

AVANT-PROJET DE LOI-CADRE

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

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

« 7° vérifie, 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, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et vérifie en même temps 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 apparaît que l'objectif budgétaire annuel global de l'exercice budgétaire en cours est susceptible d'être dépassé ; »

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 :

« 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

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° verifieert, 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 meerjarencader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 1, eerste lid, en verifieert tezelfdertijd 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 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:

“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

mission visée à l'article 39, alinéa 1er, et avec la traject 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. Dans l'article 18/2, § 1^{er}, de la même loi, l'alinéa 3, inséré par la loi du 6 novembre 2023, est remplacé par ce qui suit :

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

Art. X+3. A 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 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 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 de l'objectif budgétaire partiel pour

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.”

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

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

Art. X+3. 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 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 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 overschrijding geraamd wordt van de

lequel la Commission d'accords est compétente, est estimé. »

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

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

« Le Ministre peut adresser au plus tard le 20 juillet au Comité de l'assurance une lettre de mission du Conseil des ministres relative à la proposition de budget pour l'année suivante visée à l'alinéa 4. La lettre de mission est, le cas échéant, 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 « au Conseil général » ;

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

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

« Compte tenu de la proposition de budget du Comité de l'assurance et compte tenu des avis sur cette proposition de la Commission de contrôle budgétaire et de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé, ainsi que des estimations techniques révisées visées à l'article 38, alinéa 6, le Ministre peut soumettre, 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 avant le troisième lundi d'octobre. ».

partiële begrotingsdoelstelling waarvoor de akkoordencommissie bevoegd is.”.

Art. X+4. 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 kan het Verzekeringscomité op uiterlijk 20 juli een opdrachtbrief van de Ministerraad bezorgen met betrekking tot het 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, kan 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 voorleggen aan de Ministerraad, goed te keuren door de Ministerraad voor de derde maandag van oktober.”.

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

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

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

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 ».

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

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

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

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

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

« Des commissions d'accords »

Art. 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 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

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

« Les accords prévus à l'article 42 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé (et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6°bis, 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° 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 ; 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.

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

Afdeling X+1 – Akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen

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

“Akkoordencommissies”.

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:

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 tandheekundigen in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheekundigen-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

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. »

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. 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 :

« Des accords ».

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. Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et d'autre part, les médecins, les

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

“Akkoorden”.

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. 42. Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen

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.

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. 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 :

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

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^{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

eensdeels, en de artsen, de tandheelkundigen, de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de orthopedisch technologen, de opticiens, de audiciens, de verstrekkers van implantaten en de in artikel 34, 11°, 12° en 18° bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij akkoorden geregeld.

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

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

Art. X+10. 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. X+11. Artikel 43 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 22 februari 1998, wordt opgeheven.

Art. X+12. 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

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 planteurs potentiels sur le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La marge de délivrance couvre également l'achat, la gestion du stock, la stérilité et la délivrance de ces implants et dispositifs médicaux invasifs ainsi que, conformément aux exigences légales, la dispensation et la surveillance du trajet parcouru par ces implants et dispositifs médicaux invasifs.

§ 2. En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent, pour les frais de déplacement, un montant forfaitaire que les personnes visées au § 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.

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.

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 lorsque la nomenclature pour certaines prestations n'a plus été réévaluée depuis si longtemps que le remboursement est devenu obsolète. »

Art. X+13. Dans le Titre III, Chapitre V, Section I^{re}, de la même loi, l'intitulé du point C est remplacé par ce qui suit :

« Des accords avec les établissements hospitaliers ».

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

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

Art. 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° 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 » ;

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 de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat de vergoeding achterhaald is."

Art. X+13. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt C vervangen als volgt:

"Akkoorden met de verplegingsinrichtingen".

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+15. 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. 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:

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° 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. X+17. Dans le Titre III, Chapitre V, Section I^{re}, de la même loi, l'intitulé du point E est remplacé par ce qui suit :

« De l'accord avec les pharmaciens ».

Art. 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 1^{er}, 5° et 5°bis, dispensées par les pharmaciens. »

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. Dans le Titre III, Chapitre V, de la même loi, l'intitulé de la section II est abrogé.

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. § 1^{er}. Tout accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes accords peuvent également

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

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

Art. X+17. In Titel III, Hoofdstuk V, Afdeling I van dezelfde wet, wordt het opschrift van punt E vervangen als volgt:

“Akkoord met de apothekers”.

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+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+20. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt het opschrift van afdeling II opgeheven.

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

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.

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° 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 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.

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 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, 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.

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 cette convention, cet accord ou cette adhésion.

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. 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 au paragraphe 6.

§ 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

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 207bis door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.

§ 2. 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 paragraaf 6.

§ 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

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, 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 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.

§ 4. 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 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.

§ 5. 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

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, 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 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.

§ 4. 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 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.

§ 5. 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

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.

§ 6. Les procédures et les mécanismes de correction fixés dans le présent article s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1^{er}, 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 §§ 1^{er} à 6 ne s'appliquent pas aux accords conclus avec les fournisseurs d'implants. »

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. § 1^{er}. 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

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.

§ 6. 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 §§ 1 tot 6 zijn niet van toepassing op akkoorden gesloten met verstrekkers van implantaten."

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

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.

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.

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.

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 :

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 meerjarencader toevoegen aan het akkoord.

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.

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.

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^{er}. Le Service des soins de santé notifie aux dispensateurs de soins concernés le texte des accords approuvés par le Comité de l'assurance visés à l'article 42 ou les documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre, 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. 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

“Art. 51/1. § 1. De Dienst voor geneeskundige verzorging brengt aan de betrokken zorgverleners de tekst van de door het Verzekeringscomité goedgekeurde akkoorden, bedoeld in artikel 42, of van de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde 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

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.

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 Comité de l'assurance et le Conseil général ou quarante-cinq jours après l'envoi des documents établis par le Comité de l'assurance ou le Ministre qui les concernent, sauf si plus de 40 p.c. des dispensateurs de soins ont notifié leur refus d'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.

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 toetredende zorgverleners, vijfenveertig dagen na de verzending van de tekst van de door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad goedgekeurde akkoorden of vijfenveertig dagen na de verzending van de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde documenten die op hen betrekking hebben, behoudens indien meer dan 40 percent van de zorgverleners 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-

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'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.

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. 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'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.

Néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles, le Comité de l'assurance peut accepter 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

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 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."

Art. X+25. 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.

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

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

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 trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours ».

Art. X+26. 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. 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.

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. 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 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 voorzitter van de akkoordencommissie roept de commissie uiterlijk drie maanden voor de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.”

Art. X+26. 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.

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 toegetreten 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. X+27. In dezelfde wet wordt een artikel 51/4 ingevoegd, luidende:

“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

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'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.

Les accords ne peuvent prévoir d'autres motifs de dénonciation que ceux prévus par ou en vertu de la loi.

Une organisation représentative qui souhaite invoquer une dénonciation en informe le président de la commission d'accord par lettre recommandée à la poste dans un délai de 15 jours après qu'une des situations précitées 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

maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 50 en 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.

De akkoorden kunnen geen andere gronden voor opzegging voorzien dan deze die zijn voorzien door of krachtens de wet.

Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen deelt dit met een ter post aangetekende zending aan de voorzitter van de akkoordencommissie mee binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties 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

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

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

wordt gevonden, neemt het akkoord van rechtswege een einde na 30 dagen, mits op voornoemde vergadering waarop de Minister werd uitgenodigd een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zorgverleners de opzegging bevestigt.

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

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

Art. 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

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, 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 dues en vertu de l'article 37.

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. 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.

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. 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 sont publiés sur le site internet de l'Institut et au Moniteur belge. L'Institut publie

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, 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 verzekeringstegemoetkomingen.

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. 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.

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."

Art. X+29. 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 worden gepubliceerd op de website van het Instituut en in het Belgisch

également sur son site internet un texte coordonné des accords. »

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 :

« Conséquences d'une adhésion ou d'un refus d'adhésion aux accords ».

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

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

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

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

« Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des accords visés à l'article 42 ou des documents visés à l'article 51 , entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou un document ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et 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. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux accords ou documents selon la procédure mentionnée à

Staatsblad. Het Instituut publiceert op zijn website ook een gecoördineerde tekst van de akkoorden.”

Art. X+30. In Titel III, Hoofdstuk V, van dezelfde wet wordt na artikel 51/6 een afdeling III/1 ingevoegd, luidende:

“Gevolgen van toetreding of weigering van toetreding tot de akkoorden”.

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:

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

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

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

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

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

l'article 51/1 sont réputés avoir adhéré de plein droit à ces accords ou documents, pour l'entièreté de leur activité professionnelle.

§ 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. 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 36bis, en ce qui concerne l'accréditation des dentistes et la prime de qualité pour les kinésithérapeutes, 36sexies, 36octies, 36undecies et 36quinquiesdecies de la présente loi et dans l'article 59quater de la loi-programme du 2 janvier 2001, ne sont octroyées qu'aux dispensateurs de soins qui ont adhéré aux accords ou documents les concernant en s'engageant à garantir la sécurité tarifaire. »

Art. X+34. Dans l'article 37sexies de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 5 et 6 :

« Est également considéré comme une intervention personnelle, le montant des tarifs indicatifs. »

Art. X+35. La section X+1 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028.

Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1^{er}.

artikel 51/1 vermelde procedure, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden of documenten te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit.

§ 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. 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 36bis, wat betreft de accreditering van tandartsen en de kwaliteitspremie voor kinesitherapeuten, 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."

Art. X+34. In artikel 37sexies van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023, wordt tussen het vijfde en het zesde lid een lid ingevoegd, luidende:

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

Art. X+35. Afdeling X+1 treedt in werking op 1 januari 2028.

De Koning kan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid.

Section X+2 – Définitions

Afdeling X+2 – Definities

Art. X+36. A 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. ».

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

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

Section X+4 – Représentation des entités fédérées dans les organes de gestion

Art. X+38. Dans l'article 15, alinéa 1^{er}, f), de la même loi, inséré par la loi du 6 novembre 2023, le mot « sept » est abrogé.

Art. 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 “richtttarieven”, 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.”

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

Art. X+37. Artikel 9bis 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 verzekeraarheid 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.”

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” opgeheven.

Art. X+39. A l'article 21 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées :

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

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

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

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

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

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

Art. X+40. A l'article 35, § 2, alinéa 1^{er}, 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 d'un mois, à moins que la demande ne fixe un délai différent dans lequel le conseil technique compétent formule une proposition. 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 remplacé par ce qui suit :

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

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

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

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

Afdeling 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 één maand, tenzij het verzoek een afwijkende termijn bepaalt waarbinnen de bevoegde technische raad een voorstel dient te formuleren. 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 vervangen als volgt:

« Si la proposition émane du Ministre, celui-ci peut, en dérogation à l'alinéa 1er, fixer lui-même le délai dans lequel le conseil technique compétent émet son avis. Cet avis est réputé donné s'il n'est pas formulé dans le délai fixé par le Ministre. »

“Indien het voorstel afkomstig is van de Minister kan hij in afwijking van het eerste lid zelf de termijn bepalen waarbinnen de bevoegde technische raad zijn advies dient uit te brengen. Dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de door de Minister bepaalde termijn.”

3° le 4° est abrogé.

3° de bepaling onder 4° wordt opgeheven.

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.

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.

Section X+6 – Suppléments d'honoraires

Afdeling X+6 – Ereloonsupplementen

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 :

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. Sous réserve des interdictions de suppléments par ou en vertu d'une loi, le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour les prestations qu'il désigne.

“§ 5. Onder voorbehoud van supplementenverboden door of krachtens een wet, kan de Koning voor de verstrekkingen die Hij aanduidt, het aanrekenen van supplementen beperken.

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.

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.

Les tarifs indicatifs ne sont pas considérés comme des suppléments. Ne sont pas non plus considérés comme un supplément la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs et le supplément facturé au bénéficiaire au titre de marge de sécurité, tel que visé à l'article 35septies/1, § 2, alinéa 2, 5°, et § 4, alinéa 2, dans la mesure où il y a eu effectivement intervention de

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

l'assurance obligatoire pour la prestation pour laquelle la marge de sécurité a été facturée.

voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.

Le Roi peut fixer un supplément maximal, notamment au moyen d'un montant maximal ou d'un pourcentage maximal du montant ou des honoraires servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Le supplément maximal peut différer selon la prestation ou le groupe de prestations qu'il désigne, et selon que bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital.

De Koning kan een maximumsupplement bepalen onder meer aan de hand van een maximumbedrag of een maximumpercentage op het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Het maximumsupplement kan verschillen naargelang de verstrekking of groep van verstrekkingen die Hij aanduidt, en naargelang de rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis.

À partir du 1^{er} janvier 2028, le supplément maximal est fixé :

Vanaf 1 januari 2028 wordt het maximumsupplement vastgesteld:

1° à 25 % du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé ambulatoires ;

1° op 25 % van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor ambulante verleende geneeskundige verstrekkingen;

2° à 125 % du montant ou de l'honoraire servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, pour les prestations de santé dispensées à un bénéficiaire admis à l'hôpital, y compris les bénéficiaires admis en hospitalisation de jour.

2° op 125 % van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, voor de geneeskundige verstrekkingen verleend aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

Le Roi peut fixer un supplément maximal différent pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne, ou exclure des prestations de santé de l'application du supplément maximal fixé à l'alinéa 4.

De Koning kan voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, een afwijkend maximumsupplement bepalen of geneeskundige verstrekkingen uitzonderen van de toepassing van het maximumsupplement vastgesteld in het vierde lid.

Le Roi peut limiter la facturation des suppléments pour la prestation de santé ou le groupe de prestations de santé qu'il désigne à une partie du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

De Koning kan het aanrekenen van supplementen voor de geneeskundige verstrekking of groep van geneeskundige verstrekkingen die Hij aanduidt, beperken tot een gedeelte van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming.

Pour les prestations qui font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et qui sont demandées et fournies en dehors des modalités fixées pour le remboursement, un montant peut être mis à charge du bénéficiaire ou de la personne couverte par un autre régime organisé par l'autorité qui prévoit une intervention dans les coûts, à la condition que ce montant ne dépasse pas le montant ou l'honoraire prévu par

Voor verstrekkingen die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en die worden aangevraagd en verricht buiten de voor terugbetaling vastgestelde modaliteiten, kan een bedrag ten laste worden gelegd van de rechthebbende of van de persoon gedekt door een ander door de overheid georganiseerd stelsel dat in een tussenkomst in de kosten voorziet, op

l'assurance obligatoire pour ladite prestation si elle avait été effectuée dans les modalités fixées pour le remboursement.

voorwaarde dat dit bedrag het bedrag of het honorarium dat door de verplichte verzekering voorzien is voor betrokken verstrekking als ze binnen de voor terugbetaling vastgestelde modaliteiten verrichte zou worden, niet overschrijdt.

Aux fins de l'application de l'alinéa 8, 'le montant ou l'honoraire prévu par l'assurance obligatoire' est considéré comme étant :

Voor de toepassing van het achtste lid wordt als 'het bedrag of honorarium voorzien door de verplichte verzekering' het volgende beschouwd:

1° pour les dispensateurs de soins ayant adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, majoré, le cas échéant, des tarifs indicatifs et, le cas échéant, la majoration en cas d'exigences particulières ;

1° voor zorgverleners toegetreden tot de akkoorden: het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming vermeerderd met, in voorkomend geval, de richttarieven en, in voorkomend geval, de toeslag ingeval van bijzondere eisen;

2° pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas adhéré aux accords : le montant ou l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance, le cas échéant, majoré du supplément maximal. »

2° voor zorgverleners die niet zijn toegetreden tot de akkoorden: het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming, in voorkomend geval, vermeerderd met, het maximumsupplement.”

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+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+44. À l'article 73, § 1^{er}/1, alinéa 1^{er}, 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+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+45. La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2028, à l'exception de l'article X+43, qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2025.

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.

Le Roi peut fixer pour chaque disposition une date d'entrée en vigueur antérieure à la date mentionnée à l'alinéa 1^{er}.

De Koning kan voor iedere bepaling ervan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het eerste lid.

Le supplément maximal et le montant maximal visés à l'article 35, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par l'article X+42 de la présente loi, s'appliquent

Het maximumsupplement en maximumbedragzoals bedoeld in artikel 35, §5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd door

aux prestations de santé dispensées à partir du 1^{er} janvier 2028, sauf si le Roi fixe une date d'entrée en vigueur antérieure.

artikel X+42 van deze wet, zijn van toepassing op geneeskundige verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2028, tenzij de Koning een vroegere datum van inwerkingtreding bepaalt.

Section X+7 – Financement des organisations professionnelles représentatives

Art. X+46. L'article 36nonies de la même loi, inséré par la loi du 22 décembre 2003 et modifié par la loi du 11 août 2017, est complété par la phrase suivante :

« L'intervention financière 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. »

Art. X+47. La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

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

Art. X+48. L'article 53, § 1^{er}, 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 1^{er} juillet 2015 pour les infirmiers dans le cadre du régime du tiers payant, et le 1^{er} juillet 2026 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 1^{er} janvier 2029, de la possibilité d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales donnant lieu à une intervention de l'assurance. Tous les dispensateurs de soins disposeront aussi, au plus tard le 1^{er} janvier 2029, de tous les services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. L'obligation visée à l'alinéa 2 d'attester ou de facturer électroniquement aux organismes assureurs les prestations médicales

Afdeling X+7 – Financiering representatieve beroepsorganisaties

Art. X+46. Artikel 36nonies van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt aangevuld met de volgende zin:

“De financiële tegemoetkoming 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.”

Art. X+47. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 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 juli 2026 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

prendra effet au plus tard le 1^{er} janvier 2030 pour tous les dispensateurs de soins. Au 1^{er} janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d'utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. Le Roi peut prévoir des exceptions. »

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 ne peut attester des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance que par la remise au bénéficiaire ou, en cas d'application du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, d'une attestation de soins donnés ou d'une attestation de fournitures ou d'un document équivalent, ou au moyen du transfert de données électronique à l'organisme assureur 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 numéro visé à l'alinéa 1^{er} peut également être utilisé aux fins prévues par la présente loi coordonnée ou en vertu de celle-ci.

Le Roi peut fixer des modalités relatives à l'attribution, à l'utilisation et au retrait du numéro INAMI visé à l'alinéa 1^{er}. »

Section X+10 – Evaluation et contrôle médicaux

Art. X+50. 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

électroniquement attester ou facturer à des assurances sociales. Au 1^{er} janvier 2030, il deviendra aussi obligatoire pour tous les dispensateurs de soins d'utiliser les autres services électroniques pour consulter des données auprès des organismes assureurs et échanger des données avec ceux-ci dans le cadre des interventions de l'assurance. Le Roi peut prévoir des exceptions. »

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 door middel van de uitreiking aan de rechthebbende of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, van getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of gelijkwaardige documenten of door middel van de elektronische gegevensoverdracht aan de verzekeringsinstelling 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.

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 regels bepalen inzake de uitreiking, het gebruik en de intrekking van het RIZIV-nummer zoals bedoeld in het eerste lid.”

Afdeling X+10 – Geneeskundige evaluatie en controle

Art. X+50. 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

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 73bis 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+51. L'article 73, § 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, est complété par un alinéa, rédigé comme suit :

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

Art. X+52. A l'article 73bis, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 30 octobre 2018, le 1^o est complété par les mots « ou durant une période de suspension du numéro Inami ».

Art. X+53. Dans l'article 142 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 6 novembre 2023, il est inséré un §1^{er}/1, rédigé comme suit :

« §1^{er}/1. Dans les cas prévus à l'article 144, § 2, 1^o, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent imposer la suspension du numéro Inami comme alternative à l'amende administrative.

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

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. 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+51. Artikel 73, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 mei 2022, wordt aangevuld met een lid, luidende:

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

Art. X+52. In artikel 73bis, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 30 oktober 2018, wordt de bepaling onder 1^o aangevuld met de woorden "of gedurende een periode van opschorting van het RIZIV-nummer".

Art. X+53. In artikel 142 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 6 november 2023, wordt een §1/1 ingevoegd, luidende:

"§ 1/1. In de gevallen voorzien in artikel 144, § 2, 1^o, op vraag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, kunnen de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep een opschorting van het RIZIV-nummer opleggen als alternatief op de administratieve geldboete.

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 gespecificeerd in de uitgesproken

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. »

Art. X+54. 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+55. A 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 73bis 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

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 eensluitend 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.”

Art. X+54. 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+55. 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 73bis 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,

plein droit jusqu'au moment où il est pourvu à leur remplacement ou leur renouvellement. »

automatisch verlengd totdat in hun vervanging of in hun herbenoeming is voorzien.”

Art. X+56. A l'article 153 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, les modifications suivantes sont apportées :

Art. X+56. In artikel 153 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 29 november 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

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

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

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

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

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

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

“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. X+57. A l'article 218, § 2, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

Art. X+57. In artikel 218, § 2, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd door de wet van 18 december 2016, wordt het eerste lid vervangen als volgt:

« 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

“Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van

liste contient les noms, prénoms, adresse(s) professionnelle(s) et situation d'adhésion aux accords. 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. »

Section X+11 – Responsabilisation financière des organismes assureurs

Art. X+58. A l'article 195, § 1^{er}, 2°, de la même loi, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9 :

« À partir de 2026, les organismes assureurs sont responsabilisés sur leurs frais d'administration relativement aux actions qu'ils auront menées chaque année pour maîtriser 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. »

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

Art. X+59. A l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, modifié en dernier lieu par la loi

het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, werkadres(sen) en toetredingssituatie aan de akkoorden. 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.”

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:

“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 algemene jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de gedeeltelijke 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”.

Hoofdstuk 1 - Wijzigingen van de programmawet (I) van 24 december 2002

Art. X+59. In artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002, laatstelijk gewijzigd bij de

du 21 décembre 2018, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 4 est complété par le 4°, rédigé comme suit :

« 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° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 4 et 5 :

« Dans le cadre des compétences visées aux alinéas 1^{er} 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 conjointement et peuvent utiliser ces résultats dans le cadre de leurs compétences de contrôle respectives. »

wet van 21 december 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het vierde lid wordt aangevuld met de bepaling onder 4°, luidende:

“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.”

2° tussen het vierde en het vijfde lid wordt een lid ingevoegd, luidende :

“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 gezamenlijk optreden en deze resultaten kunnen gebruiken in het kader van hun respectievelijke controlebevoegdheden.”