

Geschiedenis van de NCGZ onderhandelingen 2016-2017

ARTSEN-ZIEKENFONDSEN: HOE GERAKEN WE DE PATSTELLING VOORBIJ ?

De betrekkingen tussen artsen en ziekenfondsen staan op gespannen voet. Het woord vertrouwensbreuk wordt regelmatig in de mond genomen. Het einde van het bestaande akkoord wordt aangekondigd. Sommigen hebben het zelfs over het einde van het overlegmodel.

Er hangt duidelijk turbulentie in de lucht. Deze wordt veroorzaakt door een permanente besparingscadans - met beperkte groeivoorzichten naar de toekomst-, een ambitieuze hervormingsagenda van de regering (ziekenhuisfinanciering, beroepenwetgeving, redesign,...), de discussies over de hoogte van supplementaire honoraria.

Al deze elementen zetten druk op het overlegmodel. De weg naar de toekomst wordt onzeker.

De uitspraak dat de sterkte van een overlegsysteem wordt gemeten aan de wijze waarop oplossingen uit de crisis kunnen worden gevonden blijft zonder meer geldig.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 is gebaseerd op een aantal uitgangspunten: centrale rol van de huisarts, geïntegreerde zorgaanpak, continuïteit van de zorg verzekeren, doelmatige zorg en toegankelijke zorg. In juni jl. werd door het CIN een visienota 2030 voorgelegd. Hierover bestaat bij sommige artsenorganisaties weinig enthousiasme.

Uit de gesprekken van de afgelopen weken heb ik kunnen vaststellen dat er wel eensgezindheid bestaat over de behoefte om in de komende weken een traject uit te stippelen met duidelijke doelstellingen. Een status quo is voor niemand een optie.

De vraag rijst of men in de komende weken, in nauw overleg met de regering, in staat is te komen tot een "pact" tussen artsen en ziekenfondsen waarin een referentiekader wordt vastgelegd voor de komende jaren, zowel procedureel als inhoudelijk. Hierbij moet een antwoord worden gevonden op de rechtmatige verzuchtingen van alle partijen.

REFERENTIEKADER OVERLEG ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

1. Respect voor de timing van de uitvoering van de akkoorden

Bij herhaling werd vastgesteld dat de vertaling van afspraken die in de NCAZ en in het verzekeringscomité werden gemaakt in concrete besluiten een ruim tijdsbeslag inneemt. Een vereenvoudiging van de procedures dringt zich op. Hierbij kan gedacht worden aan formules waarbij de adviezen geacht gegeven te zijn geweest na een periode van x dagen.

2. Indexering

De indexpunctie waartoe door de Regering werd beslist bedraagt 1,67 %. Er blijft een massa van 72,2 mio te verdelen.

Lineair of selectief ? Voor te behouden voor 'intellectuele' verstrekkingen ? Heroriënteren (bijvoorbeeld via schrappen gereserveerde bedragen/positieve maatregelen en gedifferentieerd) ? Moet er geïndexeerd worden ? Moeten bepaalde nieuwe initiatieven prioritair worden gerealiseerd ?

Zou het bestaande kader met betrekking tot de indexering van de verstrekkingen moeten worden aangepast ? Op welke wijze ?

3. Bijzondere werven:

3.1. Ziekenhuishervorming

Welk governance model qua betrokkenheid artsen moet worden tot stand gebracht op het niveau van de klinische netwerken ?

3.2. Nomenclatuur

Welk standpunt heeft de NCAZ over een heroriëntering van de nomenclatuur ? Over welke basisprincipes kan een overeenstemming worden bereikt ? Welke partners moeten hierbij worden betrokken ? Hoe kunnen de onderlinge verschillen tussen de honoraria van de verschillende artsengroepen, die als onrechtvaardig worden gevoeld, worden verkleind ?

3.3. Kwaliteitsbeleid en doelmatige zorg

Het huidige akkoord bevat een aantal verbintenissen inzake de heroriëntering van het systeem van accreditering (270 mio eur). Kan dit systeem worden omgeturnd tot een systeem pay for quality (zie o.m. rémunération sur objectifs de santé publique) ?

Onredelijke praktijkvariaties en volumeverschillen moeten worden teruggedrongen.

In het plan handhaving wordt de ontwikkeling van een systematische audit van de ziekenhuizen in het vooruitzicht gesteld, gebaseerd op principes van tegensprekelijkheid met ziekenhuisdirecties en medische raden en desgevallend uitmondend in actieplannen. Kan hier snel mee van start worden gegaan ?

Kunnen naast de prioritaire domeinen die in het plan handhaving en doelmatige zorg werden opgenomen (antibiotica, polymedicatie, medische beeldvorming,...) nog andere domeinen worden geïdentificeerd?

3.4. Gegevensuitwisseling

De transmissie van geanonimiseerde klinische gegevens is een basiselement bij een modern beheer van de verzekering geneeskundige verzorging. Welke afspraken moeten worden gemaakt over het gebruik van de gegevens ?

Anderzijds moet ook de discussie over de aan de ziekenfondsen aan te leveren informatie van supplementaire honoraria in het ambulante milieu worden beslecht.

3.5. Supplementaire honoraria

Tegen eind december zal het IMA een analyse aanleveren over de toegepaste supplementaire honoraria in ziekenhuizen (met opsplitsing per discipline, conventiestatus). Op basis van de betrokken analyse zal het debat in de medicomut worden verdergezet.

Voor het einde van het jaar moet overeenkomstig het akkoord een kader worden vastgesteld ivm de voorafgaandelijke raming van de kosten bij ziekenhuisverblijf ("devis")

3.6 eGezondheid

Welke initiatieven kunnen worden genomen om proces te versnellen?

3.7 Redesign

Kan er overeenstemming worden bekomen over een grondplan van een vereenvoudigd overlegmodel over de verschillende federale overheidsinstanties heen ?

4. Het overlegmodel

Vanuit de vaststelling dat de groei van de uitgaven de komende jaren aan sterke beperkingen zal onderworpen blijven en belangrijke hervormingen op stapel staan is het uiteraard van het grootste belang dat de gesprekspartners in het overleg een toegevoegde waarde terugvinden.

Enkele vragen:

- kan de begrotingsprocedure worden verbeterd teneinde een meer transversaal overleg te stimuleren ?
- kunnen afspraken worden gemaakt over de verhouding van de verzekeringsinstellingen ten opzichte van medico-sociale structuren ?
- wat is de essentie van een akkoord? hoe kan de conventiegraad worden verbeterd ? Is een grotere flexibiliteit mogelijk?
- quid sociaal statuut ?



Brussel, 16.11.2016

Aan de Heer Jo De Cock,
Voorzitter Nationale Commissie Artsen-
Ziekenfondsen
RIZIV
Tervurenlaan 211

1150 Brussel

Geachte Heer Voorzitter,

Betreft: Doc. NCAZ 2016/119 d.d. 07.11.2016 Referentiekader overleg artsen- ziekenfondsen

Hierbij enkele bemerkingen bij het door U geschetste referentiekader.

Ad 1. Respect voor de uitvoering van de akkoorden

U wijst terecht op de te grote tijdsduur tussen de afspraken die in de NCAZ worden gemaakt en de realisatie ervan. Het is vb. niet aanvaardbaar dat concreet uitgewerkte dossiers van bijna twee jaar geleden nog niet gerealiseerd zijn.

Bij wijze van voorbeeld nog resterende items uit het punt 4.2.8. van het akkoord van 22.12.2014:

“Punt 4.2.8. Volgende positieve maatregelen, die reeds in de TGR werden besproken, zullen zo snel mogelijk worden doorgevoerd:

- digitalisering mammografieën (8,5 mio euro);*
- testen klinische biologie Mycobacterium tuberculosis (0,029 mio euro);*
- herwaardering honoraria neuropediatrie (1,190 mio euro);*
- herwaardering raadpleging neurologie (1,610 mio euro);*
- opheffing cumulverbod toezicht in G - dienst en kleine ingrepen (1,178 mio euro);*
- opwaarderen bezoek specialist patiënt in RVT op verzoek huisarts (0,316 mio euro);*
- problematiek van living donor (0,263 mio euro)”.*

Het is een goed idee te werken met de formule waarbij de adviezen geacht worden te zijn gegeven na een periode van x dagen. Tenminste als daarmee niet alleen de interne RIZIV adviezen, maar vooral (ook) de externe adviezen worden mee bedoeld (inspecteur van financiën, minister van begroting) samen met een snelle procedure door de Raad van State.

Zo niet is er geen invloed op de snel- of traagheid van publicatie in het Belgisch Staatsblad.

Ad 2. Indexering

De resterende indexmassa **moet lineair verdeeld worden.**

Er valt een verschil op van € 0,8705 miljoen tussen de 2/3^{den} besparing van de index (pagina 19 van DOC NCAZ 2016/116) voor een bedrag van € 146,183 miljoen en de aangegeven resterende indexmassa van € 72,2 miljoen (pagina 27 van DOC NCAZ 2016/116).

Het is meer dan tijd om af te stappen van de term “intellectuele verstrekkingen”. We kunnen het decennia durende gebruik van dit, voor anesthesisten, chirurgen, klinisch biologen, radiologen, patholoog anatomen alfabetisch tot en met de urologen, beledigend woordgebruik ook omdraaien. Welke “intellectuelen” onder ons schrijven niet adequaat medische beeldvorming, klinische biologie, pathologische anatomie, et cetera voor? Kunnen huisartsen EBM bij voorbeeld verklaren dat ze 41 % van alle CT 's voorschrijven? Dat een Belgische huisarts vele keren meer klinische biologie voorschrijft dan zijn Nederlandse collega, met een toch vergelijkbare bevolkingssamenstelling?

Er moet jaarlijks lineair geïndexeerd worden. De NCAZ heeft de voorbije jaren een aantal medisch technische verstrekkingen selectief niet of minder dan de overige verstrekkingen geïndexeerd, oplopend tot een maximum indexverschil van ruim 9% terwijl de personeelskosten slechts een indexsprong van 2 % kenden en de materiaal en infrastructuurkosten voluit de index bleven toepassen.

De medicomut is bevoegd om bepaalde nieuwe initiatieven prioritair te realiseren. Op dit ogenblik zou de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT, voor Down screening) in aanmerking kunnen komen om opgenomen te worden in de nomenclatuur van artikel 33bis.

Er moet een wettelijk kader worden gecreëerd dat de indexering van de honoraria automatisch toepast op het ogenblik dat de spilindex wordt overschreden. Vandaag loopt de indexering – als hij al wordt toegekend – altijd één jaar achter op de indexering van het personeel dat de artsen tewerkstellen.

Ad 3. Bijzondere wensen:

3. 1. Ziekenhuishervorming

De medische raden of een delegatie van die medische raden van de ziekenhuizen die betrokken worden bij een klinisch netwerk, alsook hun bevoegdheden moeten een wettelijke verankering krijgen.

Bovendien moet er een wettelijk initiatief worden genomen om de toepassing van artikel 155 §1 3° en van artikel 155§1 juncto §4 van de ziekenhuiswet strikter te omschrijven. Vandaag is het legio dat ziekenhuizen, onder de mom van hun structurele onderfinanciering, misbruik maken van de niet precies geformuleerde wetsartikelen en onterecht kosten afwentelen op de artsenhonoraria.

Artsen aangeduid door de medische raad – of uit een koepel van medische raden bij een netwerk – moeten mee in de raad van bestuur en in de directie zetelen. De verplichting moet ingevoerd worden dat de voorstellen van de medische raad worden onderzoeken en/of verwezenlijkt.

3.2. Nomenclatuur

De NCAZ moet werken aan een herziening van de nomenclatuur, gebaseerd op parameters als uitvoeringsduur van de handeling, opleidingsduur om de handeling kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren, complexiteit van de handelingen, risico 's die er aan verbonden zijn. Minister De Block heeft hiertoe een initiatief genomen en een opdracht gegeven aan de KU Leuven, maar de BVAS wordt daar niet bij betrokken.

Er wordt al vele jaren herijkt, onder meer via het selectief toekennen van de index.

Vandaag is het niet het moment de nomenclatuur te herijken. De minister werkt volop aan de herziening van de ziekenhuisfinanciering. Terzelfdertijd de nomenclatuur herijken zou nutteloos werk zijn. Minister De Block heeft in deze context trouwens opdracht geven aan de groep Pirson – Leclercq (ÉSP-ULB) om te onderzoeken wat de kost is van medische prestaties in groep van laagvariabele pathologieclusters in de ziekenhuizen.

Als partner worden hierbij de verschillende beroepsverenigingen van artsen-specialisten van het Verbond van Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten betrokken (VBS).

3.3. Kwaliteitsbeleid en doelmatige zorg

De administratie heeft het al moeilijk om de het huidige accrediteringssysteem correct op te volgen. Een heroriëntering van het systeem van accreditering naar een systeem van pay for quality kan een mooie theoretische droom zijn, maar zal de administratieve belasting voor zowel de artsen als voor de RIZIV-administratie explosief doen toenemen.

Net zoals bij het Franse “rémunération sur objectifs de santé publique” zullen ook in ons systeem slechts enkele specialismen kunnen gevat worden. Lang niet alle artsen werken immers in een “kabinet (indicateurs d'organisation du cabinet) en lang niet alle artsen kunnen via klassieke kwaliteitsindicatoren gevolgd worden zoals de follow – up van chronische patiënten, preventie en efficiëntie.

Het Franse model is zeker niet efficiënter dan het Belgische.

Bovendien wordt in de conceptnota voor de hervorming van KB78 het “bijhouden van een portfolio” voor de artsen mogelijks gekoppeld met het elektronisch systeem van accreditering door het RIZIV georganiseerd. Indien de inhoud van het accrediteringssysteem fundamenteel wijzigt, impliceert dit een dubbele accreditering voor de artsen, hetgeen uiteraard niet wenselijk is.

Als er onredelijke praktijkvariaties en volumeverschillen worden vastgesteld door de mutualiteiten dan moeten zij die situaties objectief onderzoeken en de nodige acties ondernemen.

Een systematische audit van alle ziekenhuizen in de context van het plan handhaving lijkt ons een brug te ver. Er zijn al NIAZ, JCI en tal van interne audits in de context van kwaliteitsbevordering en – instandhouding. De Gemeenschappen hebben ook controlemogelijkheden. Als er daar bovenop nog een systematische audit van de ziekenhuizen zou komen door de Dienst geneeskundige evaluatie en controle of een analoog ervan, dan is de tijdsinvestering niet meer te overzien wat de kwaliteit van de patiëntenzorg zal schaden.

Dergelijke systematische audits zijn niet nodig om actieplannen te realiseren

Bij het plan handhaving en doelmatige zorg wordt alleen de mogelijkheid van “te veel” of niet adequaat gebruik vermeld: antibiotica, polymedicatie, medische beeldvorming,.... Er zijn ook

domeinen te identificeren waar ondergebruik wordt vastgesteld, vb. doorligwonden in ziekenhuisverband, betere zorg bij cerebrovasculaire accidenten, geestelijke gezondheidszorg,

3.4. Gegevensuitwisseling

Bij de transmissie van geanonimiseerde klinische gegevens is een basiselement de vertrouwelijkheid. Het is onaanvaardbaar dat verzekeraars de diagnoses van patiënten krijgen. De scheiding tussen medische gegevens en verzekering moet sluitend zijn.

Toestemming tot het delen van gegevens moet op een duidelijk verstaanbare manier aan patiënten worden meegedeeld, en niet op een tersluikse manier.

3.5. Suppletaire honoraria

De eventuele discussie over de aan de ziekenfondsen aan te leveren informatie van suppletaire honoraria in het ambulante milieu past in het geheel van het debat over vrije honoraria dat beschreven is in punt 4.3. van het akkoord van 22.12.2015.

Als sommige partners menen dat vrije honoraria niet meer kunnen (cf. CM-voorzitter Luc Van Gorp in Knack 31.08.2016, blz. 65: *‘Hij stelt ook voor om deconverntionering te verbieden. “Artsen en specialisten die een beroep willen doen op een terugbetaling door het RIZIV en dus een RIZIV-nummer krijgen, zouden moeten worden verplicht om zich te houden aan de afgesproken tarieven.” ‘* dan houdt het akkoordensysteem op te bestaan.

3.6 eGezondheid

Welke initiatieven kunnen worden genomen om proces te versnellen?

- Meer tijd en energie (en dus geld) investeren in opleiding en snellere en adequatere controle op de kwaliteit en het up-to-date zijn van de software programma's. Ook van de apothekers wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen.
- Het sneller ter beschikking stellen van betrouwbare, gemakkelijk raadpleegbare en continu ge-update referentie databanken.
- Een duidelijkere en uniforme wetgeving inzake de bewijslast van het elektronisch handtekenen.
- Een financiële vergoeding voor de administratieve bijkomende last voor de zorgberoepsbeoefenaars.
- En dit alles zowel voor specialisten als huisartsen

3.7 Redesign

De 6^{de} staathervorming heeft vereenvoudiging onmogelijk gemaakt.

Overeenstemming vinden over een grondplan van een vereenvoudigd overlegmodel over de verschillende federale overheidsinstanties heen moet mogelijk zijn en is ten eerste wenselijk. Maar de meeste plannen tot vereenvoudiging leiden tot nog meer complexiteit.

Bij de redesign binnen de bestaande RIZIV-structuren doet de BVAS met aandrang twee voorstellen die een wetwijziging vereisen:

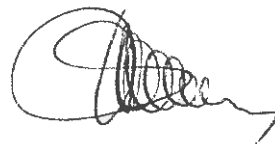
- Democratisering van het Verzekeringscomité, door bij stemming een meerderheid te eisen zowel op de bank van de zorgverleners als op de bank van de verzekeraars.
- Vermits de mutualiteiten in grote mate ook zorgverstrekkers zijn (ziekenhuisbeheer, apotheken, leveranciers van bandagisterie en die meer) horen zij in de Algemene Raad van het RIZIV thuis op de bank van de zorgverstrekkers, met andere woorden zonder stemrecht. De logica van de ziekteverzekeringswet is dat de betalers van het systeem stemrecht hebben. De VI 's behoren tot de verbruikers zoals de artsen, apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten Het wordt tijd dat deze wettelijke anomalie wordt rechtgezet.

4. Het overlegmodel

Antwoorden bij enkele van de vragen:

- *“kan de begrotingsprocedure worden verbeterd teneinde een meer transversaal overleg te stimuleren?”* Cf. Redesign
- *“wat is de essentie van een akkoord?”* Betrouwbaarheid. Tijdige uitvoering van wat overeengekomen.
- *« hoe kan de conventiegraad worden verbeterd? »* Door hogere realistische en correcte honoraria vast te stellen.
- *« is een grotere flexibiliteit mogelijk? »* Er moet een tweede niveau van medico-mutualistische overeenkomst komen. Alles wat mogelijk is in één enkel stelsel vatten is niet meer mogelijk. Zo niet zullen alsmaar meer prestaties buiten de verzekerde korf vallen.
- *“quid sociaal statuut ?”* Is te hoog geworden. De afstraffing bij de gedeeltelijke toetreding moet teruggedraaid worden. Die afstraffing is mede de oorzaak van het stijgend aantal deconventies. De koppeling van het sociaal statuut aan de minimumactiviteitsgraad is een zware vergissing die contraproductief is zowel voor de artsen als voor de RIZIV-administratie. Het KB moet ingetrokken worden of de toepassing minstens uitgesteld totdat een aantal problemen zijn uitgeklaard.

Met de meeste hoogachting,



Dr. Marc Moens,
Voorzitter BVAS.

Brussel, 12.01.2017

Aan de Heer Jo De Cock,
Voorzitter Nationale Commissie Artsen –
Ziekenfondsen,
RIZIV,
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Aangetekend

Geachte Heer Voorzitter,

In het voorjaar 2016 werd onder uw voorzitterschap een Task Force opgericht na een budgetcontrole van de regering. Die Task Force besliste onder meer om € 31,7 miljoen te besparen in de medische honoraria. De Technisch geneeskundige raad en de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen realiseerden deze besparing op de honoraria selectief.

Met het Doc. NCAZ CNMM 2016/89 werd de Nationale Commissie Artsen- Ziekenfondsen er d.d. 26.09.2016 op gewezen dat de technische ramingen (HTR 2016/05) de doelstelling 2016 met € 79,35 miljoen zouden overschrijden, rekening houdend met zowel de positieve als de negatieve gereserveerde bedragen (cf. tabel 1.4. op pagina 2). Hieraan kwam de Nationale Commissie Artsen- Ziekenfondsen tegemoet door meerdere positieve ontwerpen uit te stellen. Deze twee besparingsronden komen overeen met de inlevering van een derde van de indexmassa.

Het begrotingsconclaaf van september en oktober 2016 besliste om bovenop het te realiseren bedrag van € 673 miljoen besparingen, bijkomende besparingsmaatregelen te nemen ten belope van € 229 miljoen binnen of buiten het begrotingsobjectief (cf. nota ARGV 2016/083, pag. 2).

In die context heeft het de regering behaagd om bovenop de maatregelen die in de Task Force waren afgesproken, bovenop de maatregelen die de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen bijkomend nam in september 2016, en bovenop de terugbetaling van de geraamde overschrijding van de uitgaven 2015 voor klinische biologie en radiologie, toch nog bijkomend een belangrijk bedrag te besparen in de sector van de artsenhonoraria, met name een bedrag overeenkomstig met een bijkomend derde van de index.

Wat de artsenhonoraria betreft was daar nochtans volgens het *“Koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan”* geen enkele reden toe (cf. Nota CBC 2016/286 d.d. 07.12.2016).

Om desalniettemin deze bijkomende, eenzijdige besparing door de regering te realiseren wordt door de programmawet van 25.12.2016 met zijn artikel 16 het volgende ingevoerd: *“In afwijking van artikel 6 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt de indexering van de honoraria, de toelagen, de tegemoetkomingen en de andere bedragen die door de Koning in toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vastgesteld, voor het jaar 2017 begrensd tot 0,83%.”*

De BVAS raad van bestuur heeft in zijn vergadering van 11.01.2017 de bekendmaking van de programmawet van 25.12.2016 in het Belgisch Staatsblad van 29.12.2016 vastgesteld alsmede de publicatie tussen 20.12.2016 en 23.12.2016 van de omzendbrieven VI op de RIZIV website met de nieuwe tarieven. Gelet op deze vaststelling heeft de raad van bestuur van de BVAS met unanimité volgende beslissing genomen:

Conform het artikel 13.1.2.4. van het nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen van 22.12.2015 roept de BVAS als representatieve organisatie op basis van artikel 13.1.2.1. de ontbinding van rechtswege in van voornoemd akkoord.

De BVAS wijst tevens op de in punt 13.1.2.6 van het akkoord voorziene waarborg in verband met de voordelen van het sociaal statuut.

We vestigen er tenslotte uw aandacht op dat zowel in de vergadering van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen, als in het Verzekeringscomité als in de Algemene Raad de BVAS bij herhaling mondeling heeft meegedeeld dat ze niet akkoord gaat met de eenzijdige besparingsmaatregelen die de overheid heeft opgelegd aan de medische honoraria.

Met de meeste hoogachting,



Dr. Marc Moens,
Voorzitter.

Doc. NCAZ 2017/3

Op 5 januari en 12 januari 2017 heeft het Kartel resp. het BVAS een aangetekend schrijven toegestuurd aan de voorzitter van de NCAZ waarin zij, verwijzend naar punt 13.1.2.1. van het nationaal akkoord artsen ziekenfondsen van 22 december 2015, de ontbinding van rechtswege van het akkoord betekenen met ingang van 28 januari 2017. Zij zijn immers van oordeel dat artikel 16 van de programmawet van 25 december 2016 een maatregel in de zin van punt 13.1.2.1. uitmaakt.

Artikel 16 van de programmawet van 25 december 2016 luidt als volgt: "In afwijking van artikel 6 van het Koninklijk Besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt de indexering van de honoraria, de toelagen, de tegemoetkomingen en de andere bedragen die door de Koning in toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vastgesteld, voor het jaar 2017 begrensd tot 0,83%."

Volgens punt 13.1.2.1. is het voornoemde nationaal akkoord van rechtswege ontbonden van zodra volgende situatie ontstaat: "De bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van besparingsmaatregelen die eenzijdig door de regering worden vastgesteld ten aanzien van het huidig begrotingskader, de besparingen en correctiemaatregelen vermeld in het akkoord uitgezonderd."

Hierbij is voorzien dat in dat geval de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeenroept, waarop de Minister wordt uitgenodigd.

Er wordt niet ontkend dat de wetgeving voor de artsen en andere zorgverleners geen recht op indexering heeft ingevoerd.

Op de vergadering van 25 januari 2017 is gebleken dat beide partijen belang hechten aan het verderzetten van het overleg.

De NCAZ heeft beslist een zgn. clock stop toe te passen van een periode van één maand, met ingang van 26 januari 2017. Deze clock stop doet geen afbreuk aan de eis tot ontbinding voor zover van de regering binnen de 30 dagen geen afdoend antwoord zou worden bekomen op de fundamentele bekommernissen die aan de grondslag liggen van dit verzoek.

Deze fundamentele bekommernissen hebben enerzijds te maken met de eerbiediging van afgesloten akkoorden, zonder afbreuk te doen aan de wettelijk voorziene correctiemaatregelen, en met de aanpassing van een aantal procedures en het wettelijk kader waarbinnen akkoorden worden afgesloten en anderzijds met de uitdrukkelijke wens om een gezamenlijke oplossing te vinden op een aantal belangrijke en principiële domeinen.

De NCAZ acht het in die context bovendien noodzakelijk te beklemtonen dat, in het vooruitzicht van het afsluiten van toekomstige akkoorden, een correct en stabiel financieel kader wordt tot stand gebracht op basis van een gedeelde visie. De NCAZ verzekert evenwel dat zij alle maatregelen zal nemen die toelaten de op die wijze tot stand gekomen partiële begrotingsdoelstellingen na te leven. Zij is ook bereid in de komende jaren een aantal herschikkingen door te voeren die mogelijk maken dat medische innovatie in de nomenclatuur kan worden opgenomen. Verder pleit zij voor een verdere uitbreiding van het GMD zodat de centrale rol van de huisarts wordt versterkt, met respect van de keuzevrijheid van de patiënt. Tenslotte zal zij, nog meer dan in het verleden, inzetten op de doelmatigheid van de zorg zodat het aanbod beter kan afgestemd worden op de reële noden.

De NCAZ heeft de elementen van een afsprakenkader opgelijst dat moet leiden tot het doorbreken van de bestaande impasse en het herstel van het vertrouwen. Dit afsprakenkader is als bijlage bij deze nota gevoegd. Het heeft tot doel een grotere stabiliteit voor alle partijen tot stand te brengen en de tariefzekerheid maximaal te vrijwaren. Kernbegrippen voor dergelijk kader zijn: transparantie, redelijkheid, flexibiliteit, continuïteit, verantwoordelijkheid, wederzijds vertrouwen en, last but not least, de gehechtheid aan een gezondheidssysteem gebaseerd op een overlegmodel met als basiswaarden solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit.

De NCAZ wenst over dit afsprakenkader met de regering en met de Minister van sociale zaken en volksgezondheid zo snel mogelijk in overleg te treden en formele afspraken te maken. Zij beschouwt dit als een noodzakelijke voorwaarde om het vertrouwen tussen alle partijen te herstellen. Gelet op wat voorafgaat wenst zij zo snel mogelijk in kennis te worden gesteld van hun bereidheid terzake.

ONTWERP AFSPRAKENKADER

1. De NCAZ wenst dat op korte termijn een aantal wetgevende initiatieven zouden worden goedgekeurd, onder meer op volgende domeinen:
 - de reglementaire en administratieve procedures met het oog op een snellere uitvoering van de in de akkoorden opgenomen nomenclatuurmaatregelen;
 - de aanpassing van het meerderheidsquorum vereist bij de stemming in het verzekeringscomité, door de invoering van een paritaire meerderheid in het kader van de procedure voorzien in art. 39 GVVU-wet en in geval van uitvoering van de afgesloten akkoorden;
 - de verduidelijking van de wettelijke bepalingen met betrekking tot de opzegging of ontbinding van de akkoorden;
 - het verzekeren van een aangepaste betrokkenheid van vertegenwoordigers van de artsen bij een aantal procedures (bijv. uitwerking van revalidatieovereenkomsten)

2. De NCAZ wil in de komende maanden, samen met de regering en waar nodig met andere partners, principiële afspraken maken, waar mogelijk op basis van objectieve gegevens, over een aantal bijzonder complexe thema's ten einde het conventiesysteem te versterken, o.m.:
 - de eerbiedigende werking van exogene maatregelen ten aanzien van lopende akkoorden;
 - de krachtlijnen m.b.t. de herziening van de nomenclatuur zodat deze op termijn beter kan worden afgestemd op de reële behoeften en productiekosten en waarbij rekening wordt gehouden met op evidentie gebaseerde praktijkvoering zodat een aantal ongelijkheden kunnen worden weggewerkt;
 - de problematiek van de ereloonsupplementen, op basis van de uitgangspunten vervat in punt 4.3.3. en 4.3.4. van het nationaal akkoord artsen ziekenfondsen van 22 december 2015;

- het gebruik van klinische gegevens in het kader van de verzekering geneeskundige verzorging;
 - de hervorming van het systeem van accreditering overeenkomstig punt 6 van vernoemd akkoord en de uitwerking van een systeem van kwaliteitsfinanciering gebaseerd op duidelijke gezondheidsdoelstellingen;
 - het tot stand brengen van een structureel en toekomstgericht kader voor de organisatie, de werking en de financiering van de huisartsenwachtposten;
 - het versterken van het instrumentarium en het daadwerkelijk terugdringen van ongerechtvaardigde verstrekkingen;
 - de invoering van gelijkaardige overgangsmaatregelen als deze voorzien voor de invoering van het elektronisch medisch dossier bij de verdere uitrol van de roadmap eHealth;
 - een oplossing inzake de sociale voordelen voor artsen die na de wettelijke pensioenleeftijd hun praktijk verderzetten;
 - de versterking van de aantrekkelijkheid voor de toetreding tot de conventie;
 -
3. De Nationale commissie artsen-ziekenfondsen wenst dat bij de hervorming van de ziekenhuizen ten volle rekening zou worden gehouden met volgende principes:
- het waarborgen van een strategische en operationele betrokkenheid van artsen in de governance van de toekomstige ziekenhuisnetwerken;
 - het verduidelijken van het wettelijk kader van de afhoudingen van de artsenhonoraria in het ziekenhuismilieu.
4. De NCAZ verzoekt de Regering om de Minister van sociale zaken het mandaat te willen geven om over deze thematieken een overleg op te starten, zodat enerzijds op korte termijn een aantal vertrouwenwekkende

wettelijke en reglementaire maatregelen kunnen worden genomen en anderzijds binnen een periode van 6 maanden en vóór de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling voor 2018 een aantal fundamentele en transversale afspraken kunnen worden gemaakt met alle betrokken partijen.

5. Tijdens de vergadering is ook gebleken dat samen met alle betrokkenen een aanpassing van de regels inzake financiering van de representatieve artsenorganisaties en een wijziging van de reglementering inzake de organisatie van medische verkiezingen zou moeten worden onderzocht.

NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Besluit van de vergadering van 24/02/2017

De NCAZ heeft op 24 februari 2017, in aanwezigheid van de Minister, kennis genomen van het antwoord van de regering op de brief van 26 januari 2017 gericht aan de minister van sociale zaken en volksgezondheid waarin een afsprakenkader voor verder overleg met de regering werd voorgesteld.

Zij stelt vast dat de regering bereid is om over verschillende punten die hierin werden vermeld een overleg op te starten. De NCAZ zal dit overleg grondig voorbereiden. De verschillende partners zullen hieraan constructief meewerken.

Het is evenwel duidelijk dat dergelijk overleg verschillende weken of maanden in beslag zou nemen.

De NCAZ neemt kennis van het feit dat in de schoot van de regering de discussie werd aangevat om een aantal wettelijke en reglementaire bepalingen aan te passen. De NCAZ dringt erop aan om voor eind maart 2017 in kennis te worden gesteld van de betrokken teksten en van de voorziene procedure van goedkeuring.

Zij wenst tevens dat, met het oog op de rechtszekerheid voor de verzekerden en voor de zorgverleners, door de Algemene Raad van het Riziv, waarin ook de regering vertegenwoordigd is, in die periode uitspraak wordt gedaan over de verhouding tussen de akkoorden en overeenkomsten, waarvan de overeenstemming met de begroting werd vastgesteld, en de budgettaire imperatieven.

In afwachting hiervan zullen de artsenorganisaties de artsen oproepen om de bestaande tarieven verder toe te passen.

De NCAZ is bereid een overgangsakkoord af te sluiten tot 31 december 2017 wanneer voor eind maart 2017 de nodige waarborgen worden geboden over voornoemde punten. In dat geval zal ook het sociaal statuut voor het jaar 2017 worden toegekend aan de artsen die verbonden waren door het akkoord van 22 december 2015, die verder de geldende honoraria toepassen en die toetreden tot het nieuwe akkoord.



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
MAGGIE DE BLOCK

Doc. NCAZ 2017-06 bijlage

Aan de heer Jo De Cock
Voorzitter Nationale Commissie Artsen
Ziekenfondsen
Tervurenlaan 211

1150 Brussel

Uw kenmerk

Ons kenmerk

MDB/2017/BW/RDP/cw/545058

Bijlagen

Dossier behandeld door

Contact via

+32 (0) 2 528 69 00

Datum

Brussel, 24 FEB. 2017

Geachte heer voorzitter,

Op 26 januari jl. heb ik kennis genomen van de vraag van NCAZ om samen met de Regering een overleg op te starten over de elementen die werden vermeld in een ontwerp afsprakenkader.

Voor de Regering is het onontbeerlijk dat door alle partijen vertegenwoordigd in de NCAZ de noodzakelijke waarborgen worden gegeven om de verdere uitvoering van het afgesloten akkoord te verzekeren alvorens het gevraagde overleg aan te vatten.

Niettemin wenst de Regering reeds een algemene reactie te formuleren m.b.t. verschillende elementen vermeld in voornoemd afsprakenkader.

Wat punt 1 betreft kan ik u meedelen dat binnen de Regering de discussie werd aangevat om een aantal wetgevende bepalingen voor te bereiden die een antwoord zullen bieden op de geformuleerde aandachtspunten. In dit verband kan ik preciseren dat de akkoorden en overeenkomsten voortaan aan de Ministerraad worden meegedeeld, samen met het daaraan gehechte financiële schema. Deze wijziging heeft een dubbel doel, namelijk enerzijds het belang van de akkoorden te onderlijnen en anderzijds de procedure van budgettair en administratief toezicht zo snel mogelijk te laten verlopen. Deze maatregel zal voor alle zorgverleners van toepassing zijn. Tevens heb ik een K.B. voorbereid dat de stemmingsprocedure in het verzekeringscomité aanpast voor wat de procedure bedoeld in artikel 39 van de GVU-wet en de goedkeuring van de maatregelen die voortvloeien uit de overeenkomsten en akkoorden betreft. Ook dit betreft uiteraard alle zorgverleners.

Punt 2 van het afsprakenkader bevat een omlijsting van een groot aantal thema's.

Er is geen principieel beletsel om hierover in gesprek te treden. De Regering heeft mij belast het overleg terzake op gang te trekken voor zover de hogerbedoelde waarborgen worden gegeven.

Bovendien acht de Regering het noodzakelijk om over verschillende thema's over de nodige input te kunnen beschikken ten einde tot vruchtbare besprekingen te kunnen komen. Met dat doel wens ik volgende opmerkingen te formuleren waarover ik zo snel mogelijk een antwoord wens te bekomen.

Bestaat binnen de NCAZ een gemeenschappelijke visie over de krachtlijnen van de herziening van de nomenclatuur die toelaat de in het ontwerp afsprakenkader beoogde doelstellingen te bereiken ? Op welke vlakken bestaat overeenstemming en over welke elementen is er tussen de partijen een verschil van mening ?

Wat de problematiek van de ereloonsupplementen betreft werd in het akkoord een studie in het vooruitzicht gesteld die werd uitgevoerd door het IMA. Het lijkt logisch dat ik snel kennis zou kunnen nemen van de resultaten van die analyse en van de reacties van de partijen.

Het gebruik van klinische gegevens in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging is een onderwerp dat werd opgenomen in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 dat werd goedgekeurd door de Algemene raad alsook in het pact dat ik met de verzekeringsinstellingen heb afgesloten. Hierin werd o.m. voorzien om op het document 'einde hospitalisatie' dat aan de adviserend geneesheren wordt meegedeeld de gecodeerde diagnosegegevens te vermelden. Kennelijk roept de uitvoering van deze maatregel een aantal vragen op. Het lijkt me evident dat de verwerking van de gegevens alle waarborgen moet bieden op het vlak van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Ik moedig alle initiatieven aan die de financiële middelen die thans aan het accrediteringssysteem worden besteed geheel of gedeeltelijk herschikken naar incentives die de kwaliteit van de zorg ten goede komen.

Tegen het einde van het jaar zal ik een K.B. uitwerken dat, rekening houdend met de resultaten van de audit, zal voorzien in een stabiel kader voor de huisartsenwachtposten.

Het terugdringen van ongerechtvaardigde verstrekkingen is een van de pijlers van voornoemd actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017. Uiteraard ben ik bereid mee te zoeken naar initiatieven die kunnen bijdragen om die doelstelling te realiseren. Er is geen beletsel om het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 verder te concretiseren en te versterken.

Ik heb geen bezwaar om bij de uitrol van het actieplan e-Gezondheid 2015-2018 een aantal realistische overgangsmaatregelen in te bouwen. Deze mogen evenwel niet leiden tot een afzwakking van de doelstellingen en van de afgesproken timing. Bovendien werd ik op de hoogte gesteld van het feit dat het verzekeringscomité op 13 maart e.k. over deze thematiek zal worden gevat.

Uiteraard verzet ik mij niet tegen een versterking van de attractiviteit van de akkoorden, ongeacht de leeftijd van de zorgverstrekkers. Evenwel moet ik erop wijzen dat de Regering hiervoor geen extra financiële middelen wil vrijmaken. Niets belet de NCAZ om binnen de partiële begrotingsdoelstelling over te gaan tot een aantal herschikkingen.

Inzake punt 3 wens ik erop te wijzen dat vertegenwoordigers van artsen en ziekenfondsen samen met de vertegenwoordigers van de ziekenhuisorganisaties nauw betrokken zijn bij de besprekingen over de hervorming van de ziekenhuissector. In dat kader zal met alle betrokkenen gezocht worden naar een vertrouwenwekkende governance structuur van de ziekenhuisnetwerken. Ook op dit vlak zal kortelings een wettelijk initiatief worden genomen.

Tenslotte zal ik op zeer korte termijn de vertegenwoordigers van de artsenorganisaties uitnodigen met het oog op de voorbereiding van de procedure van de medische verkiezingen in 2018.

Met de meeste hoogachting,

A handwritten signature in dark ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned to the left of the name 'Maggie De Block'.

Maggie De Block

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

ALGEMENE RAAD

Nota ARGV 2017/16

Brussel, 13-03-2017

BETREFT : Rechtszekerheid, akkoorden en overeenkomsten

INHOUD :

Inleiding

Op 24 februari jl. heeft de NCAZ kennis genomen van het antwoord van de Regering op een aantal bezorgdheden die op 26 januari 2017 werden overgemaakt.

Tijdens die vergadering werd ook de wens geuit om in de schoot van de Algemene Raad een debat te voeren over "de verhouding tussen akkoorden en overeenkomsten, waarvan de overeenstemming met de begroting werd vastgesteld, en de budgettaire imperatieven" ten einde tot meer rechtszekerheid te komen voor de verzekerden en de zorgverleners.

1. Algemeen

Het systeem van overeenkomsten en akkoorden vormt een van de pijlers van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging. Het basisobjectief ervan is de terugbetaling te vestigen op basis van afgesproken honoraria.

In het licht van de algemene rechtsbeginsel van rechtszekerheid is het wenselijk dat op twee domeinen de nodige klaarheid wordt verschaft: de wijziging door andere dan de contracterende partijen van de overeenkomsten en akkoorden tijdens hun looptijd enerzijds en de uitvoering van de overeenkomsten en akkoorden anderzijds

Over de juridische aard van deze overeenkomsten en akkoorden werden in het verleden reeds verschillende arresten geveld door de Raad van State (zie o.m. arresten van 11 oktober 1989, nr. 33.170; 14 mei 2007, nr. 171.148 en 28 juni 2010, nr. 205.919). Hierin werd gesteld dat deze betrokken rechtshandelingen niet als burgerlijke overeenkomsten kunnen worden beschouwd maar wel als reglementaire rechtshandelingen, die aanvechtbaar kunnen zijn voor de Raad van State, met als bijzonderheid dat dit niet belet dat zorgverleners kunnen weigeren dat deze bepalingen op hen worden toegepast.

De betrokken overeenkomsten en akkoorden treden in werking wanneer aan volgende voorwaarden is voldaan:

- de afwezigheid van verzet van de minister;
- de publicatie van de tekst in het Belgisch Staatsblad;
- de omstandigheid dat een bepaald percentage van de zorgverleners niet heeft geweigerd tot de akkoorden toe te treden. Voor de overeenkomsten is geen wettelijk quorum voorzien.

2. Aanpassing van overeenkomsten en akkoorden om budgettaire redenen

a. Huidig wettelijk kader

In beginsel kunnen overeenkomsten en akkoorden niet eenzijdig worden gewijzigd. Niettemin bevat de GvU wet een aantal bepalingen die ertoe kunnen leiden dat de afgesproken honoraria worden aangepast.

Artikel 18 van de GvU wet bepaalt dat de Algemene Raad of de Minister op elk ogenblik besparingsmaatregelen kunnen voorstellen met het oog op de naleving van de partiële begrotingsdoelstellingen. Hierbij worden de betrokken overeenkomsten- en akkoordencommissies uitgenodigd om binnen een periode van 30 dagen hun opmerkingen te formuleren.

Artikel 40 § 1 van de GvU wet stelt dat de Algemene Raad zijn goedkeuring hecht aan de structurele besparingen die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm alsook de globale begrotingen vaststelt voor sommige verstrekkingen. Overeenkomstig artikel 40 § 2 oefent de Ministerraad de bevoegdheden uit bij gebreke aan goedkeuring door de Algemene Raad.

Artikel 51 §2 bepaalt dat in de overeenkomsten en akkoorden enerzijds een beding moet voorzien zijn dat voorziet in een automatische vermindering van de honoraria wanneer de maatregelen bedoeld in artikel 18 en 40 § 1 niet worden toegepast en anderzijds in correctiemaatregelen wanneer de toename van het volume van verstrekkingen groter is dan voorzien in de overeenkomsten of akkoorden.

Verder voorziet artikel 68 § 2 de mogelijkheid dat de Koning onder bepaalde voorwaarden de honoraria kan verminderen voor wat het gedeelte betreft dat overeenstemt met de kosten.

Volledigheidshalve moet worden vermeld dat de GvU wet een reeks bijzondere bepalingen bevat inzake de aanpassing van de nomenclatuur door de Koning.

Opgemerkt moet worden dat in elk van voornoemde situaties werd voorzien in een overlegde procedure ofwel werd vastgesteld dat ze een intrinsiek onderdeel uitmaken van het overeenkomsten en akkoordensysteem.

De Regering beschikt buiten voornoemde situaties niet over andere instrumenten om "in te dringen" in overeenkomsten en akkoorden. Ze kan uiteraard de wetgever verzoeken om eventueel te voorzien in specifieke wettelijke maatregelen.

b. Vragen om betere rechtszekerheid

Niettemin toont het recente verleden aan dat zou moeten getracht worden op een aantal domeinen meer duidelijkheid en zo mogelijk meer rechtszekerheid te verschaffen.

Hoewel er geen recht op indexering bestaat voor honoraria stelt zich de vraag of geen meer transparante procedure moet worden voorzien met betrekking tot de vaststelling en toekenning van de indexmassa ? Enerzijds bepaalt artikel 40 § 1 GVV-wet dat vanaf 2016 bij de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling wordt rekening gehouden met de meerkost van de indexering van de tarieven. Anderzijds wordt in artikel 51 § 2, laatste lid, van dezelfde wet gesteld dat na goedkeuring van de partiële begrotingsdoelstellingen een overeenkomst- of akkoordencommissie slechts kan constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari voor 31 december van het voorafgaande jaar en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling.

Een ander probleem rijst ten aanzien van het budgettair kader bij meerjarige overeenkomsten en akkoorden, die volgens de wetgever de regel vormen en die tot doel hadden een grotere stabiliteit tot stand te brengen alsook toelaten een traject uit te stippelen op het vlak van gezondheidsdoelstellingen. In welke mate kunnen hierin afspraken worden gemaakt over de evolutie van de uitgaven die een begrotingsjaar overschrijden ? Kan worden overwogen om artikel 16 § 1, 7° aan te passen in volgende zin: "De Algemene Raad beslist, na advies van de commissie voor begrotingscontrole, of de overeenkomsten en akkoorden die ter goedkeuring aan het verzekeringscomité worden voorgelegd, in overeenstemming zijn met de begroting, of, in voorkomend geval met het financieel meerjarenkader dat voor de betrokken sector werd goedgekeurd."

Tenslotte wordt ook beroep gedaan op bijzondere overeenkomsten (artikel 22, 6° en 6°bis GVV wet), waarin regelingen worden getroffen inzake honoraria. Ook hierbij wordt gevraagd om de nodige waarborgen op het vlak van overleg met de betrokken overeenkomsten en akkoordencommissies te voorzien.

3. Uitvoering van akkoorden en overeenkomsten

In het verleden werd vastgesteld dat de uitvoering van overeenkomsten en akkoorden niet altijd volgens het voorgestelde ritme verloopt. Dit heeft enerzijds te maken met de duur van de besluitvorming in de schoot van het Riziv en anderzijds met de procedure voor administratief en budgettair toezicht vereist bij de goedkeuring van uitvoeringsbesluiten. Dit leidt ertoe dat afspraken die binnen de overeenkomsten en akkoorden werden gemaakt binnen de voorziene looptijd ervan niet worden geconcretiseerd. In die zin vormen ze ook een belemmering voor het maken van nieuwe afspraken.

Het ene luik van de problematiek betreft de interne administratieve organisatie van het Riziv. Het andere luik heeft betrekking op de besluitvorming binnen de regering.

Om de besluitvorming binnen de regering te optimaliseren zou kunnen worden voorgesteld om de overeenkomsten en akkoorden ter goedkeuring voor te leggen aan de Regering samen met een financieel schema goedgekeurd door de Commissie van Budgetcontrole. Het administratief en financieel toezicht zou zich alsdan kunnen beperken tot een controle van de budgettaire conformiteit van de genomen maatregelen met het aan de Regering voorgelegde financiële ramingen.

BUDGETTAIRE WEERSLAG :

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG :

PROCEDURE :

OPDRACHT VAN DE ALGEMENE RAAD :

TREFWOORDEN :

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

ALGEMENE RAAD

Nota ARGV 2017/16bis

Brussel, 13-03-2017

BETREFT : Wettelijke en reglementaire aanpassingen

INHOUD :

De vertegenwoordiger van de Minister van sociale zaken in de Algemene raad heeft bijgevoegde ontwerp teksten die het voorwerp uitmaken van bespreking binnen de regering, meegedeeld.

Eveneens in bijlage vindt u de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van 24 februari 2017, naar aanleiding van het antwoord van de Minister op de vraag van de Commissie van 25 januari 2017.

BUDGETTAIRE WEERSLAG :

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG :

PROCEDURE :

OPDRACHT VAN DE ALGEMENE RAAD :

TREFWOORDEN :

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen

**UITTREKSEL UIT HET VOORONTWERP VAN
WET HOUDENDE DIVERSE BEPALINGEN
INZAKE GEZONDHEID**

FILIP, KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

ONZE GROET.

Gelet op advies nr. **XXXXXX** van de Raad van State, gegeven op **XXXXXX**, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde ministers,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is ermee belast in onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers het ontwerp van wet in te dienen waarvan de tekst hierna volgt:

INLEIDENDE BEPALING

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

...

TITEL X – RIZIV

HOOFDSTUK X – WIJZIGINGEN AAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994.

Afdeling X - Commissie voor begrotingscontrole

Artikel. X. Artikel 17 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 10 december 2009, wordt aangevuld met een lid, luidende:

**EXTRAIT DE L'AVANT-PROJET DE LOI
PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN
MATIÈRE DE SANTÉ**

PHILIPPE ROI DES BELGES,

A tous, présents et à venir,

SALUT.

Vu l'avis n° **XXXXXX** du Conseil d'Etat, donné le **XXXXXX**, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et sur l'avis des ministres qui en ont délibéré en Conseil,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargée de présenter en notre nom à la Chambre des représentants le projet de loi dont le texte suit :

DISPOSITION INTRODUCTIVE

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

...

TITRE X – INAMI

CHAPITRE X – MODIFICATIONS DE LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994.

Section X – De la Commission de contrôle budgétaire

Article X. L'article 17 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 10 décembre 2009 est complété par un alinéa, rédigé comme suit:

“De Inspecteur van Financiën neemt van rechtswege deel aan vergaderingen van de Commissie.”

Afdeling X+1.- Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging

Art. X+1. In artikel 22, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 28 augustus 2015, wordt het punt 6° vervangen als volgt:

“6° belast het College van geneesheren-directeurs of de betrokken overeenkomsten- en akkoordcommissies, met de uitwerking en de begeleiding van de in artikel 23, § 3 bedoelde overeenkomsten in overleg met de experts van de betrokken sectoren die zij, na advies van het college, aanduidt en sluit de voornoemde overeenkomsten af.”

Afdeling X+2.- Betrekkingen met de geneesheren en de tandheelkundigen

Art. X+2. In artikel 50 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 17 juli 2015 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1) in paragraaf 8 wordt het laatste lid opgeheven;
- 2) paragraaf 9 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Na de goedkeuring van een akkoord overeenkomstig de procedure vermeld in art. 22, 3°, deelt de Minister dat akkoord mee aan de Ministerraad samen met de raming van de financiële weerslag van de voorziene maatregelen.

Afdeling X+3 – Bepalingen gemeenschappelijk aan de overeenkomsten en akkoorden

Art. X+3. Artikel 51 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016 wordt aangevuld met een paragraaf, luidende::

« L’Inspecteur des finances participe de plein droit aux réunions de la Commission de contrôle budgétaire.»

Section X+1 – Du Comité de l'assurance soins de santé

Art. X+1. A l’article 22, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 28 août 2015, le point 6° est remplacé par ce qui suit ::

« 6° charge le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions et d'accords concernées de l'élaboration et de l'accompagnement des conventions visées à l'article 23, § 3, en concertation avec les experts des secteurs concernés qu'il désigne, après avis du Collège des médecins-directeurs, et conclut les conventions précitées. »

Section X+2 - Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire

Art. X+2. A l’article 50 de la même loi modifié en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015, les modifications suivantes sont apportées:

- 1) au paragraphe 8 le dernier alinéa est abrogé ;
- 2) le paragraphe 9 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Après l’approbation d’un accord conformément à la procédure visée à l’art. 22, 3°, le Ministre le communique au Conseil des Ministres et y joint l’estimation financière des mesures prévues.»

Section X+3 – Dispositions communes aux conventions et accords

Art. X+3. L’article 51 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016 est complété par un paragraphe, rédigé comme suit :

“§ 9. De overeenkomsten en akkoorden kunnen geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd van een akkoord of een overeenkomst 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 vastgesteld overeenkomstig de artikelen 44, §§ 1 en 2; 46, §§ 1 en 2; 48, §§ 1 en 2 en 50 § 6, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68 van deze wet. De overeenkomsten en de akkoorden kunnen de toepassingsmodaliteiten vaststellen.”

...

.....,.....

VAN KONINGSWEGE:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

« § 9. Les conventions et les accords peuvent être dénoncés entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée de la convention ou de l'accord si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires, fixés conformément aux articles 44, §§ 1 et 2; 46, §§ 1 et 2; 48, §§ 1 et 2 et 50 § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68 de la loi. Les conventions et les accords peuvent fixer les modalités d'application de la dénonciation. »

...

....., le

PAR LE ROI:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie DE BLOCK

**UITTREKSEL UIT HET VOORONTWERP VAN
WET HOUDENDE DIVERSE BEPALINGEN
INZAKE GEZONDHEID**

KONINKRIJK BELGIË

Dames en Heren,

De regering heeft de eer u ter instemming voor te leggen het ontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

MEMORIE VAN TOELICHTING

INLEIDENDE BEPALING

Artikel 1. Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

...

TITEL I – RIZIV

**HOOFDSTUK X – WIJZIGINGEN AAN DE
WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE
VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE
VERZORGING EN UITKERINGEN
GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994.**

***Afdeling X - Commissie voor
begrotingscontrole***

Art. X. De inspecteur van financiën neemt voortaan van rechtswege deel aan de vergaderingen van de commissie voor begrotingscontrole.

***Afdeling X+1.- Comité van de verzekering voor
geneeskundige verzorging***

Art. X+1.

Het artikel beoogt tot een besluitvorming te komen voor de in artikel 23 § 3 van de wet bedoelde revalidatieovereenkomsten die meer transparant en evidence based is. Daarom wordt het Verzekeringscomité van bij de aanvang bij dit

**EXTRAIT DE L'AVANT-PROJET DE LOI
PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN
MATIÈRE DE SANTÉ**

ROYAUME DE BELGIQUE

Mesdames et Messieurs,

Le gouvernement a l'honneur de soumettre à votre approbation le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé.

EXPOSÉ DES MOTIFS

DISPOSITION INTRODUCTIVE

Article 1^{er}. Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétence.

...

TITRE I^{er} – INAMI

**CHAPITRE X – MODIFICATIONS À LA LOI
RELATIVE À L'ASSURANCE
OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET
INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14
JUILLET 1994.**

***Section X – De la Commission de contrôle
budgétaire***

Art. X. Dorénavant, l'inspecteur des finances participe de plein droit aux réunions de la Commission de contrôle budgétaire.

***Section X+1 – Du Comité de l'assurance
soins de santé***

Art. X+1.

L'article vise à arriver à un processus décisionnel pour les conventions de revalidation, visées à l'article 23, § 3 de la loi, qui est plus transparent et evidence based. A cette fin, le Comité de l'assurance y est impliqué dès le

proces betrokken zodat zij het kader kan definiëren en de onafhankelijke experten kan aanduiden die kunnen aantonen over de nodige terreinkennis te beschikken. Op die manier zullen deze experten het vertrouwen genieten van verzekeringsinstellingen en zorgverleners.

Hun gemotiveerde adviezen zullen ook worden gevoegd bij de voorstellen die aan het verzekeringscomité worden voorgelegd.

Afdeling X+2.- Betrekkingen met de geneesheren en de tandheekkundigen

Art. X+2.

Het punt 1) van dit artikel heft de bepaling op met betrekking tot de opzeggingsclausules voor akkoorden teneinde deze uit te breiden en opnieuw in te voegen in het artikel 51, § 9 van de wet, dat zowel de akkoorden als de overeenkomsten viseert.

Het punt 2) van dit artikel voorziet dat de akkoorden voortaan aan de Ministerraad worden meegedeeld, samen met het daaraan gehechte financiële schema. Deze wijziging heeft een dubbel doel, namelijk enerzijds het belang van de akkoorden te onderlijnen en anderzijds de procedure van budgettaire toezicht zo snel mogelijk te laten verlopen. De budgettaire controle zal zich, met betrekking tot de maatregelen ter uitvoering van het akkoord, toespitsen op de overeenstemming van de maatregel met het vastgestelde budgettaire schema dat door de Ministerraad werd gevalideerd.

Op die manier ziet de regering toe op de goede uitvoering van de akkoorden en wordt er gevolg gegeven aan de vraag om de besluitvormingsprocedure van de maatregelen uit een akkoord te versnellen, rekening houdend met de prerogatieven en de bevoegdheden van de Minister van Begroting.

Afdeling X+3 – Bepalingen gemeenschappelijk aan de overeenkomsten en akkoorden

début afin qu'il puisse définir le cadre et indiquer les experts indépendants qui peuvent démontrer qu'ils ont une connaissance nécessaire du terrain. Ainsi, les experts bénéficieront de la confiance des organismes assureurs et des prestataires de soins.

Leurs avis motivés seront joints aux propositions présentées au Comité de l'assurance.

Section X+2 - Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire

Art. X+2.

Le point 1) du présent article supprime la disposition concernant les clauses de résolution des accords afin de l'élargir et de la réinsérer dans l'article 51, § 9 de la loi qui vise aussi bien les accords que les conventions.

Le point 2) du présent article prévoit que dorénavant, les accords sont communiqués au Conseil des Ministres, accompagnés du schéma financier. Cette modification a un double objectif, à savoir, d'un côté de souligner l'importance des accords et de l'autre côté d'assurer que la procédure de contrôle budgétaire se fasse le plus rapidement possible. Pour les mesures d'exécution des accords, le contrôle budgétaire devra se concentrer sur la concordance de la mesure avec le schéma budgétaire validé par le Conseil des Ministres.

De cette façon, le gouvernement veille à la bonne exécution des accords et il est donné suite à la demande d'accélérer le processus décisionnel pour les mesures qui découlent d'un accord en tenant compte des prérogatives et des compétences du Ministre du Budget.

Section X+3 – Dispositions communes aux conventions et accords

Art. X+3. Dit artikel voorziet in het wettelijk kader van beëindiging van overeenkomsten en akkoorden dat tot op heden verschillende lacunes vertoont. Zo is er niets voorzien op het vlak van overeenkomsten. Op het vlak van de akkoorden werd enkel de opzegging geregeld in geval van niet goedgekeurde correctiemaatregelen die niet in het akkoord werden voorzien. In de praktijk voorzien overeenkomsten en akkoorden evenwel opzeggingsclausules die ruimer zijn geformuleerd.

Met het oog op een betere rechtszekerheid worden de bestaande teksten verduidelijkt en wordt het respect van lopende overeenkomsten en akkoorden gewaarborgd, zonder afbreuk te doen aan de noodzakelijke vereisten om de nodige maatregelen te kunnen nemen om de partiële begrotingsdoelstellingen niet te overschrijden. Hierdoor wordt vermeden dat maatregelen kunnen worden genomen op eenzijdige wijze en zonder voorafgaandelijk overleg.

.....

VAN KONINGSWEGE:

De Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid,

Art. X+3. Le présent article prévoit le cadre légal concernant la résiliation des conventions et accords qui, jusqu'à présent, démontre plusieurs lacunes. Ainsi, rien n'est prévu au niveau des conventions. Au niveau des accords il existe uniquement un règlement en cas de dénonciation faisant suite à des mesures de correction non-approuvées et non-prévues dans l'accord. Cependant, dans la pratique, les conventions et accords contiennent des clauses de résiliation qui sont formulées de façon plus large.

En vue d'une meilleure sécurité juridique, les textes existants sont clarifiés et le respect des conventions et accords en cours est garanti, sans porter atteinte aux indispensables exigences de prendre les mesures nécessaires afin de ne pas dépasser les objectifs budgétaires. Ainsi il est évité que des mesures puissent être prises de façon unilatérale et sans concertation préalable.

....., le

PAR LE ROI:

La Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique,

Maggie DE BLOCK

KONINKRIJK BELGIE

--- □ ---

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

--- □ ---

- Koninklijk besluit tot wijziging 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 **wat betreft de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité**

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van besluit waarvan wij de eer hebben het ter ondertekening aan Uwe Majesteit voor te leggen voorziet een oplossing voor de problematiek die zich stelt bij de stemming in het Verzekeringscomité over het globaal begrotingsvoorstel, bedoeld in art. 39 GVV-Wet, en over de maatregelen die voortvloeien uit de overeenkomsten en akkoorden. De huidige stemmingsprocedure voorziet dat de beslissingen worden genomen met twee derde van de stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden. Indien dat quorum niet wordt bereikt maar dat een meerderheid wordt behaald, legt de voorzitter dezelfde voorstellen op de volgende vergadering ter stemming voor. Indien opnieuw de meerderheid wordt behaald, zijn de beslissingen genomen.

Dit leidt tot onevenwichtige situaties waarbij de principes van een paritair beslissingsmodel

ROYAUME DE BELGIQUE

--- □ ---

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

--- □ ---

- Arrêté royal modifiant 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, **en ce qui concerne la procédure de vote au Comité de l'assurance**

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté que nous avons l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté prévoit une solution pour la problématique qui se pose lors du vote au Comité de l'assurance sur la proposition globale du budget, visé à l'article 39 de la Loi SSI, et sur les mesures qui découlent des conventions et des accords. La procédure de vote actuelle prévoit que les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, mais qu'une majorité est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante. Si une majorité est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises.

Ceci mène à des situations déséquilibrées qui contrecarrent les principes d'un modèle de

worden doorkruist. Daarom voorziet het ontwerp van besluit in een gekwalificeerde dubbele meerderheid in de eerste zitting, gevolgd door een gewone dubbele meerderheid in een eventuele tweede zitting. Zo zijn de beslissingen pas genomen wanneer er een akkoord wordt bereikt zowel op de bank van de verzekeringsinstellingen als op de bank van de zorgverleners. Door de invoering van een meerderheid op elke bank bij het vaststellen van het voorstel van het verzekeringscomité wordt gestimuleerd dat bij de voorbereiding ervan de zorgverleners deugdelijk worden betrokken. Indien nodig kan de Koning andere aangelegenheden bepalen waarbij dit quorum moet worden bereikt.

Ik heb de eer te zijn,
Sire,
Van Uwe Majesteit,
De zeer eerbiedige,
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale zaken,

Maggie DE BLOCK

- Koninklijk besluit tot wijziging 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 wat betreft de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité

Filip, Koning der Belgen

**Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
Onze Groet.**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 21, § 2;

décision paritaire. Pour y remédier, le projet d'arrêté introduit une double majorité qualifiée lors de la première séance, suivi par une double majorité simple lors d'une éventuelle deuxième séance. Ainsi les décisions ne sont acquises que lorsqu'elles obtiennent un accord venant du banc des organismes assureurs et venant du banc des prestataires. En introduisant une majorité sur chaque banc lors de la fixation de la proposition du Comité de l'assurance, l'implication correcte des prestataires de soins à la préparation de cette proposition est stimulée. Si nécessaire, le Roi peut fixer encore d'autres domaines pour lesquels ce quorum doit être atteint.

J'ai l'honneur d'être,
Sire,
De Votre Majesté,
Le très respectueux,
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales,

Maggie DE BLOCK

- Arrêté royal modifiant 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, en ce qui concerne la procédure de vote au Comité de l'assurance

Philippe, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 21, § 2 ;

Gelet op 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;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op xxxxxxxx;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op xxxxxxxx;

Gelet op het advies xx.xxx/x van de Raad van State, gegeven op xxxxxxxxx, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

Artikel. 1. 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 september 1997, 14 januari 2000 en 10 december 2002 wordt een paragraaf 7bis ingevoegd, luidende:

«**§ 7bis.** Wanneer het Verzekeringscomité de bevoegdheden uitoefent bepaald in de artikelen 39 of 22 van de wet en de betrokken maatregel de uitvoering betreft van een bepaling opgenomen in een overeenkomst of een akkoord, beoogd in hoofdstuk V van de wet, worden de beslissingen genomen met een meerderheid van tweederde van de stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen enerzijds en van de groep samengesteld uit de zorgverleners anderzijds. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de onthoudingen.

Indien dat quorum niet wordt bereikt maar dat enerzijds de meerderheid wordt gehaald van de

Vu 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;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le xxxxxx;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le xxxxxx;

Vu l'avis xx.xxx/x du Conseil d'Etat, donné le xxxxxx, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :

Article 1^{er}. 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, modifié par les arrêtés royaux du 23 septembre 1997, 14 janvier 2000 et 10 décembre 2002, il est inséré un paragraphe 7bis, rédigé comme suit :

« **§7bis** Quand le Comité de l'assurance exerce ses compétences prévues aux articles 39 ou 22 de la loi et et que la mesure en question concerne la mise en oeuvre d'une disposition reprise dans une convention ou dans un accord, visés au chapitre V de la loi, les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des voix exprimées par les membres présents ayant voix délibérative, d'une part au sein du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, et d'autre part, à la majorité au sein du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins. Il n'est pas tenu compte des abstentions.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, mais, d'une part que la majorité des membres présents ayant

aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, en anderzijds de meerderheid wordt gehaald van de stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de zorgverleners, legt de voorzitter dezelfde voorstellen op de volgende vergadering ter stemming voor.

Indien opnieuw de meerderheden bedoeld in het vorige lid worden behaald, is de beslissing genomen.”

Art.2 . De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te

voix délibérative du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, est obtenue et d'autre part, que la majorité des membres présents ayant voix délibérative du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins, est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante.

Si la majorité visée à l'alinéa précédent est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises. »

Art. 2. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à

VAN KONINGSWEGE :
De Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid,

PAR LE ROI :
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé
Publique

Maggie DE BLOCK