

SAMENVATTING VAN DE BREUKLIJNEN IN HET VOORONTWERP VAN HET KADERWET INGEDIEND OP HET KABINET VAN MINISTER VANDEBROUCKE OP 20 JUNI 2025

Inbreuken op het overlegmodel

In de Memorie van Toelichting van het wetsontwerp worden vele zaken voorgesteld als ‘louter verduidelijken’ van de huidige wet en/of als gelijktrekken van de regeling voor alle sectoren (artsen, tandartsen, kiné, enz.). Het mag echter duidelijk zijn dat het ontwerp veel verder gaat dan dat: de facto komt het erop neer dat de overheid inbreekt in het overlegstelsel.

Ten eerste wordt er ingebroken in het begrotingsproces. Enerzijds kan het CGV in het begin van het proces (juli) belast worden met een opdrachtbrief vanuit de ministerraad. Anderzijds kan er op het einde van het proces (oktober) zelfs een begroting vanuit de ministerraad opgelegd worden. (Art. X +4). Wij begrijpen uiteraard dat de overheid wil voorkomen dat een budget ontspoord maar volstaat het dan niet zaken in de wet in te schrijven die dat kunnen voorkomen? Nu schrijft men in de wet in dat de invulling van het budget (de inhoud dus) door de overheid gebeurt, terwijl de kennis van de noden toch op het veld ligt.

→ Wij stellen dus voor om enkel controlemechanismen in te bouwen.

Ten tweede worden de overlegorganen van het RIZIV soms gewoon gepasseerd, zie de TGR in het kader van aanpassingen van de nomenclatuur. Art. X + 40. Dit gaat ons inziens veel te ver en staat ook niet in het regeerakkoord.

→ Wij dringen erop aan dat dit geschrapt zou worden.

Ten derde wordt de filosofie van het conventiesysteem (vrije keuze om al of niet toe te treden) op de helling gezet. Ja, op papier heeft een individuele zorgverlener nog de vrije keuze om wel of niet toe te treden maar de facto is dat niet zo wegens de verhoogde dreiging van het invoeren van maximum honoraria (het gaat om veel meer hypothesen dan vroeger en er staat nu niet meer ‘de Koning KAN’ maar ‘de Koning STELT’, het zal dus een veel reëlere kans worden dan vroeger toen het slechts zelden gebeurde). Art. X + 28 §2.

Het systeem van dergelijke maximum honoraria zal ertoe leiden dat bij onvoldoende conventiepercentage zowel wie niet toetrad tot het nieuwe akkoord afgestraft wordt (hij is niet toegetreden en moet toch opgelegde honoraria respecteren) als wie wel toetrad tot dat akkoord afgestraft wordt (hij krijgt geen sociaal statuut).

→ Daarom stellen wij bij wijze van alternatief drie andere scenario's voor:

1. Indien er geen akkoord komt, goedgekeurd wordt of door 60% aanvaard wordt, zijn de tarieven vrij en wordt bij KB enkel de verzekeringstegemoetkoming vastgelegd
2. Indien er geen akkoord komt, goedgekeurd wordt of door 60% aanvaard wordt, legt de minister een document voor met tarieven waarop de artsen ja of nee kunnen zeggen om toe te treden en deze fase is finaal, d.w.z. ongeacht het percentage dat toetreedt is deze fase bindend om te bepalen wie wel/niet geconventioneerd is.
3. Het opleggen van maximumtarieven mag enkel als ultimatum remedium worden toegestaan, zoals ook door de minister zelf herhaaldelijk is bevestigd in zijn antwoorden op veel gestelde vragen.

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/een-voorontwerp-van-wet-over-hervormingen-de-gezondheidszorg-veel-gehoorde-vragen>: “Het is pas indien dit niet lukt in het Verzekeringscomité, dat de minister aan zet komt. Hij krijgt dan eveneens een maand de tijd (deze termijn wordt nu duidelijk vastgelegd) om een voorstel voor te leggen aan de individuele artsen. Indien meer dan 40 procent van de artsen dit voorstel niet wil volgen, is het in laatste instantie aan de regering (de wet spreekt dan over ‘de Koning’) om de tarieven te bepalen. Dat is vandaag ook het geval: niets nieuws onder de zon dus...”

Ten vierde wordt het principe van vrij een conventie te kunnen onderhandelen voor de vertegenwoordigers van de zorgverleners ondergraven door een dreiging met een automatisch verlies van de index. Het wetsontwerp voorziet immers in een automatisme dat de index verloren gaat indien er geen akkoord komt of wordt goedgekeurd (><in de huidige wet is dat automatisme niet voorzien en kan die index behouden blijven). Art. X + 28 §3. Dit is een soort zwaard van Damocles dat vrij onderhandelen onmogelijk maakt.

- Dergelijk mechanisme is ook niet voorzien in het regeerakkoord.
Wij verzoeken dus om het te schrappen.

Ten vijfde worden de mogelijkheden om het akkoord op te zeggen beperkt t.o.v. vroeger. Een akkoordencommissie zal er volgens het wetsontwerp zelf geen meer kunnen bepalen in het akkoord dat ze sluit. Art. X + 27 lid 3. Nochtans kan dit erg nuttig zijn, gezien elke sector zijn eigenheid heeft.

- Het is ook een punt dat niet voorzien is in het regeerakkoord.
Wij verzoeken dus om het te schrappen.

Beperking van de keuzes inzake conventie

Het wetsontwerp wil de partiële conventie afschaffen (MvT afdeling X +1).

De redenen die aangehaald worden voor de afschaffing zijn tweërlei. Zo horen we vaak de ronde doen dat artsen op de ene locatie (ziekenhuis) geconventioneerd zouden werken en op de andere locatie (privé-praktijk) alleen gedeconventioneerd. We willen erop wijzen dat er in het akkoord artsen-ziekenfondsen grendels staan die dit niet toelaten. Volgens punt 7.3.2.2.3 moet men op beide locaties beide mogelijkheden bieden. Een ander veel gehoord argument is dat het niet duidelijk zou zijn voor de patiënten wanneer iemand wel/niet aan conventietarief werkt. Nochtans bevat de wetgeving nu al vele verplichtingen op dat vlak.

Er mag wat ons betreft strenger op deze verplichtingen gecontroleerd worden (= alternatief), maar we willen niet dat het kind weggegooid wordt met het badwater. We wijzen er ook op dat voor universitaire werkzame voltijdse artsen (VMS) deconventie niet mogelijk is; ze hebben enkel de mogelijkheid tot partiële deconventie. Dit is de manier voor patiënten om een privé-afpraak te krijgen bij een universitair werkzaam staflid. Het wegvallen van de privé-afspraken in universitaire ziekenhuizen zou dus een verarming zijn van het zorgaanbod.

Dit punt is ten slotte niet voorzien in het regeerakkoord. We verzoeken dus om de schrapping ervan.

Bepalingen om de conventiegraad te verhogen

De regeringsverklaring bepaalt dat er initiatieven nodig zijn om de conventiegraad te verhogen. Daar zijn we het mee eens maar dat moet dan wel via het juiste instrument gebeuren, met name het RIZIV-sociaal statuut. Dat werd net ingevoerd met dit doel en dus moet er via deze weg gewerkt worden.

Andere premies (bv. de geïntegreerde praktijkpremie) mogen echter niet aan al of niet conventioneren gekoppeld worden, want zij hebben een ander doel (digitalisering bevorderen). Nochtans doet het wetsontwerp dit laatste. Art. X + 33.

We willen erop wijzen dat de koppeling van premies aan het conventiestatuut énkél een gevolg zal hebben voor de huisartsen (geïntegreerde praktijkpremie, GMD-starterspremie, tegemoetkoming zorgcontinuïteit/Tegemoetkoming praktijkbeheer) en dat de huisartsen nu reeds voor meer dan 90% geconventioneerd zijn. De conventiegraad zal door deze maatregel dus niet wijzigen.

Bovendien wordt de vrijheid om al dan niet te conventioneren – die volgens de minister voor àlle artsen gegarandeerd blijft – voor huisartsen in de praktijk onmogelijk wegens financiële gevolgen.

cf. Veel gehoorde vragen: Zorgverleners kunnen vandaag kiezen om toe te treden tot een conventie, of niet. Die individuele vrijheid wordt niet in vraag gesteld. Conventionering blijft een individuele keuze en zal niet worden opgelegd.

Ook de financiering van de artsensyndicaten wil het ontwerp koppelen aan de conventiegraad. Art. X + 46. De reden die men daarvoor opgeeft is dat het ook in andere sectoren zo is (kiné, vroedvrouwen, etc.) en men het wil gelijktrekken. Maar dat is appels met peren vergelijken, want in die andere sectoren zijn er geen verkiezingen en bij de artsen wél. Nu hangt het variabel deel van onze financiering af van het resultaat van die verkiezingen en zolang die verkiezingen blijven bestaan, is het logisch dat dit zo blijft.

Als men toch persé koppeling aan de conventiegraad wil, stellen we voor om het variabel deel in twee stukken te kappen: het ene deel blijft los staan van de conventiegraad en blijft afhangen van de verkiezingen, het andere deel kan dan aan de conventiegraad gekoppeld worden. Het totale deel dat variabel is mag echter niet verhoogd worden in vergelijking met zoals het nu is.

Beperking via KB van de ereloonsupplementen

Het wetsontwerp bevat maximumpercentages die bij KB opgelegd kunnen worden zowel in het ziekenhuis als ambulant.

De bevoegdheid om bijkomende beperkingen op ereloonsupplementen op te leggen – zelfs vóór 1 januari 2028 – mag in geen geval bij koninklijk besluit worden toegekend en dient daarom expliciet uit de hervormingswet te worden geschrapt. Het invoeren van dergelijke beperkingen kan enkel via een formele wetswijziging, voorafgegaan door gestructureerd overleg met de vertegenwoordigers van de artsen en met volledige parlementaire betrokkenheid en inspraak. Art. X + 42 e.v.

De regeringsverklaring zegt hier ook enkel iets over in het luik ziekenhuiszorg, dus niet voor ambulante zorg. De vermelding omtrent de ambulante sector dient dus zeker geschrapt te worden uit het wetsontwerp. Of als dat tocht niet zou gebeuren, moet er minstens voor een gelijk speelveld gezorgd worden tussen de ziekenhuis- en de ambulante sector.

Deze materie moet ook in een groter geheel bekeken worden met de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering, waarbij ook een oplossing gevonden wordt voor honoraria die op zich niet kostendekkend zijn binnen art. 35§4. We stellen dan ook voor dat het supplementenverhaal niet naar voor getrokken wordt en uit het wetsontwerp gehaald wordt en als samenhangend geheel besproken wordt (nomenclatuur, art 35§4, ziekenhuisfinanciering).

In afwachting kan er wel al aan bestaande excessen gewerkt worden. Excessen zijn onverantwoorde outliers.

De minister heeft in dat kader al opdrachten gegeven aan de NPCAZ en aan de ad-hoc groep ZH-hervorming. In deze organen werden al initiatieven ontwikkeld (o.a. de bevrozing van supplementen). Deze organen hebben ruime expertise bewezen en kunnen hierin tot oplossingen te komen.

Het bepalen van een vaste inwerkingtredingsdatum op 1 januari 2028 is niet verantwoord zolang er op dat ogenblik geen aantoonbare vooruitgang is geboekt inzake de noodzakelijke flankerende maatregelen, zoals de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur, de invoering van co-governance, de aanpak van de pseudocodes en de praktijktoelage.

Voorstel tot wetswijziging:

De datum van inwerkingtreding wordt bepaald bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, en kan ten vroegste op 1 januari 2028 worden vastgesteld. De mogelijkheid om een vroegere inwerkingtreding bij afzonderlijk koninklijk besluit te voorzien, dient te worden geschrapt.

Intrekken van het RIZIV-nummer

Het wetsontwerp voorziet in de mogelijkheid om via KB motieven “andere dan handhaving” te bepalen om een RIZIV-nummer in te trekken. Art. X+49. Daarnaast voorziet het wetsontwerp ook in de mogelijkheid dat de DGEC het RIZIV-nummer schorst (i.p.v. een administratieve boete op te leggen). Art. X + 50.