attribue cette mission au responsable du traitement et le RGPD (le cas échéant lus en combinaison avec d'autres normes également d'application).

10. La question se pose dès lors de savoir quand et dans quelle mesure un encadrement normatif *spécifique* est nécessaire. S'il n'y a pas de règle absolue ou de formule mathématique permettant de déterminer avec certitude quand il y a lieu de prévoir une norme spécifique pour assurer l'encadrement d'un traitement de données à caractère personnel nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public, et ce, en vue d'en assurer la prévisibilité, l'Autorité donne ci-dessous des indications à ce propos.

11. L'article 6.2 du RGPD prévoit que « *les États membres peuvent maintenir ou introduire des dispositions plus spécifiques pour adapter l'application des règles du présent règlement pour ce qui est du traitement dans le but de respecter le paragraphe 1, points c) et e), en déterminant plus précisément les exigences spécifiques applicables au traitement ainsi que d'autres mesures visant à garantir un traitement licite et loyal, y compris dans d'autres situations particulières de traitement comme le prévoit le chapitre IX* » .

12. Le considérant 10 du RGPD, qui est relatif à l'article 6.2 du RGPD, précise que « *parallèlement à la législation générale et horizontale relative à la protection des données mettant en œuvre la directive 95/46/CE, il existe, dans les Etats membres, plusieurs législations sectorielles spécifiques dans des domaines qui requièrent des dispositions plus précises. Le présent règlement laisse aussi aux Etats membres une marge de manœuvre pour préciser des règles, y compris en ce qui concerne le traitement de catégories particulières de données à caractère personnel. A cet égard, le présent règlement n'exclut pas que le droit des Etats membres précise les circonstances des situations particulières de traitement y compris en fixant de manière plus précise les conditions dans lesquelles le traitement de données à caractère personnel est licite* » (c'est l'Autorité qui souligne).

[3] Voir également le considérant 41 du RGPD.

13. De plus, le RGPD renvoie également, à plusieurs reprises, au droit national, que ce soit pour exiger un encadrement spécifique pour certains traitements de données à caractère personnel ou pour imposer l'adoption de mesures appropriées et spécifiques pour sauvegarder les droits fondamentaux et les intérêts des personnes concernées[4].

14. L'Autorité identifie, notamment, trois situations dans lesquelles une norme nationale doit encadrer spécifiquement des traitements de données à caractère personnel :

- lorsqu'il est n'est pas suffisant de renvoyer au libellé de **la norme attribuant une mission de service public pour assurer** la prévisibilité du traitement ; et/ou lorsqu'il y a lieu de **prévoir des garanties spécifiques** pour préserver les droits et libertés des personnes concernées ;

- lorsqu'il est nécessaire de créer un traitement obligatoire de données à caractère personnel au sens de l'article art. 6.1.c RGPD. À ce propos, l'Autorité relève que la norme qui impose l'obligation légale doit, d'une part, spécifier la finalité concrète pour laquelle le traitement de données obligatoire doit être réalisé et, d'autre part, être claire et précise, de telle sorte que le responsable du traitement ne doit, en principe, pas avoir de marge d'appréciation quant à la façon de réaliser le traitement de données à caractère personnel nécessaire au respect de son obligation légale[5].

- lorsque le RGPD ou la LTD impose l'adoption d'une telle norme spécifique d'encadrement de traitement de données à caractère personnel, par exemple, pour prévoir des mesures spécifiques de sauvegarde pour les droits et libertés des personnes concernées. Ainsi par exemple, le RGPD impose une telle norme spécifique dans deux hypothèses, à savoir (1) lorsqu'il est envisagé d'encadrer des traitements portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel au sens de l'article 9 du RGPD (données relatives à l'origine raciale, données relatives à la santé, …), ou encore au sens de l'article 10 du RGPD (données relatives à des condamnations, …) et lorsqu'il est envisagé de prévoir dans ce cadre des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts des personnes concernées ou encore (2) lorsqu'il y a lieu de concilier dans une norme

[4] C'est le cas, par exemple, pour les traitements portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel au sens de l'article 9 du RGPD (données relatives à l'origine raciale, données relatives à la santé, …) qui sont nécessaires à l'exécution des obligations des responsables du traitement en matière de droit du travail ou encore des traitements portant sur ces données qui sont nécessaires pour des motifs d'intérêt public important.
[5] Groupe de travail « Article 29 », *Avis 06/2014 sur la notion d'intérêt légitime poursuivi par le responsable du traitement des données au sens de l'article 7 de la directive 95/46/CE*, p. 22. L'Autorité rappelle qu'en tout état de cause, malgré une telle absence de marge d'appréciation, il incombe toujours au responsable du traitement de veiller à la conformité du traitement concerné à l'obligation en cause ainsi qu'au RGPD.

législative le droit d'accès du public aux documents officiels et le droit à la protection des données à caractère personnel (art. 86 RGDP).

15. Dans ce contexte, même si tout traitement de données à caractère personnel constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel, chacun de ces traitements (et donc toute ingérence dans le droit à la vie privée) ne doit, par conséquent, pas nécessairement être *spécifiquement* encadré par une norme de droit interne (comme par exemple, un chapitre spécifique consacré aux traitements de données à caractère personnel).

16. Pour ce qui est des traitements de données nécessaires à l'exécution d'une mission d'intérêt public, l'Autorité relève que, pour autant que les missions de service public (qui nécessitent la réalisation de traitement de données à caractère personnel) soient décrites et délimitées par le législateur de manière telle que les finalités de ces traitements puissent être considérées comme déterminées et explicites, et hormis les circonstances spécifiques décrites au § 14, il n'est pas systématiquement nécessaire d'encadrer *spécifiquement* ces traitements de données. En effet, sous cette condition, le RGPD peut, dans certains cas, suffire à encadrer lesdits traitements de données, notamment en l'absence de risque spécifique pour les droits et libertés des personnes concernées.

17. L'Autorité invite donc l'auteur d'un texte normatif à s'assurer que son projet répond bien à l'exigence de prévisibilité, de telle sorte qu'à sa lecture, éventuellement combinée à la lecture du cadre normatif pertinent, les personnes concernées soient en mesure d'entrevoir clairement les traitements qui seront faits de leurs données et les circonstances dans lesquelles ces traitements sont autorisés.

Pour le Centre de Connaissances,
Cédrine Morlière - Directrice du Centre de Connaissances