CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

avis 78.104/2/V
du 8 septembre 2025

sur

un avant-projet de 'Loi-cadre'

RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

advies 78.104/2/V
van 8 september 2025

over

een voorontwerp van
'Kaderwet'

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Le 28 juillet 2025, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté à communiquer un avis dans un délai de trente jours prorogé de plein droit [*] jusqu'au 11 septembre 2025 sur un avant-projet de 'Loi-cadre'.

L'avant-projet a été examiné par la deuxième chambre des vacations le 8 septembre 2025. La chambre était composée de Bernard BLERO, président de chambre, Pierre-Olivier DE BROUX et Laurence VANCRAYEBECK, conseillers d'État, Sébastien VAN DROOGHENBROECK, assesseur, et Béatrice DRAPIER FACCO, greffier.

Le rapport a été présenté par Anne VAGMAN, premier auditeur chef de section, Benoît LAGASSE et Arnaud PICQUÉ, auditeurs adjoints.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Bernard BLERO.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 8 septembre 2025.

*

[*] Ce délai résulte de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, *in fine*, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973 qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juin au 15 août.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Op 28 juli 2025 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding verzocht binnen een termijn van dertig dagen van rechtswege [*] verlengd tot 11 september 2025 een advies te verstrekken over een voorontwerp van 'Kaderwet'.

Het voorontwerp is door de tweede vakantiekamer onderzocht op 8 september 2025. De kamer was samengesteld uit Bernard BLERO, kamervoorzitter, Pierre-Olivier DE BROUX en Laurence VANCRAYEBECK, staatsraden, Sébastien VAN DROOGHENBROECK, assessor, en Béatrice DRAPIER FACCO, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Anne VAGMAN, eerste auditeur-afdelingshoofd, Benoît LAGASSE en Arnaud PICQUÉ, adjunct-auditeurs.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Bernard BLERO.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 8 september 2025.

*

[*] Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, *in fine*, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat deze termijn van rechtswege verlengd wordt met vijftien dagen wanneer hij begint te lopen tussen 15 juni en 15 augustus.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite essentiellement son examen à la compétence de l'auteur de l'acte, au fondement juridique ‡ ainsi qu'à l'accomplissement des formalités prescrites, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées.

FORMALITÉS PRÉALABLES

1. Conformément à l'article 15 de la loi du 25 avril 1963 'sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale', combiné avec l'article 213, § 2, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' (ci-après : la « loi coordonnée »), et avec l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal du 9 septembre 1993 'portant exécution de l'article 213, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994', l'avant-projet doit être soumis à l'avis d'instances consultatives.

En l'espèce, il ressort des documents communiqués à la section de législation que si le Comité de l'assurance a remis un avis sur l'avant-projet le 23 juin 2025, ce Comité, ou à tout le moins certains de ses membres, attendent qu'un nouveau texte soit communiqué.

Par ailleurs, conformément aux dispositions précitées, le Service d'évaluation et de contrôle médical doit être saisi compte tenu de ce que certaines dispositions de l'avant-projet (notamment les articles X+49 et suivants et l'article X+59, 2°) lui confèrent de nouvelles missions.

2. L'avant-projet a notamment pour objet de prévoir un plafonnement généralisé à la facturation d'honoraires supplémentaires par les dispensateurs de soins (article X+42). Il prévoit également une sanction administrative alternative à une amende administrative qui permet aux chambres de première instance et aux chambres de recours de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de retirer son « numéro INAMI » à un dispensateur de soins dans le cadre des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° à 4°, de la loi coordonnée (lorsque la valeur des prestations litigieuses est supérieure à 35.000 euros) (article X+52).

De telles mesures entrent dans le champ d'application de l'article 4 de la directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 'relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions' [1].

La lecture du considérant 27 de cette directive laisse apparaître que les exigences « limitatives » visées peuvent porter sur des aspects très variés et notamment sur des « systèmes d'inscription ou d'autorisation » ou des « exigences en matière de tarifs fixes minimaux et/ou maximaux ».

‡ S'agissant d'un avant-projet de loi, on entend par « fondement juridique » la conformité aux normes supérieures.

[1] Cette directive ayant été transposée, s'agissant de l'Autorité fédérale, par la loi du 23 mars 2021 'relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Interrogé sur l'accomplissement de cet examen de proportionnalité, le délégué a répondu que ce test n'avait pas encore été réalisé.

Il appartiendra à l'auteur de l'avant-projet de réaliser cet examen *ex ante* [2].

3. L'article 36, paragraphe 4, du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 'relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)' (ci-après : le « RGPD »), combiné avec son article 57, paragraphe 1, c), le considérant 96 de son préambule et, le cas échéant, l'article 2, alinéa 2, de la loi du 30 juillet 2018 'relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel', prévoit une obligation de consulter l'autorité de contrôle, en l'occurrence l'Autorité de protection des données visée dans la loi du 3 décembre 2017 'portant création de l'Autorité de protection des données', dans le cadre de l'élaboration d'une proposition de mesure législative devant être adoptée par un parlement national ou d'une mesure réglementaire fondée sur une telle mesure législative, qui se rapporte au traitement de données à caractère personnel.

L'article X+53 de l'avant-projet prévoit d'adapter l'article 218 de la loi coordonnée aux fins de permettre aux patients, lors de la recherche d'un dispensateur de soins sur le site internet de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, de lire, en plus des données générales, si une mesure de suspension du numéro INAMI a été adoptée le concernant [3].

Un tel procédé, revenant à diffuser ou à mettre à disposition une donnée à caractère personnel du dispensateur de soins (relative ici à sa « situation économique » [4] et à sa « fiabilité ou son comportement » [5]), constitue un traitement de données à caractère personnel.

De même, les articles X+59 à X+62 de l'avant-projet ont pour objet de permettre à « l'Agence intermutualiste » d'analyser les données collectées et traitées par les organismes assureurs afin « d'identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » (article X+59, 2°).

Le délégué a indiqué que l'avis de l'Autorité de protection des données (APD) avait été sollicité mais uniquement pour un certain nombre de dispositions (à savoir les articles X+37, X+46, X+47, X+48, X+54 et X+56), et que celle-ci s'était référée à son avis standard.

[2] Voir pour une observation analogue l'avis 73.110/2/VR donné le 31 mars 2023 sur un avant-projet devenu la loi du 28 juin 2023 'modifiant la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, concernant la maîtrise de l'offre', *Doc. parl.*, Chambre, 2022-2023, n° 55-3389/001, pp. 25-32.

[3] Selon le commentaire de la disposition, une telle mesure est « proportionnée car il ne s'agit pas de publier un registre distinct des 'dispensateurs de soins condamnés', ni de rendre soudainement publiques d'autres informations sur ces dispensateurs de soins mais uniquement les mesures susceptibles d'avoir des conséquences pour l'assuré ».

[4] Article 4, 1), du RGPD.

[5] Considérant 71 du RGPD.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Concernant les articles X+59 à X+62, le délégué a répondu que l'avis de l'APD a bien été sollicité mais n'a pas encore été reçu.

L'auteur de l'avant-projet s'assurera du bon accomplissement de la formalité prescrite.

4. Si l'accomplissement de ces formalités devait encore donner lieu à des modifications du texte soumis au Conseil d'État, les dispositions modifiées ou ajoutées qui ne seraient pas de pure forme ou qui ne résulteraient pas également des suites réservées au présent avis devraient être à nouveau soumises à la section de législation conformément à l'article 3, § 1er, alinéa 1er, des lois coordonnées 'sur le Conseil d'État'.

EXAMEN DE L'AVANT-PROJET

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

1. Il convient d'insérer un chapitre 1er nouveau, intitulé « Disposition générale », comprenant un article 1er, rédigé comme suit[6] :

« Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution ».

2. L'article X+52 attribue une nouvelle compétence aux chambres de première instance et aux chambres de recours, juridictions administratives créées par l'article 144 de la loi coordonnée. Dans cette mesure, l'avant-projet règle une matière visée à l'article 78, § 1er, alinéa 1er, 4°, de la Constitution.

Il appartient dès lors à l'auteur de l'avant-projet de scinder ce dernier en deux projets distincts, l'un réglant les matières visées à l'article 74 de la Constitution et l'autre comprenant les dispositions relatives aux chambres de première instance et aux chambres de recours, réglant ainsi une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

L'avant-projet sera revu en conséquence.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

INTITULÉ

L'intitulé ne mentionne pas que l'avant-projet modifie la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. Il sera complété en conséquence [7].

[6] *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires,* www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », formule F 4-1-1-1.

[7] *Ibidem*, recommandation 14.1.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

ARRÊTÉ DE PRÉSENTATION

L'avant-projet sera pourvu d'un arrêté de présentation [8].

DISPOSITIF

CHAPITRE 1ER – MODIFICATIONS À LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994

SECTION X – PROCESSUS BUDGÉTAIRE

Article X

Dans la version française, la question se pose de savoir s'il ne convient pas de remplacer les différentes occurrences du mots « compatibilité » par le mot « conformité » afin que la version française corresponde à la version néerlandaise, qui emploie le mot « overeenstemming ».

Au 1° (7° en projet), dans la version française, l'expression « compatibilité conformité » sera remplacée par celui de ces deux termes que l'auteur de l'avant-projet souhaite employer.

Article X+3

Compte tenu des nouveaux délais fixés par la disposition en projet et de l'alinéa 6 en projet qui prévoit que les estimations techniques sont discutées en Conseil des ministres, l'auteur de l'avant-projet s'assurera que le délai prévu à l'article 35*octies*, § 3, alinéa 2, de la loi coordonnée pour l'estimation de la masse d'honoraires des pharmaciens ne doit pas également être modifié.

SECTION X+1 – ACCORDS ENTRE LES DISPENSATEURS DE SOINS ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Article X+7

1. L'article 26 de la loi coordonnée n'a pas été modifié par la loi du 11 août 2017. Il convient d'adapter la phrase liminaire sur ce point.

2. Au 1°, dans la version française, il convient d'écrire « et les projets de conventions visés à l'article 22, 6° et 6°*bis*, sont rédigés au sein du Service des soins de santé » et d'omettre les parenthèses.

[8] *Ibidem*, formule F 4-1-10-1.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Article X+10

Par souci de cohérence avec les articles X+13, X+15 et X+17, mieux vaudrait écrire, dans la version française, « Des accords avec les médecins […] ».

Articles X+12 et X+18

Interrogé sur la suppression de la possibilité de prévoir dans les accords des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, sur le fait que le commentaire des articles X+12 et X+18 indique que cela ne change rien à la protection existante des bénéficiaires de l'intervention majorée et sur le respect, ce faisant, de l'article 23 de la Constitution et du principe de *standstill* qu'il contient, principe qui subordonne à l'existence d'une justification raisonnable l'adoption par le législateur compétent de dispositions emportant une réduction significative du degré de protection offert par la législation applicable, le délégué a répondu :

> « Artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt in het algemeen de hoegrootheid van de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel en machtigt de Koning om die hoegrootheden binnen bepaalde grenzen aan te passen. Daarbij wordt in het algemeen ook een onderscheid gemaakt tussen gewone rechthebbenden en rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.
>
> Het honorarium bestaat uit de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel. De verzekeringstegemoetkoming is in het algemeen hoger voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel lager, maar het honorarium is altijd hetzelfde.
>
> Bv. voor de verstrekking 103110:
>
> Honorarium: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 38,60
>
> Tegemoetkoming met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 35,99 euro
>
> Tegemoetkoming zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 29,15 euro
>
> Persoonlijk aandeel met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 2,61 euro
>
> Persoonlijk aandeel zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 9,45 euro
>
> Het koninklijk besluit van 23 maart 1982 is een uitvoering van artikel 37 van de gecoördineerde wet. We hebben geen toepassing gevonden van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurhonoraria te voorzien ».

Dès lors qu'aucun accord et aucune convention n'a mis en œuvre la possibilité de prévoir des taux d'honoraires préférentiels pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, la suppression de cette possibilité ne pose pas de difficulté au regard de l'article 23 de la Constitution.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Articles X+12 et X+32

Interrogé sur la limitation, par les dispositions examinées, de la possibilité d'une adhésion partielle aux accords aux seuls médecins et praticiens de l'art dentaire et sur sa conformité au principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, le délégué a indiqué :

> « De partiële toetreding is sinds de wet van 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering altijd enkel voorzien voor artsen en tandheelkundigen. Het ontwerp verandert niets aan de bestaande regeling. Het ontwerp beoogt de verschillen tussen de systemen van de akkoorden en de overeenkomsten zoveel mogelijk weg te werken. Het is de bedoeling om zoveel mogelijk zorgverleners aan te zetten om zich te conventioneren zodat zoveel mogelijk rechthebbenden een beroep kunnen doen op geneeskundige verzorging aan conventietarieven. De schrapping van de partiële toetreding voor artsen en tandheelkundigen zou tot gevolg hebben dat minder artsen en tandheelkundigen toetreden tot de akkoorden. Een lagere conventiegraad zou de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten in het gedrang brengen.
>
> We merken op dat in artikel 52/1, § 1, derde lid, nog wordt verwezen naar 'de dagen en de uren daarin'. Het was de bedoeling om dit te vervangen door 'de tijdstippen' zoals in het tweede lid van die bepaling ».

Si l'explication fournie par le délégué permet de justifier la possibilité de prévoir un conventionnement partiel, elle est en défaut d'expliquer, autrement que par une référence à la situation existante, les motifs pour lesquels le conventionnement partiel devrait être limité aux médecins et praticiens de l'art dentaire.

Le dispositif sera réexaminé et le commentaire de l'article complété pour justifier de manière plus circonstanciée cette différence de traitement.

La section de législation peut par ailleurs se rallier à la modification textuelle proposée à l'article 52/1, § 1er, alinéa 3, en projet.

Article X+19

Il découle du remplacement de l'article 49 de la loi coordonnée opéré par la disposition à l'examen que l'habilitation à réduire d'un maximum de 25 % les taux de remboursement pour les dispensateurs de soins non conventionnés est supprimée. Selon le commentaire de l'article, « les articles 85 à 87 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoient déjà l'abrogation de ces dispositions à partir d'une date à fixer par le Roi ».

Compte tenu de la suppression résultant de l'article 49 en projet, il y a lieu d'abroger l'article 85 de la loi du 22 avril 2019 et de vérifier s'il n'y a pas lieu d'abroger également les articles 86 et 87 de la même loi ainsi que l'arrêté royal du 8 juin 1967 'fixant les taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectuées par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Article X+20

Interrogé sur l'objet de l'article X+20, le délégué a indiqué qu'il tendait uniquement à supprimer l'intitulé de la section II, qui est appelée à ne comprendre que l'article 50 en projet.

Conformément aux recommandations en matière de légistique, il ne se recommande ni d'avoir un seul article dans une section ni d'avoir une section sans intitulé [9].

Le dispositif sera revu à la lumière de cette observation.

Article X+21

1. À l'article 50, § 1er, alinéa 7, en projet, dans la version française, il y a lieu d'omettre les mots « cette convention, ».

2. Interrogé sur la signification des expressions « de manière significativement non justifiée » et « dépassement significativement non justifié », le délégué a indiqué :

> « Het betreft dezelfde notie als die wordt gebruikt in afdeling X. Gerechtvaardigde overschrijdingen zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) [die] leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie) ».

Afin de garantir la sécurité juridique, le dispositif gagnerait à uniformiser ces expressions et à être complété par une définition de cette expression uniformisée [10].

3. L'auteur de l'avant-projet vérifiera la pertinence des renvois opérés par le paragraphe 5 en projet, d'une part, à l'article 40, § 1er, alinéa 3, et, d'autre part, aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi en application du même paragraphe de l'article 40.

Article X+22

Dans la version française, il y a lieu de préciser que c'est l'intitulé de la section III qui est remplacé.

[9] *Ibidem*, recommandations 61 à 65.

[10] Cette définition pourrait s'inspirer des éléments essentiels prévus par l'arrêté royal du 5 octobre 1999 'portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel'. Cet arrêté devrait par ailleurs être abrogé explicitement par l'avant-projet à l'examen, au vu des explications qui figurent dans le commentaire de l'article.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Article X+23

1. Interrogé sur l'intention de l'auteur de l'avant-projet quant à l'organe approuvant l'accord, à savoir le Comité de l'assurance et/ou le Conseil général, au vu de la formulation des articles 51, § 1er, alinéa 1er, et 51, § 1er, alinéa 2, en projet, et sur la nécessité de modifier également l'article 22, 3°, de la loi coordonnée, le délégué a indiqué :

> « De akkoorden moeten worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité en door de Algemene raad. Het is de bedoeling dat de Minister het akkoord pas meedeelt aan de Ministerraad als het is goedgekeurd door beide instanties. Artikel 22, 3° dient ons inziens niet te worden gewijzigd, behoudens dat de term 'overeenkomsten' moet worden geschrapt. Gezien het grote aantal formele wijzigingen dat moet gebeuren en het tijdsbestek, hebben we die niet kunnen meenemen in huidig ontwerp. Het is de bedoeling om de formele aanpassingen te doen bij gelegenheid van een volgende wet diverse bepalingen ».

L'article 51, § 1er, alinéa 1er, en projet sera adapté pour refléter plus clairement l'intention de l'auteur de l'avant-projet, à savoir que tant le Comité de l'assurance que le Conseil général approuvent les accords.

Il conviendrait en outre d'adapter l'article 22, 3°, de la loi coordonnée en ce sens.

2. L'article 51 en projet ne contenant qu'un seul paragraphe, la mention d'un paragraphe 1er en sera omise.

3. Sous réserve de l'observation sous les articles X+12 et X+32, l'auteur de l'avant-projet appréciera s'il ne convient pas de préciser, à la suite de l'article 51, § 1er, alinéa 5, en projet, que, pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire, le document établi par le ministre fixe les conditions relatives aux moments pendant lesquels les tarifs sont de stricte application. Si une telle précision est jugée utile, il conviendra d'également modifier l'article 52/1, § 1er, alinéas 2 et 3, en projet afin d'y mentionner également le « document visé à l'article 51 ».

Article X+24

1. Interrogé sur les raisons pour lesquelles l'article 51/1, § 2, alinéa 1er, en projet prévoit que les sages-femmes doivent utiliser l'application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'INAMI pour notifier leur refus d'adhésion à l'accord et sur l'existence de cette obligation à l'heure actuelle, vu l'absence d'explication sur ce point dans le commentaire de l'article, le délégué a répondu :

> « Het is de bedoeling om de onlinetoepassing verplicht te maken binnen een redelijke periode nadat deze voor een bepaalde sector beschikbaar is. Die toepassing is momenteel beschikbaar voor vroedvrouwen maar nog niet verplicht ».

Le commentaire de l'article gagnerait à être complété pour faire mention de cette explication.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2. À l'article 51/1, § 2, alinéa 1er, *in fine* en projet, l'intitulé exact de la loi du 21 août 2008 sera mentionné. Ainsi les mots « et portant diverses dispositions » seront ajoutés après les mots « plate-forme eHealth ».

3. Les alinéas 4 et 5 de l'article 51/1, § 3, en projet gagneraient à être modifiés pour tenir compte de la condition particulière prévue à l'alinéa 2 concernant l'entrée en vigueur de l'accord médico-mutualiste.

Article X+25

1. Dans la version française, la terminologie « année civile » et « année calendrier » sera uniformisée.

2. Interrogé sur ce qu'il y a lieu d'entendre par l'expression « circonstances exceptionnelles », le délégué a répondu que cela devra être jugé au cas par cas. Afin de garantir la sécurité juridique, il convient que le commentaire de l'article soit complété avec des exemples de ce qui pourrait constituer une circonstance exceptionnelle.

3. Par souci de cohérence avec l'article 51, § 1er, alinéa 1er, qui prévoit que le Comité de l'assurance approuve les accords, à l'alinéa 2 en projet, le mot « accepter » sera remplacé par le mot « approuver ».

Article X+27

1. Interrogé sur la possibilité de dénoncer un accord partiellement à la suite de l'adoption de l'avant-projet, le délégué a indiqué que l'intention est qu'un accord ne puisse être dénoncé à l'avenir que dans sa totalité. Le dispositif ou, à tout le moins, le commentaire de l'article, gagnerait à être précisé en ce sens.

2. À l'article 51/4, alinéa 1er, en projet, il y a lieu d'omettre la mention du paragraphe 1er de l'article48 étant donné que l'article 48 en projet de la loi coordonnée (article X+18 de l'avant-projet) ne comprend qu'un alinéa.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

3. Interrogé sur l'agencement des alinéas 2 et 3 de l'article 51/4 en projet, le délégué a indiqué :

> « Artikel 51/4, tweede lid, betreft enkel de mogelijkheid tot opzegging door een individuele zorgverlener. Die opzegging zonder motivering heeft uitwerking vanaf 1 januari. Artikel 51/4, derde lid, beoogt ook de opzegging door een van de partijen bij de overeenkomst op grond dat bv. bepaalde afspraken niet zijn nagekomen. Die opzegging kan ook vroeger uitwerking hebben. In het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen is momenteel bv. voorzien dat het akkoord geheel of gedeeltelijk kan worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen na goedkeuring van wettelijke of reglementaire bepalingen met betrekking tot een beperking van de ereloonsupplementen tijdens de looptijd van het akkoord, met uitzondering van maatregelen die tot stand kwamen na akkoord in de NCAZ ».

Interrogé plus précisément sur les possibilités de dénonciation d'un accord par les dispensateurs de soins individuels et par les organisations représentatives, le délégué a répondu :

> « Le texte prévoit que les dispensateurs individuels peuvent dénoncer l'accord
>
> 1. soit sur base d'un motif visé par l'article 51/4, alinéa 1er ;
>
> 2. soit sans motif au 1er janvier de chaque année en vertu de l'article 51/4, alinéa 2 ;
>
> 3. soit en vertu des motifs de dénonciation complémentaires prévus par les accords sur base de l'article 51/4, alinéa 3.
>
> Les trois modalités de dénonciation sont donc ouvertes aux dispensateurs individuels.
>
> Les organisations ont quant à elles accès aux modalités 1 et 3 ».

Les alinéas 1er à 3 en projet seront adaptés pour mieux refléter la volonté de l'auteur de l'avant-projet quant aux possibilités de dénonciation offertes aux dispensateurs de soins individuels et aux organisations représentatives et préciseront, en outre, pour chaque possibilité de dénonciation, la date à partir de laquelle la dénonciation produit ses effets.

4. De l'accord du délégué, il sera question, à l'article 51/4, alinéa 4, en projet, non de « quorums » mais de « majorités ».

5. Interrogé sur la signification de l'expression « une des situations précitées se soit produite » utilisée à l'article 51/4, alinéa 5, en projet, le délégué a indiqué que l'intention était de renvoyer aux situations qui, sur la base de la loi ou de l'accord, constituent un fondement pour la dénonciation de l'accord.

Le dispositif sera clarifié en ce sens.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Article X+28

Il ressort de l'économie de l'avant-projet que l'article 51/5, § 3, en projet ne devrait pas seulement viser la date d'expiration d'un accord mais également la date d'expiration d'un document. Sauf à pouvoir justifier d'une différence entre la situation où un accord expire et celle où un document expire, la disposition examinée sera adaptée en ce sens.

Article X+29

De l'accord du délégué, l'article 51/6 en projet sera complété pour préciser que ce sont les accords, avenants et documents établis par le Comité de l'assurance ou le ministre et « approuvés par le Conseil des ministres » qui sont publiés sur le site internet de l'Institut et au *Moniteur belge*.

Article X+30

De l'accord du délégué, la nouvelle section III/1 est appelée à contenir notamment les articles 52 et 53 de la loi coordonnée. L'intitulé envisagé ne semble toutefois pas refléter correctement le contenu de l'article 52 de la loi coordonnée.

La disposition examinée sera revue à la lumière de cette observation.

Article X+33

1. Interrogé sur la compatibilité avec le principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution de l'octroi de certaines interventions financières uniquement aux dispensateurs de soins ayant adhéré aux accords ou documents les concernant, le délégué a répondu :

> « Zoals de commentaar aangeeft is het de bedoeling om de tegemoetkomingen voor ondersteuning voor te behouden aan geconventioneerde zorgverleners. Geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe de tarieven na te leven en bijgevolg is het te rechtvaardigen om voor deze groep een tegemoetkoming te voorzien voor bepaalde kosten verbonden aan de uitoefening van hun beroep. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen supplementen aanrekenen ».

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Le commentaire de l'article sera complété par cette explication et tout autre élément de nature à étayer celle-ci.

2. Interrogé sur la discordance entre le dispositif, qui prévoit que le Roi « doit » déterminer que les interventions financières sont accordées au prorata lorsqu'un dispensateur de soins est partiellement conventionné ou n'est conventionné que pendant une période déterminée de l'année, et le commentaire de l'article, qui indique que les interventions « peuvent être accordées » au prorata, le délégué a répondu que l'intention est que les interventions financières soient obligatoirement accordées au prorata.

Afin d'éviter tout doute, le commentaire de l'article sera adapté en ce sens.

SECTION X+2 – DÉFINITIONS

Article X

La disposition insérée immédiatement après l'article X+36 de l'avant-projet sera pourvue d'un numéro et la numérotation de l'avant-projet revue en conséquence.

SECTION X+4 – REPRÉSENTATION DES ENTITÉS FÉDÉRÉES DANS LES ORGANES DE GESTION

Articles X+38 et X+39

1. L'article X+38 vise à porter à huit le nombre de représentants des entités fédérées appelés à siéger au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé de l'INAMI[11] .

2. L'article X+39 a pour objet de prévoir la présence – avec « voix consultative » – de représentants des entités fédérées au sein du Comité de l'assurance soins de santé [12].

Comme le précise le commentaire de la disposition :

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

[11] Le règlement d'ordre intérieur du Conseil général a été approuvé par arrêté royal du 26 janvier 2014.

[12] La composition du Comité de l'assurance est déterminée à l'article 10 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 'portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994'. Le règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance a été approuvé par arrêté royal du 12 septembre 2011, et modifié par arrêté royal du 17 janvier 2019.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

L'auteur de l'avant-projet prévoit en outre que la qualité de ces membres « est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles » [13].

Les échanges avec le délégué amènent à conclure que la présence des représentants des entités fédérées n'est pas conçue comme étant purement facultative :

> « Malgré le caractère facultatif (possibilité) d'être représentées, les entités fédérées seront membres des organes de gestion (avec voix consultative) et recevront les invitations, les ordres du jour et les documents de toutes les réunions. Il leur appartiendra de participer effectivement aux réunions en fonction des sujets traités pour contribuer avec les membres du niveau fédéral, dans l'exercice de leurs compétences respectives, à l'objectif de cohérence des politiques de soins de santé au profit des patients ».

Il découle de cette réponse que les entités fédérées, dès lors qu'elles acceptent d'être représentées avec voix consultative, seraient ensuite juridiquement tenues de participer aux réunions des organes concernés.

3. Il est rappelé qu'en vertu du principe de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, il est interdit d'imposer à des autorités qui ne relèvent pas de la compétence fédérale de participer, autrement que sur une base purement facultative, aux activités des organes de gestion de l'INAMI. Si l'intention est d'imposer une telle participation, il y a lieu de respecter l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles' [14].

Comme l'indique l'exposé des motifs, le principe de la représentation des entités fédérées au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé a déjà été consacré dans l'article 15, alinéa 1er, f), de la loi coordonnée.

---

[13] La note au Conseil des ministres précise ce qui suit :
« La clé de répartition suivante est appliquée, compte tenu du nombre de 8 prévu dans le projet de loi : 3 mandats pour la Flandre ; 1 mandat pour la Région wallonne ; 1 mandat pour la Fédération Wallonie-Bruxelles ; 1 mandat pour la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale ; 1 mandat pour la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale et 1 mandat pour la Communauté germanophone. Les projets d'arrêtés royaux seront concertés avec les entités fédérées ».

[14] À ce propos, voir l'avis 75.383/2 donné le 1er mars 2024 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 16 mai 2024 'modifiant l'ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en Région de Bruxelles-Capitale et créant l'École régionale des métiers de la sécurité, de la prévention et du secours – Brusafe', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2023-2024, n° A-864/1, pp. 64-69, faisant référence à l'avis 63.914/2/V donné le 27 août 2018 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 4 avril 2019 'modifiant l'ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en Région de Bruxelles-Capitale', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2018-2019, n° A-774/1, pp. 27-41.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Dans son avis 74.112/2/V, la section de législation a observé ce qui suit :

« L'article 3, 1°, de l'avant-projet, complète l'article 15, alinéa 1er, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après 'la loi coordonnée'), par un f) qui prévoit que le Conseil général de l'assurance soins de santé comprendra, outre les membres visés au a) à e), 'sept membres représentant les autorités visées aux articles 128,130, 135 et 138 de la Constitution à l'exception de la Commission communautaire flamande'. La même disposition en projet prévoit :

'Chacune de ces autorités est représentée par un membre à l'exception de la Communauté flamande qui est représentée par deux membres'.

L'article 3, 2°, de l'avant-projet, modifie par ailleurs l'article 15, alinéa 2, de la loi coordonnée, de manière à y prévoir que 'le mode de représentation des membres sous f)' sera prévu 'conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles'.

L'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', dispose comme suit :

'Le Roi règle, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris de l'accord des Gouvernements compétents, la représentation des Communautés et des Régions, selon le cas, dans les organes de gestion ou de décision des institutions et organismes nationaux, notamment consultatifs et de contrôle, qu'il désigne'.

L'article 15, alinéa 1er, f), en projet, de la loi coordonnée, méconnait l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980, en ce qu'il détermine le mode de représentation, au sein du Conseil général, des membres des entités fédérées qu'il vise. En effet, le législateur fédéral, d'une part, excède sa compétence dès lors que la loi spéciale du 8 août 1980 octroie au Roi celle de déterminer la représentation des entités fédérées au sein d'un organe national qu'il désigne, soit ici le Conseil général, et d'autre part, règle la représentation des entités fédérées sans accord des Gouvernements compétents, comme le requiert pourtant l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980.

Tels que modifiés, les alinéas 1er et 2 de l'article 15 de la loi coordonnée, apparaissent en outre contradictoires, dès lors que le dispositif complété de l'alinéa 1er contredit le dispositif de l'alinéa 2 selon lequel le mode de désignation des membres des entités fédérées est fixé conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980.

Interrogé à ce propos, le délégué du Ministre a indiqué ce qui suit :

'We zullen de tekst aanpassen om te melden dat de benoeming door de Koning van de leden van de deelstaten in de Algemene Raad zal gebeuren conform de procedure voorzien in artikel 92*ter* van de bijzondere wet'.

Il suggère en outre une nouvelle rédaction de l'article 15, alinéa 1er, f), en projet, de la loi coordonnée, comme suit :

'f) de membres représentant les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Les suggestions de modification formulées par le délégué du Ministre sont admissibles dès lors qu'il est précisé que la qualité de membres représentant les autorités visées aux articles 128,130, 135 et 138, de la Constitution, est conditionnée par l'adoption d'un arrêté pris par le Roi conformément à l'article 92*ter*, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 août 1980 » [15].

4. S'agissant de l'article X+38 de l'avant-projet, la section de législation constate que l'article 15, alinéa 1er, f), en projet de la loi coordonnée est libellé en fixant directement le nombre de représentants des entités fédérées.

Or, il n'appartient pas au législateur fédéral de déterminer le nombre de représentants des entités fédérées qui sont amenés à siéger dans un organe qu'il a institué. Une telle précision empiète sur les attributions du Roi de « régler » la « représentation » des entités fédérées conformément à l'article 92*ter* de la loi spéciale du 8 août 1980 et comme le prévoit l'article 15, alinéa 2, de la loi coordonnée. En effet, l'article 92*ter* ne réserve pas seulement au Roi le soin de déterminer le mode de désignation et de désigner les membres qui seront admis à siéger dans l'organe fédéral, mais également celui de fixer le nombre global de représentants des entités fédérées [16].

Les articles X+38 et X+39, 1°, de l'avant-projet seront revus à la lumière de cette observation.

5. Dans la phrase liminaire de l'article X+39, les mots « 11 août 2017 » seront remplacés par les mots « 26 mars 2007 ».

SECTION X+5 – SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE DE LA PROCÉDURE DE MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE

Article X+40

1. Dans la phrase liminaire, les mots « modifiée en dernier lieu par la loi du 22 juin 2016 » seront remplacés par les mots « modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001 » [17].

2. Au 1°, les mots « dans le délai de minimum un mois » seront remplacés par « dans le délai fixé par le demandeur, lequel ne peut être inférieur à un mois ».

---

[15] Avis 74.112/2/V donné le 23 août 2023 sur un avant-projet devenu la loi du 6 novembre 2023 'relative à un cadre pluriannuel et objectifs en matière de soins de santé', *Doc. parl.*, Chambre, 2022-2023, n° 55-3563/001, pp. 34-38.

[16] Pour un exemple d'arrêté adopté sur ce fondement et fixant la « représentation » des entités fédérées, voir le projet ayant fait l'objet de l'avis 55.676/4 donné le 2 avril 2014, projet devenu l'arrêté royal du 25 avril 2014 'relatif à la représentation des régions dans les conseils d'administration d'Infrabel et de la SNCB et dans le comité d'orientation RER de la SNCB'.

[17] Voir à ce propos l'avis 52.079/2 donné le 17 octobre 2012 sur un projet devenu l'arrêté royal du 4 décembre 2012 'modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

SECTION X+6 – SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Article X+42

1. Dans la phrase liminaire de la disposition, c'est à la loi du 6 novembre 2023 et non du 26 novembre 2023 qu'il convient de faire référence.

2. L'auteur de l'avant-projet entend consacrer dans la loi coordonnée le principe d'une limitation des suppléments d'honoraires des « dispensateurs de soins » [18]. Cette limitation sera prévue sans préjudice des interdictions de suppléments d'honoraires, qui sont déjà fixées de manière expresse pour certaines prestations (voir ci-dessous).

Ces interdictions de suppléments constituent une « *lex specialis* », qui déroge à la règle générale du plafonnement que l'article X+42 de l'avant-projet consacre.

Comme le précise le délégué, cette limitation aura vocation à s'appliquer aux dispensateurs de soins conventionnés pour les suppléments qu'ils sont autorisés à facturer et en cas d'application de l'article 152, § 2, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'. La limitation s'appliquera également aux dispensateurs de soins non conventionnés dans la mesure où ils sont autorisés à facturer des suppléments. Enfin, elle s'appliquera également aux dispensateurs de soins « partiellement conventionnés » dans le cadre des périodes et activités pour lesquelles ils ne sont pas conventionnés.

L'avant-projet habilite le Roi, sur proposition de la Commission d'accord concernée (qui doit adopter cet accord avant le 31 juillet 2027) et, à défaut, sur proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et par arrêté délibéré en Conseil des ministres, à plafonner la facturation des suppléments d'honoraires au plus tard le 1er janvier 2028.

Ce supplément maximal pourra différer selon la « prestation » ou le « groupe de prestations », la « spécialisation des dispensateurs de soins concernés » et selon que le « bénéficiaire soit ou non admis à l'hôpital ». Le Roi est habilité à fixer ce maximum soit sous la forme d'un montant maximal, soit la forme d'un pourcentage maximal du montant ou de l'honoraire servant de base de calcul pour l'intervention de l'assurance. Par ailleurs, la facturation des suppléments peut être limitée à une partie de ce montant ou de cet honoraire.

[18] Soit « les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions (…) » (article 2, n), de la loi coordonnée). Les « praticiens de l'art de guérir » sont « les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, légalement habilités à exercer leur art » (article 2, l), de la loi coordonnée).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

3. À ce jour, les dispensateurs de soins visés par la limitation de l'avant-projet fixent librement leurs honoraires et peuvent, à ce titre, s'écarter des tarifs fixés dans les accords correspondants [19]. Dans ce cas, le patient paie un « supplément d'honoraire » en plus du ticket modérateur [20]. Les dispensateurs conventionnés doivent respecter les tarifs de la nomenclature pour les prestations remboursées par l'assurance soins de santé. Ils restent toutefois libres de fixer leurs honoraires pour les prestations non reprises dans la nomenclature ou qui y sont reprises mais sont dispensées dans des conditions particulières [21].

Il est à noter que les hôpitaux sont tenus de fixer un pourcentage maximal des honoraires supplémentaires qui peuvent être facturés (un pourcentage du tarif officiel de l'assurance-maladie) [22]. En l'absence d'une limite imposée par la loi, ils fixent librement le pourcentage maximal des honoraires supplémentaires, lequel peut donc différer d'un établissement à l'autre.

4. Le principe de la liberté tarifaire a déjà fait l'objet de restrictions sous la forme d'interdictions pures et simples de facturation d'honoraires supplémentaires, imposées par le législateur dans certaines hypothèses [23]. De telles interdictions sont fondées sur la nécessité d'assurer l'accessibilité aux soins pour les patients et ont déjà été considérées par la Cour constitutionnelle comme étant compatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination, la liberté d'entreprendre et l'article 23 de la Constitution.

Ainsi, dans un arrêt n° 107/2014 du 17 juillet 2014, la Cour a considéré que l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés en chambre double ou commune n'est pas discriminatoire et que la limitation de la liberté tarifaire était raisonnablement justifiée au regard de l'objectif poursuivi par le législateur. Elle reconnaît également au législateur un pouvoir d'appréciation pour assurer l'équilibre entre les intérêts des patients et des prestataires de soins de santé :

> « B.10. Bien que les dispositions attaquées réduisent sensiblement la liberté de fixation des honoraires réclamés par les médecins hospitaliers et qu'elles peuvent, dans une certaine mesure, aboutir à freiner les investissements en matière d'équipement technologique des hôpitaux dans lesquels les suppléments d'honoraires sont pratiqués, elles tendent cependant à faire prévaloir, dans des hypothèses déterminées, les intérêts des patients sur ceux des médecins.

[19] Cette liberté tarifaire découle de l'article 35, alinéa 2, de la loi 'relative à l'exercice des professions de soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015'. Pour une analyse de cette question dans le cadre hospitalier, voir T. LOCOGE, A. VRANCKX, et S. BEN MESSAOUD, « 1. – Les obligations positives de l'État et l'accessibilité des soins au sein de l'hôpital », in *Droit hospitalier* (Colson P. *et al*., dir.), 1ère édition, Bruxelles, Larcier-Intersentia, 2025, pp. 43 et s.

[20] À savoir la partie du remboursement de la prestation qui reste à charge du patient une fois que les organismes assureurs ont remboursé leur part.

[21] Article 50, § 6, alinéas 1er et 2, de la loi coordonnée.

[22] Article 152, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

[23] Par exemple les prestations fournies lors d'un service de garde organisé (article 35, § 1er, de la loi coordonnée), pour les patients admis en chambre double ou en chambre commune (article 152, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008) ou encore lorsque sont dispensés des soins ambulatoires pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée, les « BIM » (article 53, § 5, de la loi coordonnée).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

B.11. La conciliation de pareils intérêts relève du pouvoir d'appréciation du législateur. La Cour ne pourrait censurer les choix du législateur que s'ils révélaient une différence de traitement injustifiée ou une disproportion entre les moyens utilisés et les objectifs visés ».

Selon la Cour, le principe d'égalité n'est pas mis à mal dans la mesure où « la décision d'adhérer ou non aux accords est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire » (B.14).

La Cour a également jugé la mesure compatible avec l'article 23 de la Constitution, compte tenu, d'une part, de ce que « les mesures attaquées qui visent à assurer à tous les patients un accès égal aux soins hospitaliers ont pour effet d'accroître la garantie consacrée à l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution et non de la diminuer » (B.24.2) et, d'autre part, de ce que ces mesures ne remettaient en cause « ni le droit du travail, ni le droit à une rémunération équitable des médecins visés » (du point de vue de l'article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution) [24].

S'agissant de la violation des règles du droit européen de la libre prestation des services et de la liberté d'établissement (articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne), rappelant la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne en la matière [25], la Cour constitutionnelle a estimé que « la loi vise donc à protéger la santé des personnes, objectif figurant à l'article 36 du TFUE, qui peut constituer, comme il a été rappelé en B.28.4, une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une restriction à la libre prestation de service » et qu'« il ressort de l'examen des moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution que les dispositions attaquées sont aptes à garantir la réalisation de cet objectif tout en maintenant, comme il a été rappelé en B.8, ce dernier en équilibre avec le souci d'assurer une rétribution équitable aux dispensateurs de soins en garantissant le maintien de la liberté d'honoraires et que ces dispositions ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif ».

Dans un arrêt n° 44/2024 du 11 avril 2024, où la Cour constitutionnelle avait à examiner une mesure d'interdiction de suppléments d'honoraires pour les soins de santé aux patients bénéficiant de l'intervention majorée (« BIM »), elle a jugé ce qui suit sur la compatibilité d'une telle interdiction avec la liberté d'entreprendre :

« B.7.1. Les dispositions attaquées visent à ménager un équilibre entre équité et égalité pour ce qui est de l'accessibilité financière des soins de santé, de la qualité des soins ambulatoires offerts et de la viabilité des soins de santé en allouant efficacement les ressources.

[24] La Cour a par ailleurs souligné que les parties requérantes étaient en défaut d'étayer une quelconque corrélation entre la qualité des soins et le montant des honoraires tarifiés aux patients :
« elles n'avancent aucune donnée permettant de conclure que la qualité des soins en Belgique serait mieux assurée par les hôpitaux, au demeurant minoritaires, qui réclament des montants d'honoraires supplémentaires aux patients admis en chambre double ou en chambre commune » (B.24.3).

[25] Voir notamment les conditions qui se dégagent des arrêts suivants : C.J.C.E. (Gde Ch.), 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, § 62 ; C.J.U.E. (Gde Ch.), 1er juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, § 53 ; C.J.C.E., 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, § 29 ; et C.J.U.E., 12 septembre 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, § 47.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

L'accessibilité des soins de santé est garantie par une diminution des coûts pour les personnes en difficulté financière qui sont bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

B.7.2. En ce qu'elles interdisent aux dispensateurs de soins de facturer aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, pour les soins ambulatoires qu'ils dispensent, des honoraires ou tarifs supérieurs aux tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire, les dispositions attaquées tendent à protéger les intérêts des patients qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance. En effet, sans l'article 22 de la loi du 29 novembre 2022, l'intervention majorée risquerait, en raison de la tarification libre des dispensateurs de soins non conventionnés, de devenir insuffisante et d'être réduite à néant, de sorte que l'accessibilité des soins de santé ne pourrait plus être assurée.

B.8.1. Il est inhérent à la mesure attaquée que celle-ci n'ait de conséquences que pour les dispensateurs de soins non conventionnés, étant donné que les dispensateurs de soins conventionnés respectent déjà les tarifs de l'accord tarifaire. L'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires permet d'atteindre le but poursuivi par le législateur, à savoir l'accessibilité financière et l'efficacité réelle de l'intervention majorée de l'assurance, de sorte que la mesure attaquée est pertinente.

B.8.2. Le législateur a pu considérer que les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance ne disposent pas des moyens leur permettant de payer des suppléments par rapport au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance ou par rapport aux honoraires qui résultent des accords tarifaires. Aussi, la disposition attaquée est nécessaire pour protéger les bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance. En effet, ainsi qu'il a été relevé dans l'exposé des motifs, les initiatives qui ont déjà été prises sont insuffisantes pour éviter que les ménages à faibles revenus reportent leurs soins de santé pour des raisons financières (*Doc. parl*., Chambre, 2021-2022, DOC 55-2882/001, p. 17). En outre, il est possible que, dans certaines régions, il n'y ait pas suffisamment de dispensateurs de soins conventionnés dans certains domaines (*Doc. parl*., Chambre, 2022-2023, DOC 55-2882/002, p. 20), en conséquence de quoi des patients bénéficiaires de l'intervention majorée sont renvoyés par leur médecin généraliste vers un spécialiste qui n'est pas conventionné (ibid.).

B.8.3. L'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires aboutit à traiter de la même manière les dispensateurs de soins conventionnés et les dispensateurs de soins non conventionnés en ce qui concerne les indemnités qu'ils perçoivent pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, sans que le législateur octroie aux dispensateurs de soins non conventionnés les avantages du conventionnement. Les dispensateurs de soins non conventionnés restent toutefois libres de facturer des suppléments d'honoraires à leurs patients non bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Il est certes probable que tous les dispensateurs de soins non conventionnés ne seront pas en mesure de compenser aussi aisément les effets financiers des mesures attaquées, étant donné qu'ils ne supportent pas tous les mêmes coûts en ce qui concerne leurs formations permanentes et les outils logistiques et matériels qui leur sont nécessaires. Cependant, il ne peut être attendu du législateur qu'il tienne compte des particularités de chaque catégorie distincte de dispensateurs de soins ; il peut appréhender leur diversité de manière approximative et simplificatrice. Pour le surplus, les parties requérantes ne démontrent pas que la mesure attaquée aurait un effet tel que certains praticiens seraient contraints de mettre fin à leurs activités, de quitter le pays ou d'adhérer contre leur gré à l'accord tarifaire. En outre, même à supposer que la mesure attaquée puisse avoir pour effet de rendre onéreuse l'utilisation, par certains praticiens, de traitements et appareils modernes, l'on ne saurait raisonnablement prétendre que la mesure attaquée limite la liberté thérapeutique de ces praticiens. Enfin, la mesure ne porte pas atteinte au droit au libre choix du praticien.

B.8.4. En rendant l'interdiction de suppléments d'honoraires applicable à la dispensation de soins ambulatoires aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (article 37, § 19, de la loi du 14 juillet 1994), le législateur a dès lors pris une mesure qui est raisonnablement justifiée […] » [26].

5. En tant qu'elle restreint la liberté tarifaire des dispensateurs de soins, la disposition en projet doit également pouvoir se justifier au regard de l'article 23 de la Constitution, de la liberté d'entreprendre [27] et du principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution.

L'exposé des motifs de l'avant-projet ne contient aucune justification de la mesure au regard de ces différents principes. À ce propos, le délégué a indiqué :

« Deze maatregel beoogt de excessen te beperken, daar waar enerzijds een hervorming van de nomenclatuur bij de artsen en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een algemene herijking gaan en anderzijds de hervorming van het akkoordensysteem algemene maatregelen voorzien i.h.k.v. de richttarieven om zo tot een specifieke herijking te gaan met het oog op het herevalueren van verouderde tarieven.

Daarenboven zullen de percentages vastgesteld worden in overleg met de desbetreffende sectoren en rekening houdend met de eigenheid van de sector en de types verstrekkingen die daaronder vallen. Gelet op het bovenstaande zal voor het overgrote deel van de zorgverleners de maatregel aan zich geen negatieve impact hebben, gezien zij ofwel geen supplementen aanrekenen ofwel supplementen aanrekenen die onder de percentages vallen. De outliers die excessieve supplementen aanrekenen zullen daarentegen wel geviseerd worden, wat gerechtvaardigd kan worden door artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de huidige budgettaire context.

[26] Voir encore dans le même sens C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025.

[27] Voir l'article II.3 du Code de droit économique, ainsi que l'article 16 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Deze maatregel kadert o.i. dus in artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de absolute wil om een financieel toegankelijke gezondheidszorg in België te blijven garanderen voor rechthebbenden. In de uitdagende budgettaire context waar toch aanzienlijk budget voorzien wordt voor de verstrekkingen verleend door zorgverleners en een bijkomende inspanning gedaan wordt met het oog op het herijken van een groot tal verstrekkingen, kan verwacht worden dat op deze zorgverleners door de financiering vanuit staat ook op hun een taak van algemeen belang rust om geen excessieve bedragen aan te rekenen (zoals voor een deel van de zorgverleners deontologisch al bepaald is), des te meer wanneer het niet uitgesloten is dat de rechthebbende zelf bijkomend geresponsabiliseerd zal worden. Het excessief karakter wordt daarenboven beter afgeleid door de lopende hervormingen ».

6. L'exposé des motifs de l'avant-projet sera utilement complété par les éléments qui, selon son auteur, justifient la mesure au regard des normes constitutionnelles et européennes précitées, compte tenu également des observations qui suivent.

7. Quant au fond, la section de législation ne peut, dans le cadre de l'analyse du présent avant-projet, se prononcer sur la proportionnalité des ingérences résultant des différents plafonnements qui seront imposés. Elle se limitera dès lors à examiner le principe d'une limitation généralisée des suppléments d'honoraires à l'aune des normes constitutionnelles et européennes précitées.

8. S'agissant de l'article 23 de la Constitution, la mesure tend à garantir le droit « à la protection de la santé » et à « l'aide médicale » au sens de son alinéa 3, 2°. Le Roi n'aura effectivement d'autre choix que de prolonger l'intention du législateur sous la forme de plafonnements qui garantissent ces droits.

S'agissant du « droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle » et du « droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables » (article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution), la mesure à l'examen constitue une restriction plus conséquente dans la liberté tarifaire des médecins non conventionnés que les interdictions sectorielles qui ont été examinées par la Cour constitutionnelle. Le législateur entend effectivement appliquer le plafonnement, en principe, à l'ensemble des prestations de santé (selon des modalités qui pourraient différer en fonction des secteurs et des types de prestations).

Dans son principe, la disposition à l'examen ne paraît pas mettre à mal ces droits, ne portant pas atteinte à la liberté du choix entre conventionnement et non-conventionnement. Il ressort clairement du dossier et des échanges avec le délégué que l'habilitation confiée au Roi vise uniquement à lutter contre les dérives et les excès. Le dispensateur non conventionné restera libre de pratiquer des tarifs supplémentaires plus élevés que pour les dispensateurs conventionnés. Le droit à une « rémunération équitable » ne pourrait donc être méconnu en application du dispositif en projet. Il appartiendra toutefois au Roi de tenir compte des réalités propres à chacune des prestations de soins de santé et de la nature des prestations, ce que l'exposé des motifs confirme.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

9. Concernant la restriction qu'apporte cette disposition à la liberté d'entreprise des dispensateurs, laquelle découle notamment de l'article II.3 du Code de droit économique ainsi que de l'article 16 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, il ressort de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle précitée que la liberté d'entreprendre n'est pas absolue et que, dans le domaine des soins de santé, des limitations peuvent y être apportées lorsqu'un objectif légitime le justifie et que la restriction n'est pas disproportionnée. L'accessibilité des soins de santé pour les patients, lorsqu'elle repose sur des données empiriques qui attestent de l'utilité de la mesure [28], constitue un objectif légitime selon la Cour constitutionnelle. C'est au législateur qu'il appartient de déterminer l'équilibre entre les intérêts des patients et ceux des dispensateurs. Il peut à ce titre décider de faire prévaloir les intérêts des premiers sur les intérêts des seconds, pour autant qu'il respecte le principe d'égalité et de non-discrimination. Il appartiendra au Roi de veiller à ce que, dans la fixation de ces plafonds, les critères dégagés par la Cour constitutionnelle soient respectés et notamment que « la pression que font peser les mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée » [29].

10. S'agissant de la restriction apportée à la libre prestation des services et de la liberté d'établissement (articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et article 15, paragraphe 2, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne), la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne est établie en ce sens que des mesures nationales susceptibles de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice des libertés fondamentales garanties par le traité ne peuvent être admises qu'à la condition qu'elles poursuivent un objectif d'intérêt général, qu'elles soient propres à garantir la réalisation de celui-ci et qu'elles n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi. En l'espèce, la mesure s'inscrit dans le cadre de l'accessibilité aux soins de santé. Or, comme l'a déjà jugé la Cour de justice de l'Union européenne : « […] la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi les biens et les intérêts protégés par le traité », de sorte « qu'il appartient aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique ainsi que de la manière dont ce niveau doit être atteint. Celui-ci pouvant varier d'un État membre à l'autre, il convient de reconnaître aux États membres une marge d'appréciation » [30]. La mesure à l'examen semble pleinement s'inscrire dans cet objectif [31].

[28] Les chiffres communiqués démontrent l'abus que font certains dispensateurs de soins de leur liberté tarifaire en fixant, dans certains cas, leurs honoraires à 300 % du tarif de base.

[29] C.C., 17 juillet 2014, n° 107/2014, p. 23. Voir également C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025, B.37 à B.38.2.

[30] C.J.U.E. (Gde Ch.), 1er juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, §44 ; C.J.U.E., 12 septembre 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, § 51 (où la Cour avait à examiner, dans le cadre d'une question préjudicielle, des règles déontologiques allemandes imposant notamment des « honoraires appropriés » au regard des tarifs officiels).

[31] Voir également C.C., 13 mars 2025, n° 44/2025, B.33 à B.36.5.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

11. Il conviendra également d'assurer le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, d'une part, entre les dispensateurs conventionnés et non-conventionnés et, d'autre part, entre les catégories de dispensateurs non conventionnés dont les suppléments d'honoraires pourraient être limités de manière différente. Ce principe n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre ces catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes. Sur ce dernier point, il est bienvenu de laisser au Roi la possibilité de moduler le plafonnement « en fonction de la prestation de santé fournie ou du ou des groupes de prestations de santé fournies », dès lors que certains secteurs d'activité paraissent plus propices à la surfacturation d'honoraires supplémentaires que d'autres [32].

12. Il peut encore être relevé que l'avant-projet s'inscrit dans le prolongement d'exigences déontologiques incombant déjà à la plupart des dispensateurs de soins, notamment aux médecins, dont le Code de déontologie interdit de réclamer des honoraires « manifestement trop élevés » [33]. Il en va également ainsi, par exemple, des infirmiers [34] ou des psychologues [35]. Dans cette mesure, l'avant-projet ne fait que consacrer dans la loi un mécanisme qui s'inscrit dans le prolongement d'une obligation déontologique préexistante, laquelle repose sur l'idée que le dispensateur de soins n'est pas un commerçant comme les autres [36].

---

[32] Voir notamment l'avis du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé « Performance du système de santé belge : rapport 2024 », p. 52, qui atteste de contributions personnelles trop élevées dans les soins hospitaliers classiques en raison de suppléments facturés et dans les soins ambulatoires (disponible via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376B_HSPA2024__Rapport.pdf).

[33] L'article 33 du Code de déontologie prévoit que le médecin détermine ses honoraires correctement et conformément aux prestations réellement fournies. Le commentaire de cet article précise que « Le médecin fixe ses honoraires en bonne foi. Il fait preuve d'honnêteté et de modération. Réclamer des honoraires manifestement trop élevés peut entraîner d'une part des mesures disciplinaires et d'autre part la modération des honoraires par les tribunaux » (Code de déontologie médicale commenté, publié sur le site de l'Ordre des médecins, disponible via https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-version-actualisee-decembre-2024.pdf).
L'article 34 de ce Code prévoit également que « Le médecin place les intérêts du patient et de la collectivité au-dessus de ses propres intérêts financiers ». Dans le commentaire, il est souligné ce qui suit : « (…) il existe une incompatibilité entre l'esprit commercial et l'esprit médical : dans un contexte commercial, il est normal d'augmenter la production, de faire de la publicité, de recevoir des participations ou des commissions, de multiplier les points de vente. En un mot, de poursuivre des intérêts purement matériels. En médecine, le patient doit pouvoir être assuré que les examens pratiqués et les traitements prescrits se limiteront à ce qui est nécessaire à ses soins et *in fine* à sa guérison (…). Tout accord ou convention d'un médecin plaçant son intérêt (financier) personnel au-dessus de celui de son patient est répréhensible. Aussi, la dichotomie, sous quelque forme que ce soit, et avec qui que ce soit, est toujours sévèrement condamnée ». Voir aussi : Cass., 28 avril 1987 (RG 9776), *Pas*., 1987, p. 1007. La mesure à l'examen s'inscrit donc dans l'essence même de l'exercice déontologique de la profession.

[34] Articles 18 et 19 du Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges (disponible via : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf).

[35] Articles 37 et 38 du Code de déontologie des psychologues (disponible via : https://www.compsy.be/le-code-de-deontologie).

[36] Au sens de la Cour européenne des droits de l'Homme, l'activité médicale est d'ailleurs explicitement qualifiée de « non commerciale », ce qui est de nature à justifier de lutter contre les abus dans ce domaine. Voir not. Cour E.D.H., 29 janvier 2008, *Villnow c. Belgique*, n° 16938/05 où la Cour était invitée à se prononcer sur la compatibilité de l'interdiction du rabattage de clientèle avec la liberté d'expression. Elle rappelle que « [l]'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale qui, elle, obéit à des règles qui lui sont propres. La mission du médecin

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

13. Si le principe d'une délégation au Roi n'est pas interdit (voire se recommande au regard du principe d'égalité), il est rappelé que la mesure à l'examen s'inscrit néanmoins dans le cadre des droits consacrés par l'article 23, alinéa 3, 1° et 2°, de la Constitution. Si le principe de légalité issu de l'article 23 de la Constitution n'impose pas au législateur de fixer l'ensemble des éléments essentiels de la mesure envisagée, il est tenu de respecter certains principes qui régissent la répartition des attributions entre pouvoir exécutif et pouvoir législatif [37].

Comme l'a rappelé la section de législation dans un avis 76.271/16 donné le 27 mai 2024 sur un projet devenu l'arrêté royal du 2 juin 2024 'modifiant l'article 1er de l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs' :

> « 5.2. Il ressort tant de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que des avis de la section de législation du Conseil d'État que l'article 23 de la Constitution doit être considéré comme une des dispositions de la Constitution qui réservent certaines matières à un législateur.
>
> Il résulte de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que l'article 23 de la Constitution n'interdit pas les habilitations pour autant que celles-ci portent sur des 'mesures' [38], sur 'l'exécution de mesures' [39], sur 'l'adoption de mesures' [40] ou sur des 'compétences' [41] dont l'objet a été déterminé par le législateur compétent et que l'article 23 de la Constitution 'ne s'oppose nullement à ce que le législateur confie au Roi le pouvoir de préciser une matière déterminée, dont il désigne l'objet' [42].
>
> Bien qu'il apparaisse de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que l'article 23 de la Constitution 'n'impose pas au législateur de régler tous les éléments essentiels du droit' [43], il résulte de la légisprudence du Conseil d'État que ce dernier estime que l'obligation de déterminer l'objet des mesures sur lesquelles la délégation porte dans une matière réservée au législateur par l'article 23 de la Constitution implique qu'il appartient à celui-ci d'encadrer les délégations qu'il accorde au pouvoir exécutif en réglant lui-même à suffisance les éléments suivants : la portée, les conditions d'octroi et le champ d'application personnel des droits visés à l'article 23 de la Constitution [44] ».

---

est d'une autre nature : il participe à la préservation de la santé publique et il assume des devoirs spécifiques envers la collectivité […]. La médecine n'est pas un bien marchand échangé pour une contrepartie financière ».

[37] Pour une analyse exhaustive de l'évolution de la jurisprudence en la matière, voir I. HACHEZ et L. TRIAILLE, « Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels : la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins », in *La légalité : un principe de la démocratie belge en péril* (DETROUX L. *et al.,* dir.), 1ère ed., Bruxelles, Larcier, 2019, pp. 179 et s.

[38] *Note de bas de page 6 de l'avis cité*. C.C., 5 mars 2015, n° 24/2015, B.39 et C.C., 30 avril 2015, n° 47/2015, B.7.

[39] *Note de bas de page 7 de l'avis cité*. C.C., 10 juillet 2008, n° 101/2008, B.39 ; C.C., 18 décembre 2008, n° 182/2008, B.6.3 ; C.C., 31 juillet 2013, n° 110/2013, B.4 ; C.C., 3 avril 2014, n° 62/2014, B.3.2. Voir également C.C., 5 mai 2009, n° 73/2009, B.6.4.

[40] *Note de bas de page 8 de l'avis cité.* C.C., 28 juin 2012, n° 84/2012, B.5.2 ; C.C., 17 mars 2016, n° 42/2016, B.8.1.

[41] *Note de bas de page 9 de l'avis cité*. C.C., 6 octobre 2016, n° 125/2016, B.16.1.

[42] *Note de bas de page 10 de l'avis cité*. C.C., 12 juillet 2012, n° 88/2012, B.13.3.

[43] *Note de bas de page 11 de l'avis cité*. C.C., 15 juin 2017, n° 71/2017, B.9 ; C.C., 21 juin 2018, n° 77/2018, B.5.4 ; C.C., 27 juin 2019, n° 105/2019, B.6 ; C.C., 24 octobre 2019, n° 148/2019, B.31 ; C.C., 14 mai 2020, n° 67/2020, B.9.1.

[44] *Note de bas de page 12 de l'avis cité*. Voir l'avis C.E. 63.964/4/VR du 16 octobre 2018 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 25 avril 2019 'relative au patrimoine culturel mobilier et immatériel de la Région de Bruxelles-Capitale'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

En l'état du dispositif, la délégation conférée au Roi est trop largement formulée et trop peu encadrée.

Le dispositif sera complété afin de préciser au moins les critères que le Roi est tenu de prendre en compte au moment de fixer les plafonds (*a fortiori* en l'absence d'un accord proposé, situation dans laquelle son pouvoir d'appréciation sera moins balisé). À ce titre, certaines précisions figurant dans le commentaire de la disposition gagneraient à être intégrées au dispositif dont, notamment, l'idée que la mesure ne peut être destinée qu'à lutter contre les dérives et excès dans les pratiques tarifaires, ce qui devra reposer sur des données concrètes et chiffrées.

Quant à la fixation, dans l'avant-projet, de montants et pourcentages maximaux que le Roi serait tenu de respecter, le délégué répond ce qui suit :

> « Het vaststellen van minimum- en maximumplafonds aan de bevoegdheid van de Koning in de wet zelf zou kunnen worden gepercipieerd als een voorafname op het overleg en besluitvormingsproces. Ruime minimum-en maximumplafonds met voldoende marge voor overleg en afwijkingsmogelijkheden gelet op eigenheden van sectoren en verstrekkingen zouden daarenboven niet meteen de rechtszekerheid bevorderen. Beperktere minimum-en maximumplafonds vormen dan weer een risico op het niet respecteren van het gelijkheidsbeginsel. Gelet op de gevoeligheden hiervoor binnen bepaalde sectoren en de eigenheid van verschillende groepen van verstrekkingen heeft men geopteerd dit niet te doen ».

Article X+44

Les mots « et modifié par la loi du 11 août 2017, » seront omis.

SECTION X+7 – FINANCEMENT DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES REPRÉSENTATIVES

Article X+46

1. Les mots « et modifié par la loi du 11 août 2017 » seront omis.

2. Il est prévu d'habiliter le Roi à fixer les modalités selon lesquelles le montant de base et le montant complémentaire de l'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives sont déterminés et répartis. Cet arrêté royal doit être adopté sur proposition de la commission d'accord concernée. « En l'absence » d'une telle proposition, « le Roi fixe ces modalités par arrêté délibéré en Conseil des ministres ».

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

À la question de savoir quand précisément le Roi sera en mesure de fixer unilatéralement ces modalités et si un délai pourrait être prévu pour que la commission d'accord établisse sa proposition, le délégué a répondu ce qui suit :

> « Het ontwerp voorziet geen termijn binnen dewelke de akkoordencommissies een voorstel moeten doen. De tegemoetkoming wordt gewoonlijk voor enkele jaren vastgesteld. Vervolgens moet er voor elke sector telkens een nieuw koninklijk besluit worden genomen. Het is eventueel mogelijk om aan de minister de bevoegdheid te geven om, wanneer hij een commissie vraagt om een voorstel te doen, de termijn te bepalen waarbinnen dit moet gebeuren, bv. een maand na de vraag van de Minister. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd, legt de Koning de modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit ».

Dans un souci de prévisibilité et de sécurité juridique, il serait effectivement judicieux de fixer des délais, à l'instar du mécanisme suggéré par le délégué.

La disposition sera revue en conséquence.

Article X+47

Cette disposition fixe au 1er janvier 2026 l'entrée en vigueur de la section X+7 relative au « [f]inancement des organisations professionnelles représentatives » (article X+46).

Le commentaire de l'article X+46 indique toutefois que cette section n'est destinée à sortir ses effets qu'à l'issue de la première élection qui suit son entrée en vigueur. Les élections devraient se tenir en 2028. Rien n'interdit, en l'état du texte, que l'arrêté adopté par le Roi sur proposition de la commission d'accord concernée entre en vigueur avant ces élections. À ce titre, le délégué a précisé ce qui suit :

> « We stellen voor om in het artikel X+47 toe te voegen dat voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, deze bepalingen uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling ».

La disposition sera revue en conséquence.

SECTION X+8 – OBLIGATION D'UTILISATION DE SERVICES ÉLECTRONIQUES PAR LES DISPENSATEURS DE SOINS

Article X+48

La phrase liminaire fera référence à la dernière modification de l'alinéa 6, apportée par la loi du 30 octobre 2018 'portant des dispositions diverses en matière de santé'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

SECTION X+9 – NUMÉROS INAMI

Article X+49

Les mots « , modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, » seront insérés entre les mots « loi » et « est complété ».

Article X+52

1. L'avant-projet consacre la suspension du numéro INAMI comme sanction alternative à l'amende administrative que peuvent prononcer les Chambres de première instance et de recours de l'INAMI. Cette mesure ne peut être imposée que dans le cadre des infractions prévues à l'article 73*bis*, 1° à 4°, de la loi coordonnée pour des prestations litigieuses qui dépassent la valeur de 35.000 euros.

Cette sanction alternative peut être infligée pour une période allant d'un mois à maximum deux ans.

Du point de vue de ses effets, cette sanction de suspension du numéro INAMI n'interdit pas au dispensateur de soins de pratiquer son art, contrairement à une suspension de l'exercice de sa profession par les instances disciplinaires compétentes.

Comme le précise le commentaire de l'article X+53 :

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

En ce qui concerne son objectif, selon l'exposé des motifs, la mesure est fondée sur le constat de l'inefficacité des sanctions actuellement prévues par l'article 142 de la loi coordonnée, compte tenu de ce que « certains dispensateurs de soins n'exécutent pas les décisions définitives et ne paient donc pas leurs amendes administratives, ou que l'amende ne les incite pas à modifier leur comportement en matière de tarification ». Cette mesure pourra être imposée dans le cadre des procédures administratives contradictoires déjà existantes, entamées par le Service d'évaluation et de contrôle médical sur la base d'une requête devant les Chambres de première instance. La sanction « alternative » est destinée à lutter contre les abus et contre le comportement des dispensateurs de soins qui ne respectent pas les décisions de l'INAMI. L'exposé des motifs précise ce qui suit :

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

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

une mesure alternative est plus appropriée (…). La mesure alternative permet d'avoir un effet concret plus rapidement que ne le permet l'amende administrative. En effet, un dispensateur de soins a besoin d'un numéro INAMI pour pouvoir porter en compte les soins à l'assurance soins de santé et pour pouvoir attester à l'assuré ».

S'agissant du délai maximal de la sanction, l'exposé des motifs présente ce qui suit :

« Cette mesure peut être imposée pour une certaine durée, allant d'un minimum d'un mois à un maximum de deux ans. Le maximum a été fixé à deux ans, par analogie avec la suspension maximale d'un médecin par les instances déontologiques compétentes [45]. Le fait qu'une 'fourchette' entre un minimum et un maximum soit prévue pour les juridictions administratives, dans laquelle elles peuvent statuer, n'entraîne pas d'insécurité juridique, mais permet simplement aux juridictions administratives d'imposer la mesure la plus appropriée au cas par cas en fonction des éléments du dossier. Comme dans les procédures disciplinaires, il peut également y avoir des différences dans les procédures administratives qui justifient une mesure plus stricte dans un cas que dans l'autre ».

2. Invité à donner des précisions sur la portée concrète de la sanction sur la vie professionnelle du dispensateur de soins et notamment sur ses implications financières, le délégué a répondu ce qui suit :

« La suspension a une durée limitée, comme prévu dans le projet de loi, et est limitée à certaines infractions visées à l'article 73*bis* de la loi SSI. Concernant les conséquences 'concrètes, professionnelles et financières', les prestations du dispensateur de soins, dont le numéro INAMI est suspendu, ne pourront pas bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé. Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant, à l'assurance obligatoire soins de santé. Si, malgré tout, l'assurance est intervenue, la récupération sera à charge du dispensateur de soins suspendu concerné et non du patient (pour ne pas pénaliser ce dernier).

Effectivement, il ne s'agit pas ici d'une interdiction d'exercer la profession : la suspension du numéro INAMI n'interdit pas de poser des actes médicaux ».

3. Les sanctions à charge des dispensateurs de soins, infligées sur le fondement de l'article 142 de la loi coordonnée, notamment lorsque des attestations de soins ont été délivrées alors que les prestations correspondantes n'ont pas été effectuées, sont susceptibles de revêtir un caractère pénal au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il en va notamment ainsi des amendes administratives [46].

[45] Faisant référence, ici, à l'article 16, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 'relatif à l'Ordre des médecins' (« Les sanctions dont dispose le conseil provincial sont : l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre »).

[46] Voir à ce propos I. FICHER, H. DASNOY, « Les sanctions dans le domaine de la sécurité sociale : vue d'ensemble et questions d'actualité », in *Questions transversales en matière de sécurité sociale* (Collection UB3) (D. DUMONT, dir.), Bruxelles, Larcier, 2017, spéc. p. 177 et s., faisant référence à Corr. Hainaut (div. Charleroi), 27 juillet 2015, *Chron. D.S.*, 2016, p. 82. Pour un rappel des critères applicables, voir Cour eur. D.H., 14 septembre 2015, *Kapetanios et autres c. Grèce*, § 52 et pour la jurisprudence de la Cour de cassation : Cass., 14 janvier 2013, R.G. n° C.11.0769.N, juportal.be.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

L'objet de la sanction portée par l'avant-projet et ses conséquences sur l'activité professionnelle du dispensateur de soins (dans l'hypothèse, par exemple, d'une suspension de deux ans) amènent à considérer qu'il s'agit d'une sanction à caractère pénal au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Lorsqu'une sanction administrative revêt un tel caractère, un certain nombre de garanties relatives à la matière pénale sont applicables, comme le principe de légalité, le principe *non bis in idem*, la présomption d'innocence et le droit à un recours. Le délégué confirme le caractère pénal de cette sanction – conçue comme alternative à l'amende administrative – et l'application des garanties découlant de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme [47].

L'attention est attirée notamment sur la nécessité de respecter le principe *non bis in idem* [48], au vu du caractère pénal que revêtent à la fois la mesure de sanction à l'examen et les sanctions disciplinaires qui pourraient être infligées par les instances compétentes pour un même fait.

SECTION X+10 – ÉVALUATION ET CONTRÔLE MÉDICAUX

Article X+54

Dans un souci de sécurité juridique et de prévisibilité de la norme, et si telle est bien l'intention de l'auteur de l'avant-projet, il sera précisé dans le dispositif que les condamnations judiciaires pour « faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes ou escroquerie visés au Code pénal social » doivent avoir eu lieu dans le cadre de l'assurance soins de santé pour que la cause d'incompatibilité s'applique.

Article X+57

Les mots « 29 novembre 2022 » seront remplacés par les mots « 12 janvier 2023 ».

[47] Voir, sur la question du caractère pénal des sanctions administratives infligées à des dispensateurs de soins dans le cadre de la loi coordonnée, l'avis 37.765/1-2-3-4 donné le 4 novembre 2004 sur un avant-projet devenu la loi-programme du 27 décembre 2004, *Doc. parl*., Chambre, 2004-2005, n° 51-1437/001, pp. 583-646.

[48] La Cour européenne des droits de l'homme, dans son arrêt n° 19961/17, *C.Y. c. Belgique* du 14 novembre 2023, a rappelé les conditions dans lesquelles la coexistence de deux procédures était admissible, à savoir lorsqu'elles présentent un lien matériel et temporel suffisamment étroit, les buts poursuivis et les moyens utilisés devant être complémentaires, et les conséquences proportionnées et prévisibles pour le justiciable.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

CHAPITRE 2 – MODIFICATIONS À LA LOI-PROGRAMME (I) DU 24 DÉCEMBRE 2002

Article X+59

1.1. Comme déjà souligné, les articles X+59 et suivants de l'avant-projet organisent notamment un traitement de données nouveau en ce qu'ils confient à l'Agence intermutualiste l'analyse des données collectées et traitées par les organismes assureurs aux fins d'identifier les dispensateurs de soins dont « le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » (article X+59, 2°, de l'avant-projet).

Conformément à l'article 278, alinéa 1er, et alinéa 4, en projet de la loi-programme du 24 décembre 2022, cette tâche sera effectuée à l'initiative de l'Agence elle-même, à la demande de l'INAMI ou de divers services publics fédéraux, à la demande du Ministre, ou encore, à la demande des organismes assureurs agissant en qualité de responsables conjoints du traitement de données « afin de vérifier la bonne application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour [lire : « par »] les dispensateurs de soins individuels » (article X+59, 1°, de l'avant-projet).

Il est prévu que les résultats de cette analyse seront communiqués aux organismes assureurs et au Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI qui pourront agir séparément ou conjointement et utiliser les résultats dans le cadre de leurs compétences de contrôle respectives.

Si l'article 278 de la loi-programme du 24 décembre 2002 prévoit déjà que l'Agence intermutualiste « a pour but d'analyser dans le cadre des missions des organismes assureurs les données qu'ils collectent et de fournir les informations à ce propos », l'avant-projet à l'examen entend ajouter une finalité au traitement de données ainsi réalisé, comme le confirme le commentaire de l'article :

> « Afin d'ancrer les enquêtes antifraudes dans la législation, l'actuel article 278 de la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 est modifié afin de donner aux organismes assureurs la possibilité d'intervenir en cas de fraude, de surconsommation, de soins inefficaces, etc., sur la base de l'analyse des données collectées par l'Agence intermutualiste. Pour lutter contre la fraude de manière intermutualiste, il est plus efficace d'analyser l'ensemble des données des organismes assureurs ensemble. Cette tâche pourrait être assurée par l'Agence intermutualiste. Par exemple, l'article 278 de la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 dispose déjà (au premier alinéa) que l'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leurs missions et de fournir les informations nécessaires. Cet article 278 est désormais complété pour cette finalité. De plus, l'ancrage légal de cette compétence empêche en outre que cette compétence soit remise en cause par des dispensateurs de soins ciblés dans le cadre de poursuites judiciaires intentées. Enfin, cet article comporte quelques adaptions formelles (nouvelles dénominations des instances concernées et une adaptation du renvoi suite à l'introduction d'un nouvel alinéa) ».

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Le texte en projet a également pour objet de permettre que les traitements de données soient réalisés à la demande d'organismes non visés actuellement – les organismes assureurs – et que les résultats des traitements leurs soient communiqués. L'objet de l'article X+59 va donc au-delà du seul ajout d'une finalité du traitement de données.

1.2. Il convient de rappeler qu'au regard du droit au respect de la vie privée consacré notamment par l'article 22 de la Constitution, lorsque le législateur entend organiser un nouveau traitement de données à caractère personnel, il doit fixer lui-même les éléments essentiels de ce traitement.

Ainsi que l'a rappelé l'Assemblée générale de la section de législation dans son avis 68.936/AG donné le 7 avril 2021, les éléments essentiels du traitement de données à caractère personnel sont les suivants : « 1°) les catégories de données traitées ; 2°) les catégories de personnes concernées ; 3°) la finalité poursuivie par le traitement ; 4°) les catégories de personnes ayant accès aux données traitées ; et 5°) le délai maximal de conservation des données » [49].

À cet égard, les règles prévues par le texte en projet, même combinées avec l'ensemble des articles 278 à 281 de la loi-programme du 24 décembre 2002, tel que l'avant-projet entend modifier ces dispositions, sont en défaut de répondre aux exigences ainsi rappelées.

Ainsi :

1° Les catégories de données traitées sont définies de manière extrêmement générale comme étant « les données collectées et traitées par les organismes assureurs » : le texte en projet doit indiquer les catégories précises de données, au sein des données collectées et traitées par les organismes assureurs, ici concernées, de manière à garantir que seront uniquement traitées les données dont le traitement est nécessaire au regard de la nouvelle finalité prévue, ce afin de garantir la proportionnalité du traitement au regard du but poursuivi.

Dans la mesure où les données traitées concerneraient aussi des données personnelles relatives à la santé, celles-ci sont considérées comme sensibles et particulièrement protégées par l'article 9 du RGPD et l'article 34 de la loi du 30 juillet 2018, lesquels exigent notamment que ces données soient traitées par des personnes soumises à une obligation de confidentialité. En toute hypothèse, il va de soi que les données traitées ne pourraient concerner des données personnelles couvertes par le secret médical sans prévoir des garanties particulièrement renforcées pour assurer ce secret et sans prévoir un contrôle juridictionnel effectif portant sur l'atteinte au secret médical [50].

[49] Avis 68.936/AG donné le 7 avril 2021 sur un avant-projet devenu la loi du 14 août 2021 'relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique', *Doc. parl.*, Chambre, 2020-2021, n° 55-1951/001, pp. 55-127, observation 101. Voir aussi C.C., 10 mars 2022, n° 33/2022, B.13.1 ; C.C., 22 septembre 2022, n° 110/2022, B.11.2 ; C.C., 1er juin 2023, n° 84/2023, B.16.9.

[50] Voir les développements consacrés à cet aspect dans l'avis 78.105/2/V donné le 9 septembre 2025 sur un avant-projet de loi 'modifiant la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé', observation 2 formulée sous l'article X + 9.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2° La finalité du traitement de données manque de précision : tout d'abord, la question se pose de savoir comment sont appelées à se combiner les finalités visées, d'une part, à l'article X+59, 1° (article 278, alinéa 4, 4°, en projet, de la loi-programme du 24 décembre 2002), à savoir « vérifier la bonne application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités [par] les dispensateurs de soins individuels » et, d'autre part, à l'article X+59, 2° (article 278, alinéa 5, en projet de la loi-programme du 24 décembre 2002), à savoir « identifier les dispensateurs de soins dont le profil peut indiquer une utilisation incorrecte, inefficace ou frauduleuse des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » ; la finalité prévue par la seconde de ces dispositions demeure imprécise ; en effet, la question se pose de savoir ce que couvre la notion d'utilisation « incorrecte » ou « inefficace » des « ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ».

Ainsi, l'intention est-elle de viser les faits et comportements énumérés à l'article 73*bis* de la loi coordonnée et visés à l'article 142 de la même loi, ou d'y ajouter d'autres faits ou comportements ? Dans la seconde hypothèse, la section de législation observe que si l'auteur de l'avant-projet entendait ainsi viser des faits et comportements non sanctionnés par ailleurs, le traitement des données à leur égard serait difficilement justifié au regard de la finalité telle qu'elle ressort du commentaire de l'article.

Interrogé sur ce point, le délégué a répondu :

« Artikel 278, eerste lid van de Programmawet (I) van 24 december 2002 luidt momenteel als volgt:

'*De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail worden gemachtigd om toe te treden tot een vereniging van landsbonden van ziekenfondsen, hierna Intermutualistisch Agentschap genoemd, die als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken'*.

Die bepaling is algemeen geformuleerd wat betreft de opdrachten van de verzekeringsinstellingen. Om diezelfde opbouw binnen het artikel te behouden, werd er ook in artikel X+59 in algemene bewoordingen gesproken over de bevoegdheid van respectievelijk de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en die van de verzekeringsinstellingen.

Zoals te lezen in de memorie van toelichting is het de bedoeling om het intermutualistisch agentschap (IMA) toe te laten de analyses die ze nu al doet te kunnen doen op het geheel van de gegevens van de verzekeringsinstellingen. Het is correct dat er niet apart omschreven is wat er juist begrepen moet worden onder 'de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners'. Die omschrijving moet samen gelezen worden met de rest van het artikel en de verwijzing naar de bevoegdheden van de verzekeringsinstellingen. Uit onderstaande beraadslagingen van het informatieveiligheidscomité blijkt ook duidelijk de rol van het IMA, ter ondersteuning van de uitoefening van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen:

1.Beraadslaging nr. 22/284 van 22 december 2022 (22-284-n464-kce-statbel.pdf), randnummer 19: 'Het IMA is een vereniging zonder winstgevend oogmerk die werd opgericht door de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 stelt dat het IMA tot doel heeft de gegevens te analyseren die het

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

verzamelt in het kader van de opdrachten van de VI en hierover inlichtingen te verstrekken. Het gaat in dit geval om alle uitgaven inzake gezondheidszorg, voor de hospitalisaties en voor de ambulante zorg, die worden vergoed door de VI in het kader van de verplichte zorgverzekering, en om de socio[1]demografische gegevens en de sociale zekerheidsprofielen van hun aangesloten leden'.

2.Beraadslaging nr. 24/134 van 3 september 2024 (24-134-n280-spadis.pdf), randnummer 27: 'Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) is een VZW die in oktober 2002 door de landsbonden van de verzekeringsinstellingen werd opgericht. De doelstelling van het IMA, bestaat erin om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en informatie hieromtrent te verstrekken. De gegevens worden verzameld om hun wettelijke opdracht te realiseren krachtens artikelen 278 t.e.m. 281van de Programmawet van 24 december 2002'.

Wanneer er voor de DGEC een verwijzing opgenomen zou worden in de wet zelf, zou dat eerder een verwijzing naar de bevoegdheid van de Dienst zijn zoals momenteel staat in artikel 139, vierde lid van de GVU-wet. De bevoegdheid van de DGEC is ruimer dan enkel de vaststelling van inbreuken zelf. De vaststelling van een inbreuk is daarbij ook niet het hoofddoel van de opvolging die hier voorzien wordt. Het zou bijvoorbeeld net de bedoeling kunnen zijn om door de analyse van het IMA proactiever te kunnen optreden en zelfs inbreuken te kunnen voorkomen in de toekomst ».

Il ressort de ces explications que les finalités du traitement vont au-delà de ce qui ressort *a priori* du dispositif et du commentaire des articles et qu'elles revêtent un caractère très large, de même que les données traitées.

En conséquence, la disposition sera réexaminée, revue et complétée afin de préciser les catégories de données traitées ainsi que la ou les finalités du traitement, et notamment ce qui est couvert par les notions d'utilisation « incorrecte » ou « inefficace » des ressources de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soit en identifiant les faits ou comportements concernés, soit par un renvoi aux dispositions qui énumèrent déjà ces actes et comportements.

3° Aucun délai de conservation des données n'est prévu tenant compte de la finalité poursuivie : il s'agit d'une lacune fondamentale qui doit être comblée.

4° Le dispositif en projet sera également complété aux fins de préciser les catégories de personnes ayant accès aux données traitées, que ce soit au sein de l'Agence intermutualiste ou des organismes assureurs.

L'avant-projet sera revu et complété à la lumière de ces observations.

2. S'agissant de la communication des données traitées, la question se pose de savoir si, dans l'intention de l'auteur de l'avant-projet, la communication des résultats de l'analyse par l'Agence intermutualiste pourra ou ne pourra pas s'effectuer sans la délibération requise par l'article 279 de la loi-programme du 24 décembre 2002, tel que l'avant-projet envisage de modifier cette disposition. Il convient de lever tout ambiguïté à ce propos. Pour le cas où l'article 279 ne serait pas applicable, il conviendrait de justifier, tant au regard du droit à la protection de la vie privée qu'au regard du principe d'égalité, le régime dérogatoire ainsi envisagé.

La disposition sera réexaminée à la lumière de cette observation.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

3. Il se déduit du commentaire de l'article que les modifications apportées par les 3°, 4° et 5° sont purement formelles et ont pour objet de tenir compte de la nouvelle dénomination de certaines instances.

Ainsi, la référence faite au « comité sectoriel de sécurité sociale et de santé de la loi du 15 janvier 1990 portant organisation et création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale » est remplacée par celle faite au « comité de sécurité de l'information créé en vertu de la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE ».

Par ailleurs, s'agissant des décisions du comité ainsi visé, il n'est plus question d'« autorisations » et de « machtigingen » mais de « délibérations » et de « beraadslagingen ».

Ce changement de terminologie n'a de sens que si sont ainsi visées des « délibérations » qui aboutissent à une « autorisation ». Dans le contexte du dispositif en projet, la délibération considérée ne pourrait en effet avoir d'autre objet. Par ailleurs, cette nouvelle terminologie correspond à celle utilisée dans la loi du 5 septembre 2018, qui emploie les mots « délibération » ou « beraadslaging » en lieu et place des mots « autorisation » et « machtiging », tout en visant manifestement de telles décisions.

C'est de cette façon qu'il convient de comprendre les mots « délibération » et « beraadslaging » employés par la disposition à l'examen.

Il reste que, à l'article X+59, 5° (3° en projet), les mots « peut donner une délibération » sont dépourvus de sens. Mieux vaut rédiger la disposition en prévoyant que la mise en corrélation envisagée peut avoir lieu « moyennant une délibération » du comité de sécurité.

La même observation vaut pour les articles X+60, X+61 et X+62.

Article X + 60

Plutôt que de mentionner le « comité de sécurité de l'information susvisé », il y a lieu de mentionner le « comité de sécurité de l'information visé à l'article 278, alinéa 13, 2°, ».

La même observation vaut, *mutatis mutandis*, pour les articles X+61 et X+62.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

OBSERVATIONS FINALES

L'auteur de l'avant-projet procédera à une relecture attentive de celui-ci afin de corriger les fautes d'orthographe [51], de langue [52] et de légistique [53] et pour veiller à l'uniformité de la terminologie utilisée [54].

L'auteur de l'avant-projet passera en outre en revue la loi coordonnée pour identifier les dispositions où il est question de conventions ou d'accords et compléter la section X+1 de l'avant-projet pour que soient uniquement visés, à l'avenir, les accords [55].

*

[51] À titre d'exemple, dans la version française de l'article 50, § 2, alinéa 2, en projet de la loi coordonnée (article X+21), le mot « fait » sera remplacé par le mot « faite », dans la version française de l'article 51, alinéa 1er, en projet (article X+23), les mots « leurs comptabilités budgétaires » seront mis au singulier, dans la version néerlandaise du même alinéa, troisième phrase, il convient d'écrire "wordt gesloten" plutôt que "is gesloten" et dans la version néerlandaise du même alinéa, quatrième phrase, il convient d'écrire « als deze laatste » et non pas "als dit laatste".

[52] À titre d'exemple, à l'article 51/5, § 1er, alinéa 2, en projet, la dernière phrase de la version française devrait débuter comme suit :
« Toutefois, si aucun document n'a été établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général au plus tard le dernier jour du mois de février, les dispensateurs de soins conservent (…) ».
À l'article 52/1, § 1er, alinéa 2, en projet, dans la version néerlandaise, il conviendrait d'écrire « de tijdstippen waarop » plutôt que « de tijdstippen waarin ».
À l'article 52/1, § 1er, alinéa 3, en projet, dans la version française, il conviendrait de supprimer chaque fois les mots « de ceux-ci » et dans la version néerlandaise le mot « daarin ». Par ailleurs, il convient de remplacer, dans la version française de la même disposition, le mot « pendant » par le mot « pour ».

[53] À titre d'exemple, dans la version française de l'article 51/1, § 3, alinéa 5, en projet, il convient de renvoyer au pourcentage visé à l'alinéa 1er (et non au pourcentage visé au paragraphe 1er).

[54] À titre d'exemple, outre les observations effectuées ci-avant, la version française de l'article 51/1, § 2, en projet, parle de « transmission » de l'accord, tandis que la version française de l'article 51/3, alinéa 2, en projet, parle « d'envoi » d'un avenant. De même, la version française de l'article 51/1, § 1er, alinéa 1er, utilise les mots « par courrier » tandis que l'article 51/3, alinéa 2, emploie les termes « par voie postale », qu'il conviendrait de privilégier vu la formulation des dispositions actuellement en vigueur.

[55] Ainsi, à titre purement exemplatif, les articles 2, p), 16, § 1er, 10°, 17, alinéa 4, et 54 de la loi coordonnée devraient être adaptés.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten 'op de Raad van State', gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving zich, overeenkomstig artikel 84, § 3, van de gecoördineerde wetten, voornamelijk tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, de rechtsgrond‡ en de vraag of de voorgeschreven vormvereisten zijn vervuld.

VOORAFGAANDE VORMVEREISTEN

1. Het voorontwerp moet om advies worden voorgelegd aan adviesinstanties, overeenkomstig artikel 15 van de wet van 25 april 1963 'betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg', *junctis* artikel 213, § 2, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994' (hierna: de "gecoördineerde wet") en artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 9 september 1993 'tot uitvoering van artikel 213, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994'.

In casu blijkt uit de documenten die aan de afdeling Wetgeving zijn bezorgd dat het Verzekeringscomité weliswaar op 23 juni 2025 een advies over het voorontwerp heeft gegeven, maar dat dat comité, of althans een aantal van zijn leden, verwacht dat er een nieuwe tekst wordt bezorgd.

Overeenkomstig de voornoemde bepalingen moet voorts de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zich kunnen uitspreken, aangezien sommige bepalingen van het voorontwerp (met name de artikelen X+49 en volgende en artikel X+59, 2°) nieuwe opdrachten aan die dienst verlenen.

2. Het voorontwerp wil met name voorzien in een algemene plafonnering van honorariasupplementen die door zorgverleners worden aangerekend (artikel X+42). Het voorziet ook, als alternatief voor een administratieve geldboete, in een administratieve sanctie waarmee de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering het "RIZIV-nummer" van een zorgverlener kunnen intrekken naar aanleiding van de inbreuken bedoeld in artikel 73*bis*, 1° tot 4°, van de gecoördineerde wet (wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro) (artikel X+52).

Dergelijke maatregelen vallen in het toepassingsgebied van artikel 4 van richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 'betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen'.[1]

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

‡ Aangezien het om een voorontwerp van wet gaat, wordt onder "rechtsgrond" de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

[1] Wat de federale overheid betreft, is die richtlijn omgezet bij de wet van 23 maart 2021 'betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector'.

Uit overweging 27 van die richtlijn blijkt dat de beoogde "beperkende" vereisten betrekking kunnen hebben op erg uiteenlopende aspecten, onder meer op "registratie- of vergunningsregelingen" of op "vaste minimum- of maximumtarieven".

Op de vraag of die evenredigheidsbeoordeling is uitgevoerd, heeft de gemachtigde ontkennend geantwoord.

De steller van het voorontwerp dient die beoordeling vooraf uit te voeren.[2]

3. Artikel 36, lid 4, van verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 'betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)' (hierna de "AVG"), gelezen in samenhang met artikel 57, lid 1, c), van die verordening en overweging 96 van de preambule van die verordening, alsook in voorkomend geval met artikel 2, tweede lid, van de wet van 30 juli 2018 'betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens', schrijft voor dat de toezichthoudende autoriteit, *in casu* de Gegevensbeschermingsautoriteit bedoeld in de wet van 3 december 2017 'tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit', wordt geraadpleegd bij het opstellen van een voorstel voor een door een nationaal parlement vast te stellen wetgevingsmaatregel, of een daarop gebaseerde regelgevingsmaatregel, in verband met de verwerking van persoonsgegevens.

Artikel X+53 van het voorontwerp voorziet in een aanpassing van artikel 218 van de gecoördineerde wet zodat patiënten die op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een zorgverlener opzoeken, naast de algemene informatie ook kunnen lezen of het RIZIV-nummer van die zorgverlener is opgeschort.[3]

Een dergelijke werkwijze komt erop neer dat een persoonsgegeven van de zorgverlener (*in casu* met betrekking tot zijn "economische identiteit" [4] en zijn "betrouwbaarheid of gedrag"[5]) verspreid of ter beschikking gesteld wordt, en vormt dan ook een verwerking van persoonsgegevens.

[2] Zie voor een vergelijkbare opmerking advies 73.110/2/VR van 31 maart 2023 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 28 juni 2023 'tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen voor wat betreft de aanbodsbeheersing', *Parl.St.* Kamer 2022-23, nr. 55-3389/1, 25-32.

[3] Luidens de toelichting bij de bepaling is een dergelijke maatregel "proportioneel aangezien het niet zo is dat er een apart register gepubliceerd wordt met 'veroordeelde zorgverleners', noch is het zo dat er voor die zorgverleners plots meer informatie publiek gemaakt wordt dan enkel de maatregelen die een gevolg kunnen hebben voor de verzekerde".

[4] Artikel 4, 1), van de AVG.

[5] Overweging 71 van de AVG.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Zo ook willen de artikelen X+59 tot X+62 van het voorontwerp het mogelijk maken dat het "Intermutualistisch Agentschap" de gegevens die door de verzekeringsinstellingen zijn verzameld en verwerkt, analyseert "om zorgverleners te identificeren met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" (artikel X+59, 2°).

De gemachtigde heeft verklaard dat om het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) verzocht is, maar enkel voor een aantal bepalingen (te weten de artikelen X+37, X+46, X+47, X+48, X+54 en X+56), en dat de GBA heeft verwezen naar haar standaardadvies.

Wat de artikelen X+59 tot X+62 betreft, heeft de gemachtigde geantwoord dat het advies van de GBA wel werd aangevraagd maar nog niet is ontvangen.

De steller van het voorontwerp moet erop toezien dat dit vormvereiste naar behoren wordt vervuld.

4. Indien de aan de Raad van State voorgelegde tekst naar aanleiding van het vervullen van die vormvereisten nog wijzigingen zou ondergaan, moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen die niet louter vormelijk zijn en evenmin het resultaat zijn van het gevolg dat aan dit advies gegeven wordt, op hun beurt om advies aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd overeenkomstig artikel 3, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wetten 'op de Raad van State'.

ONDERZOEK VAN HET VOORONTWERP

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. Er dient een nieuw hoofdstuk 1 met als opschrift "Algemene bepaling" te worden ingevoegd, met daarin een artikel 1 dat als volgt luidt:[6]

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

2. Bij artikel X+52 wordt een nieuw bevoegdheid verleend aan de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep, administratieve rechtscolleges die zijn opgericht bij artikel 144 van de gecoördineerde wet. In zoverre regelt het voorontwerp een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78, § 1, eerste lid, 4°, van de Grondwet.

De steller van het voorontwerp dient het voorontwerp dan ook op te splitsen in twee aparte ontwerpen: één dat de aangelegenheden regelt die worden bedoeld in artikel 74 van de Grondwet, en een ander dat de bepalingen in verband met de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep bevat en zodoende een aangelegenheid regelt als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

[6] *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, www.raadvst-consetat.be, tabblad Wetgevingstechniek, formule F 4-1-1-1.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Het voorontwerp moet dienovereenkomstig worden herzien.

BIJZONDERE OPMERKINGEN

OPSCHRIFT

Uit het opschrift blijkt niet dat het voorontwerp strekt tot wijziging van de programmawet (I) van 24 december 2002. Het moet dienovereenkomstig worden aangevuld.[7]

INDIENINGSBESLUIT

Het voorontwerp moet vergezeld gaan van een indieningsbesluit.[8]

DISPOSITIEF

HOOFDSTUK 1 – WIJZIGINGEN VAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994

AFDELING X – BEGROTINGSPROCES

Artikel X

De vraag rijst of het woord "compatibilité" in de Franse tekst niet telkens moet worden vervangen door het woord "conformité", zodat de Franse tekst overeenstemt met de Nederlandse tekst waarin het woord "overeenstemming" wordt gebruikt.

In de Franse tekst van punt 1° (ontworpen punt 7°) moet in plaats van de twee woorden "compatibilité conformité" de ene term worden geschreven die de steller van het voorontwerp wenst te gebruiken.

Artikel X+3

Gelet op de nieuwe termijnen die bij de ontworpen bepaling worden vastgesteld en op het ontworpen zesde lid, dat bepaalt dat de technische ramingen in de Ministerraad worden besproken, moet de steller van het voorontwerp nagaan of de termijn die in artikel 35*octies*, § 3, tweede lid, van de gecoördineerde wet voor de raming van de honorariummassa van de apothekers wordt bepaald, niet eveneens moet worden gewijzigd.

[7] *Ibidem*, aanbeveling 14.1.

[8] *Ibidem*, formule F 4-1-10-1.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

AFDELING X+1 – AKKOORDEN TUSSEN ZORGVERLENERS EN VERZEKERINGSINSTELLINGEN

Artikel X+7

1. Artikel 26 van de gecoördineerde wet is niet gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017. De inleidende zin dient in die zin te worden aangepast.

2. In de Franse tekst van punt 1° dient men te schrijven: "et les projets de conventions visés à l'article 22, 6° et 6°*bis*, sont rédigés au sein du Service des soins de santé", en dienen de haakjes te worden weggelaten.

Artikel X+10

Ter wille van de samenhang met de artikelen X+13, X+15 en X+17 verdient het aanbeveling in de Franse tekst te schrijven "Des accords avec les médecins (…)".

Artikelen X+12 et X+18

Aan de gemachtigde zijn vragen gesteld over de schrapping van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurshonorariumbedragen vast te stellen voor wie recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, over het feit dat dit volgens de toelichting bij de artikelen X+12 en X+18 niets verandert aan de bestaande bescherming van de personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, en over de inachtneming van artikel 23 van de Grondwet en het daarin vervatte standstillbeginsel, luidens hetwelk de bevoegde wetgever alleen op grond van een redelijke rechtvaardiging bepalingen mag vaststellen die een aanzienlijke vermindering van de door de toepasselijke wetgeving geboden bescherming meebrengen. De gemachtigde heeft het volgende geantwoord:

> "Artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt in het algemeen de hoegrootheid van de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel en machtigt de Koning om die hoegrootheden binnen bepaalde grenzen aan te passen. Daarbij wordt in het algemeen ook een onderscheid gemaakt tussen gewone rechthebbenden en rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.
>
> Het honorarium bestaat uit de verzekeringstegemoetkoming en het persoonlijk aandeel. De verzekeringstegemoetkoming is in het algemeen hoger voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel lager, maar het honorarium is altijd hetzelfde.
>
> Bv. voor de verstrekking 103110:
>
> Honorarium: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 38,60
>
> Tegemoetkoming met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 35,99 euro
>
> Tegemoetkoming zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 29,15 euro

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Persoonlijk aandeel met voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 2,61 euro

Persoonlijk aandeel zonder voorkeurregeling: een rechthebbende vanaf zijn 75ste verjaardag met GMD, en een chronisch zieke met GMD 9,45 euro

Het koninklijk besluit van 23 maart 1982 is een uitvoering van artikel 37 van de gecoördineerde wet. We hebben geen toepassing gevonden van de mogelijkheid om in de akkoorden voorkeurhonoraria te voorzien."

Aangezien de mogelijkheid voorkeurshonoraria vast te stellen voor wie recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, door geen enkel akkoord en geen enkele overeenkomst ten uitvoer is gelegd, levert de schrapping van die mogelijkheid geen moeilijkheden op in het licht van artikel 23 van de Grondwet.

Artikelen X+12 en X+32

Op de vraag waarom de voorliggende bepalingen de mogelijkheid van een gedeeltelijke toetreding tot de akkoorden beperken tot louter de artsen en de tandheelkundigen en of die beperking in overeenstemming is met het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, vastgelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

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

We merken op dat in artikel 52/1, § 1, derde lid, nog wordt verwezen naar 'de dagen en de uren daarin'. Het was de bedoeling om dit te vervangen door 'de tijdstippen' zoals in het tweede lid van die bepaling."

Met de door de gemachtigde verstrekte toelichting wordt weliswaar de mogelijkheid om in een gedeeltelijke conventionering te voorzien, verantwoord, maar wordt niet, op een andere wijze dan door een verwijzing naar de bestaande situatie, uitgelegd waarom de gedeeltelijke conventionering tot de artsen en de tandheelkundigen beperkt zou moeten worden.

Het dispositief moet opnieuw onderzocht worden en de toelichting bij het artikel moet aangevuld worden om dat verschil in behandeling op een meer omstandige wijze te verantwoorden.

De afdeling Wetgeving kan zich voorts aansluiten bij het voorstel tot wijziging van de tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, derde lid.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Artikel X+19

Uit de vervanging van artikel 49 van de gecoördineerde wet bij de voorliggende bepaling vloeit de afschaffing voort van de machtiging om de vergoedingsbedragen voor niet-geconventioneerde zorgverleners met maximaal 25 % te verminderen. Volgens de toelichting bij het artikel "[voorzien d]e artikelen 85 en 87 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (…) al in de opheffing van deze bepalingen vanaf een door de Koning te bepalen datum".

Gelet op de afschaffing die uit het ontworpen artikel 49 voortvloeit, dient artikel 85 van de wet van 22 april 2019 opgeheven te worden en dient nagegaan te worden of niet ook de artikelen 86 en 87 van dezelfde wet evenals het koninklijk besluit van 8 juni 1967 'tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 pct., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheiden beroepen, bereikt heeft' opgeheven moeten worden.

Artikel X+20

Op de vraag wat de bedoeling is van artikel X+20, heeft de gemachtigde geantwoord dat het er louter toe strekte het opschrift van afdeling II op te heffen, aangezien deze afdeling enkel nog het ontworpen artikel 50 zou bevatten.

Overeenkomstig de wetgevingstechnische aanbevelingen is het niet raadzaam dat een afdeling slechts één artikel bevat en evenmin dat een afdeling geen opschrift heeft.[9]

Het dispositief moet in het licht van deze opmerking herzien worden.

Artikel X+21

1. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 50, § 1, zevende lid, moeten de woorden "cette convention," weggelaten worden.

[9] *Ibidem*, aanbevelingen 61-65.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2. Op de vraag wat wordt bedoeld met de uitdrukkingen "beduidend niet gerechtvaardigd" en "beduidende niet gerechtvaardigde overschrijding", heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Het betreft dezelfde notie als die wordt gebruikt in afdeling X. Gerechtvaardigde overschrijdingen zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert, zoals bijvoorbeeld een tijdelijke toename van het aantal raadplegingen van huisartsen ten gevolge van een vaccinatiecampagne waartoe beslist werd wegens de plotse uitbraak van een virus, of een preventiecampagne (op deelstatelijk niveau) [die] leidt tot een forse verhoging van het aantal aan de verplichte ziekteverzekering gefactureerde opvolgverstrekkingen (bvb. de campagne darmkankerscreening heeft geleid tot een stijging van de uitgaven voor gastro-enterologie)."

Ter wille van de rechtszekerheid verdient het aanbeveling om in het dispositief telkens dezelfde uitdrukking te gebruiken en om het dispositief aan te vullen met een definitie van die welbepaalde uitdrukking.[10]

3. De steller van het voorontwerp dient na te gaan of de verwijzingen in de ontworpen paragraaf 5 naar artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en naar de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40 anderzijds, relevant zijn.

Artikel X+22

In de Franse tekst dient nauwkeuriger vermeld te worden dat het gaat om de vervanging van het opschrift van afdeling III.

[10] Die definitie zou kunnen voortbouwen op de essentiële elementen vastgelegd in het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 'tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan'. Dat besluit zou overigens expliciet bij het voorliggende voorontwerp opgeheven moeten worden, gelet op de uitleg die in de toelichting bij het artikel gegeven wordt.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Artikel X+23

1. Op de vraag welke instantie, gelet op de formulering van de ontworpen artikelen 51, § 1, eerste lid, en 51, § 1, tweede lid, het akkoord volgens de steller van het voorontwerp moet goedkeuren, met name het Verzekeringscomité en/of de Algemene raad, en of artikel 22, 3°, van de gecoördineerde wet eveneens gewijzigd moet worden, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "De akkoorden moeten worden goedgekeurd door het Verzekeringscomité en door de Algemene raad. Het is de bedoeling dat de Minister het akkoord pas meedeelt aan de Ministerraad als het is goedgekeurd door beide instanties. Artikel 22, 3° dient ons inziens niet te worden gewijzigd, behoudens dat de term 'overeenkomsten' moet worden geschrapt. Gezien het grote aantal formele wijzigingen dat moet gebeuren en het tijdsbestek, hebben we die niet kunnen meenemen in huidig ontwerp. Het is de bedoeling om de formele aanpassingen te doen bij gelegenheid van een volgende wet diverse bepalingen."

Het ontworpen artikel 51, § 1, eerste lid, moet aldus aangepast worden dat het duidelijker de bedoeling van de steller van het voorontwerp weergeeft, namelijk dat zowel het Verzekeringscomité als de Algemene raad de akkoorden goedkeuren.

Voorts dient artikel 22, 3°, van de gecoördineerde wet in die zin aangepast te worden.

2. Aangezien het ontworpen artikel 51 slechts één paragraaf bevat, moet de vermelding "§ 1." weggelaten worden.

3. Onder voorbehoud van de opmerking gemaakt bij de artikelen X+12 en X+32, moet de steller van het voorontwerp nagaan of ingevolge het ontworpen artikel 51, § 1, vijfde lid, niet nader bepaald dient te worden dat het door de minister vastgestelde document voor de artsen en de tandheelkundigen de voorwaarden vastlegt in verband met de tijdstippen waarop de tarieven strikt moeten worden toegepast. Indien een dergelijke precisering nuttig geacht wordt, dient het ontworpen artikel 52/1, § 1, tweede en derde lid, eveneens aldus gewijzigd te worden dat daarin ook melding gemaakt wordt van het "document bedoeld in artikel 51".

Artikel X+24

1. Op de vraag - aangezien de toelichting bij het artikel geen uitleg ter zake verstrekt - waarom het ontworpen artikel 51/1, § 2, eerste lid, bepaalt dat vroedvrouwen, om kennis te geven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, gebruik moeten maken van de beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het RIZIV en of die verplichting momenteel reeds bestaat, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Het is de bedoeling om de onlinetoepassing verplicht te maken binnen een redelijke periode nadat deze voor een bepaalde sector beschikbaar is. Die toepassing is momenteel beschikbaar voor vroedvrouwen maar nog niet verplicht."

Het verdient aanbeveling om de toelichting bij het artikel aldus aan te vullen dat die uitleg daarin vermeld wordt.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2. In het ontworpen artikel 51/1, § 2, eerste lid, *in fine,* moet het correcte opschrift van de wet van 21 augustus 2008 vermeld worden. Zodoende moeten de woorden "en diverse bepalingen" toegevoegd worden na het woord "eHealth-platform".

3. Het verdient aanbeveling om het vierde en het vijfde lid van het ontworpen artikel 51/1, § 3, aldus te wijzigen dat rekening gehouden wordt met de bijzondere voorwaarde waarin het tweede lid voorziet met betrekking tot de inwerkingtreding van het akkoord artsen-ziekenfondsen.

Artikel X+25

1. In de Franse tekst moet, wat betreft de uitdrukkingen "année civile" en "année calendrier", een eenvormige terminologie worden gehanteerd.

2. Op de vraag wat verstaan moet worden onder de uitdrukking "uitzonderlijke omstandigheden", heeft de gemachtigde geantwoord dat dit geval per geval beoordeeld zal moeten worden. Ter wille van de rechtszekerheid dient de toelichting bij het artikel aangevuld te worden met voorbeelden van wat een uitzonderlijke omstandigheid zou kunnen zijn.

3. Ter wille van de samenhang met artikel 51, § 1, eerste lid, dat bepaalt dat het Verzekeringscomité de akkoorden goedkeurt, moet in het ontworpen tweede lid het woord "aanvaarden" vervangen worden door het woord "goedkeuren".

Artikel X+27

1. Op de vraag of het mogelijk is om, nadat het voorontwerp is aangenomen, een akkoord gedeeltelijk op te zeggen, heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling is dat een akkoord in de toekomst enkel in zijn geheel opgezegd kan worden. Het verdient aanbeveling om het dispositief of op zijn minst de toelichting bij het artikel in die zin te preciseren.

2. In het ontworpen artikel 51/4, eerste lid, dient de vermelding van paragraaf 1 van artikel 48 weggelaten te worden, aangezien het ontworpen artikel 48 van de gecoördineerde wet (artikel X+18 van het voorontwerp) slechts één lid bevat.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

3. Op de vraag of het tweede en het derde lid van het ontworpen artikel 51/4 niet herschikt moeten worden, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Artikel 51/4, tweede lid, betreft enkel de mogelijkheid tot opzegging door een individuele zorgverlener. Die opzegging zonder motivering heeft uitwerking vanaf 1 januari. Artikel 51/4, derde lid, beoogt ook de opzegging door een van de partijen bij de overeenkomst op grond dat bv. bepaalde afspraken niet zijn nagekomen. Die opzegging kan ook vroeger uitwerking hebben. In het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen is momenteel bv. voorzien dat het akkoord geheel of gedeeltelijk kan worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen na goedkeuring van wettelijke of reglementaire bepalingen met betrekking tot een beperking van de ereloonsupplementen tijdens de looptijd van het akkoord, met uitzondering van maatregelen die tot stand kwamen na akkoord in de NCAZ."

Op de vraag welke mogelijkheden individuele zorgverleners en representatieve organisaties meer specifiek hebben om een akkoord op te zeggen, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Le texte prévoit que les dispensateurs individuels peuvent dénoncer l'accord
>
> 1. soit sur base d'un motif visé par l'article 51/4, alinéa 1er;
>
> 2. soit sans motif au 1er janvier de chaque année en vertu de l'article 51/4, alinéa 2;
>
> 3. soit en vertu des motifs de dénonciation complémentaires prévus par les accords sur base de l'article 51/4, alinéa 3.
>
> Les trois modalités de dénonciation sont donc ouvertes aux dispensateurs individuels.
>
> Les organisations ont quant à elles accès aux modalités 1 et 3."

Het ontworpen eerste tot en met het ontworpen derde lid moeten aangepast worden om de bedoeling van de steller van het voorontwerp beter weer te geven wat betreft de mogelijkheden tot opzegging die aan de individuele zorgverleners en de representatieve organisaties geboden worden en moeten voorts voor elke mogelijkheid tot opzegging vermelden vanaf welke datum de opzegging uitwerking heeft.

4. De gemachtigde is het ermee eens dat in het ontworpen artikel 51/4, vierde lid, niet de term "quorums" moet worden gebruikt, maar de term "meerderheden".

5. Op de vraag wat de betekenis is van de uitdrukking "een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan" die in het ontworpen artikel 51/4, vijfde lid, gebruikt wordt, heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling was te verwijzen naar de situaties die, op basis van de wet of het akkoord, een grond vormen voor de opzegging van het akkoord.

Het dispositief moet in die zin verduidelijkt worden.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Artikel X+28

Uit de opzet van het voorontwerp blijkt dat het ontworpen artikel 51/5, § 3, niet enkel melding zou moeten maken van de datum waarop een akkoord verstrijkt maar ook van de datum waarop een document verstrijkt. Tenzij men kan aantonen dat er een verschil bestaat tussen de situatie waarin een akkoord verstrijkt en de situatie waarin een document verstrijkt, moet de voorliggende bepaling in die zin aangepast worden.

Artikel X+29

De gemachtigde heeft beaamd dat het ontworpen artikel 51/6 aldus herschreven en aangevuld moet worden dat het nauwkeuriger bepaalt dat de door het Verzekeringscomité of de Minister vastgestelde "en door de Ministerraad goedgekeurde" akkoorden, wijzigingsclausules en documenten worden gepubliceerd op de website van het Instituut en in het *Belgisch Staatsblad*.

Artikel X+30

De gemachtigde heeft beaamd dat de nieuwe afdeling III/1 met name de artikelen 52 en 53 van de gecoördineerde wet zou bevatten. Het ontworpen opschrift lijkt evenwel de inhoud van artikel 52 van de gecoördineerde wet niet correct weer te geven.

De voorliggende bepaling moet in het licht van deze opmerking herzien worden.

Artikel X+33

1. Op de vraag of het verenigbaar is met het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, vastgelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, dat sommige financiële tegemoetkomingen enkel toegekend worden aan de zorgverleners die zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of documenten, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

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

De toelichting bij het artikel moet aangevuld worden met die uitleg en met elk ander element dat die uitleg kan ondersteunen.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2. Naar aanleiding van een vraag over het gebrek aan overeenstemming tussen, enerzijds, het dispositief luidens hetwelk de Koning "moet" bepalen dat de financiële tegemoetkomingen pro rata toegekend worden wanneer een zorgverlener gedeeltelijk geconventioneerd is of slechts gedurende een bepaalde periode van het jaar geconventioneerd is, en, anderzijds, de toelichting bij het artikel die vermeldt dat "de tegemoetkomingen pro rata [kunnen] worden toegekend", heeft de gemachtigde geantwoord dat het de bedoeling is dat de financiële tegemoetkomingen verplicht pro rata toegekend worden.

Om geen enkele twijfel te laten bestaan moet de toelichting bij het artikel in die zin aangepast worden.

AFDELING X+2 – DEFINITIES

Artikel X

De bepaling die onmiddellijk na artikel X+36 van het voorontwerp wordt ingevoegd, moet een nummer krijgen. Het voorontwerp moeten dienovereenkomstig worden hernummerd.

AFDELING X+4 – VERTEGENWOORDIGING VAN DEELSTATEN IN BEHEERSORGANEN

Artikelen X+38 en X+39

1. Artikel X+38 beoogt het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten die zitting hebben in de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV te verhogen tot 8.[11]

2. Artikel X+39 voorziet in een vertegenwoordiging van de deelstaten - met "raadgevende stem" - in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.[12]

In de toelichting bij de bepaling wordt het volgende gesteld:

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

[11] Het huishoudelijk reglement van de Algemene raad werd goedgekeurd bij koninklijk besluit van 26 januari 2014.

[12] De samenstelling van het Verzekeringscomité wordt vastgelegd in artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 'tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994'. Het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité werd goedgekeurd bij koninklijk besluit van 12 september 2011 en gewijzigd bij koninklijk besluit van 17 januari 2019.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

De steller van het voorontwerp bepaalt bovendien dat de hoedanigheid van die leden "afhankelijk [is] van het aannemen van een besluit door de Koning overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen".[13]

Uit de communicatie met de gemachtigde moet worden besloten dat de aanwezigheid van de vertegenwoordigers van de deelstaten niet als louter facultatief is opgevat:

> "Malgré le caractère facultatif (possibilité) d'être représentées, les entités fédérées seront membres des organes de gestion (avec voix consultative) et recevront les invitations, les ordres du jour et les documents de toutes les réunions. Il leur appartiendra de participer effectivement aux réunions en fonction des sujets traités pour contribuer avec les membres du niveau fédéral, dans l'exercice de leurs compétences respectives, à l'objectif de cohérence des politiques de soins de santé au profit des patients".

Uit dat antwoord volgt dat de deelstaten, door te aanvaarden dat zij met raadgevende stem worden vertegenwoordigd, vervolgens juridisch verplicht zijn aan de vergaderingen van de betreffende organen deel te nemen.

3. Er wordt op gewezen dat het, op grond van het beginsel dat de federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten autonoom zijn ten opzichte van elkaar, verboden is overheden die niet onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, te verplichten deel te nemen aan de werkzaamheden van de beheersorganen van het RIZIV. Zo'n deelname kan slechts louter facultatief zijn. Indien het de bedoeling is een dergelijke deelname verplicht te maken, moet artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen' in acht worden genomen.[14]

Zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld, is de principiële vertegenwoordiging van de deelstaten in de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging reeds verankerd in artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet.

---

[13] In de nota aan de Ministerraad staat het volgende:
"Hierbij wordt volgende verdeelsleutel gehanteerd, rekening houdend met het in het wetsontwerp voorziene aantal van 8: 3 mandaten voor Vlaanderen; 1 mandaat voor het Waals Gewest; 1 mandaat voor de Fédération Wallonie-Bruxelles; 1 mandaat voor de Franstalige gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; 1 mandaat voor de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 1 mandaat voor de Duitstalige Gemeenschap. De ontwerp-KB's zullen met de deelstaten overlegd worden."

[14] Zie in dat verband advies 75.383/2 van 1 maart 2024 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van 16 mei 2024 'houdende wijziging van de ordonnantie van 28 mei 2015 tot oprichting van een instelling van openbaar nut waarin het beheer van het preventie- en veiligheidsbeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is samengebracht en tot oprichting van de gewestelijke school voor de veiligheids-, preventie- en hulpdienstberoepen – Brusafe', *Parl.St.* Br.Parl. 2023-24, nr. A-864/1, 64-69, met verwijzing naar advies 63.914/2/V van 27 augustus 2018 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van 4 april 2019 'tot wijziging van de ordonnantie van 28 mei 2015 tot oprichting van een instelling van openbaar nut waarin het beheer van het preventie- en veiligheidsbeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is samengebracht', *Parl.St.* Br.Parl 2018-19, nr. A-774/1, 27-41.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

In advies 74.112/2/V heeft de afdeling Wetgeving het volgende opgemerkt:

"Artikel 3, 1°, van het voorontwerp strekt ertoe artikel 15, eerste lid, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: 'de gecoördineerde wet') aan te vullen met een punt f) waarin wordt bepaald dat de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging naast de in de punten a) tot e) bedoelde leden zal bestaan uit 'zeven leden die de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen met uitzondering van de Vlaamse Gemeenschapscommissie'. Datzelfde ontworpen artikel bepaalt voorts:

'Elk van deze overheden is vertegenwoordigd door één lid met uitzondering van de Vlaamse Gemeenschap die vertegenwoordigd wordt door twee leden.'

Artikel 3, 2°, van het voorontwerp wijzigt voorts artikel 15, tweede lid, van de gecoördineerde wet zodat dat bepaalt dat 'de wijze van vertegenwoordiging van de leden onder f)' zal worden geregeld 'overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen'.

Artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen' bepaalt het volgende:

'Bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, genomen na akkoord van de bevoegde Regeringen, regelt de Koning de vertegenwoordiging van de Gemeenschappen en de Gewesten, naargelang van het geval, in de beheers- of beslissingsorganen van de nationale instellingen en organismen, onder meer met een adviserende en controlerende taak, die Hij aanduidt.'

Het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet gaat voorbij aan artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 in zoverre het bepaalt op welke wijze de leden van de bedoelde deelstaten worden vertegenwoordigd in de Algemene raad. Enerzijds immers gaat de federale wetgever zijn bevoegdheid te buiten aangezien de bijzondere wet van 8 augustus 1980 aan de Koning de bevoegdheid verleent om de vertegenwoordiging van de deelstaten in een door hem aangewezen orgaan, *in casu* de Algemene raad, vast te stellen, en anderzijds regelt hij de vertegenwoordiging van de deelstaten zonder de akkoordbevinding van de bevoegde regeringen, die volgens artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 nochtans vereist is.

In hun gewijzigde versie lijken het eerste en het tweede lid van artikel 15 van de gecoördineerde wet bovendien tegenstrijdig: het aangevulde dispositief van het eerste lid is in tegenspraak met het dispositief van het tweede lid, dat bepaalt dat de wijze waarop de leden van de deelstaten worden aangewezen, overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 wordt vastgesteld.

Naar aanleiding van een vraag daarover heeft de gemachtigde van de minister het volgende te kennen gegeven:

'We zullen de tekst aanpassen om te melden dat de benoeming door de Koning van de leden van de deelstaten in de Algemene Raad zal gebeuren conform de procedure voorzien in artikel 92*ter* van de bijzondere wet'.

Hij stelt bovendien een nieuwe redactie voor van het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet:

'f) leden die de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigen'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

De wijzigingssuggesties die de gemachtigde van de minister formuleert, zijn toelaatbaar aangezien wordt gestipuleerd dat de hoedanigheid van lid dat de in de artikelen 128,130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden vertegenwoordigt, afhankelijk wordt gesteld van de vaststelling van een besluit, door de Koning genomen overeenkomstig artikel 92*ter*, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980."[15]

4. Wat betreft artikel X+38 van het voorontwerp stelt de afdeling Wetgeving vast dat het ontworpen artikel 15, eerste lid, f), van de gecoördineerde wet zo geformuleerd is dat het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten rechtstreeks wordt vastgelegd.

Het staat echter niet aan de federale wetgever te bepalen hoeveel vertegenwoordigers van de deelstaten zitting hebben in een orgaan dat hij heeft ingesteld. Een dergelijke precisering maakt inbreuk op de bevoegdheden van de Koning om de "vertegenwoordiging" van de deelstaten "te regelen" overeenkomstig artikel 92*ter* van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 en zoals voorzien in artikel 15, tweede lid, van de gecoördineerde wet. Immers, artikel 92*ter* verleent de Koning niet alleen het prerogatief om te bepalen hoe de leden worden aangewezen die in het federale orgaan zitting hebben en om die leden aan te wijzen, maar ook om het aantal vertegenwoordigers van de deelstaten te bepalen.[16]

De artikelen X+38 en X+39, 1°, van het voorontwerp moeten in het licht van deze opmerking worden herzien.

5. In de inleidende zin van artikel X+39 moeten de woorden "11 augustus 2017" worden vervangen door de woorden "26 maart 2007".

AFDELING X+5 – ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING VAN DE PROCEDURE TOT WIJZIGING VAN DE NOMENCLATUUR

Artikel X+40

1. In de inleidende zin moeten de woorden "laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 juni 2016" vervangen worden door de woorden "gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001".[17]

[15] Advies 74.112/2/V van 23 augustus 2023 over een voorontwerp dat geleid heeft tot de wet van 6 november 2023 'houdende een meerjarenkader en gezondheidszorgdoelstellingen', *Parl.St.* Kamer 2022-23, nr. 55-3563/1, 34-38.

[16] Zie voor een voorbeeld van een besluit dat op die grond is vastgesteld en waarin de "vertegenwoordiging" van de deelstaten wordt geregeld: het ontwerp waarover op 2 april 2014 advies 55.676/4 is gegeven en dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 25 april 2014 'betreffende de vertegenwoordiging van de gewesten in de raad van bestuur van Infrabel en de NMBS en in het GEN-oriëntatiecomité van de NMBS'.

[17] Zie in dat verband advies 52.079/2 van 17 oktober 2012 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 4 december 2012 'tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

2. In de bepaling onder 1° dienen de woorden "binnen de termijn van minimum één maand" vervangen te worden door de woorden "binnen de door de aanvrager vastgestelde termijn, die niet minder dan één maand mag zijn".

AFDELING X+6 – ERELOONSUPPLEMENTEN

Artikel X+42

1. In de inleidende zin van de bepaling dient niet naar de wet van 26 november 2023 verwezen te worden, maar naar die van 6 november 2023.

2. De steller van het voorontwerp wil in de gecoördineerde wet een beperking van de ereloonsupplementen van "zorgverleners"[18] principieel verankeren. Die beperking zal gelden onverminderd het verbod op ereloonsupplementen waarin al uitdrukkelijk is voorzien voor bepaalde verstrekkingen (zie hierna).

Die verbodsbepalingen inzake ereloonsupplementen vormen een "*lex specialis*" die afwijkt van de algemene regel inzake plafonnering, verankerd in artikel X+42 van het voorontwerp.

De gemachtigde heeft nader aangegeven dat die beperking voor geconventioneerde zorgverleners zal gelden, voor de supplementen die zij mogen aanrekenen en in het geval dat toepassing gemaakt wordt van artikel 152, § 2, van de 'gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen' van 10 juli 2008. De beperking zal ook gelden voor niet-geconventioneerde zorgverleners in zoverre zij supplementen mogen aanrekenen. Tot slot zal ze ook gelden voor "gedeeltelijk geconventioneerde" zorgverleners voor de perioden en activiteiten waarvoor zij niet geconventioneerd zijn.

Het voorontwerp machtigt de Koning ertoe om, op voorstel van de betrokken akkoordencommissie (die dat akkoord voor 31 juli 2027 moet goedkeuren), en bij ontstentenis hiervan op voorstel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de aangerekende ereloonsupplementen uiterlijk tegen 1 januari 2028 te plafonneren bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

[18] Te weten "de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de zorgkundigen, de verplegings[in]richtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen (...)" (artikel 2, n), van de gecoördineerde wet). De "beoefenaars van de geneeskunst" zijn "de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen" (artikel 2, l), van de gecoördineerde wet).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Dat maximumsupplement kan verschillen naargelang de "verstrekking" of de "groep van verstrekkingen", de "specialisatie van de betrokken zorgverleners" en het feit dat de "rechthebbende al dan niet opgenomen is in het ziekenhuis". De Koning wordt ertoe gemachtigd dat maximumsupplement vast te leggen in de vorm van hetzij een maximumbedrag, hetzij een maximumpercentage van het bedrag of het honorarium dat als berekeningsbasis dient voor de verzekeringstegemoetkoming. Voorts kan het aanrekenen van supplementen beperkt worden tot een gedeelte van dat bedrag of dat honorarium.

3. De zorgverleners voor wie het voorontwerp in een beperking voorziet, bepalen momenteel vrij hun honoraria en kunnen zodoende afwijken van de tarieven die vastgelegd zijn in de desbetreffende akkoorden.[19] In dat geval betaalt de patiënt nog "een ereloonsupplement" bovenop het remgeld[20]. Geconventioneerde zorgverleners moeten zich houden aan de tarieven van de nomenclatuur voor verstrekkingen die door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald. Voor verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of die er wel in zijn opgenomen maar uitgevoerd worden in bijzondere omstandigheden, kunnen ze hun ereloon echter vrij bepalen.[21]

Er dient te worden opgemerkt dat ziekenhuizen verplicht zijn een maximumpercentage vast te leggen voor de ereloonsupplementen die mogen worden aangerekend (een percentage van het officiële tarief van de ziekteverzekering).[22] Bij ontstentenis van een wettelijk voorgeschreven limiet, stellen zij vrijelijk het maximumpercentage van de ereloonsupplementen vast, dat dus van inrichting tot inrichting kan verschillen.

4. De wetgever heeft het beginsel van tariefvrijheid in welbepaalde gevallen al onderworpen aan beperkingen in de vorm van een algeheel verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen.[23] Dergelijke verbodsbepalingen steunen op de noodzaak de toegang tot zorgverlening voor patiënten te waarborgen en werden reeds door het Grondwettelijk Hof verenigbaar geacht met het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, met de vrijheid van ondernemen en met artikel 23 van de Grondwet.

[19] Die tariefvrijheid vloeit voort uit artikel 35, tweede lid, van de wet 'betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015'. Zie voor een analyse van die kwestie in het kader van het ziekenhuiswezen: LOCOGE T., VRANCKX A. en BEN MESSAOUD S., "1.- Les obligations positives de l'État et l'accessibilité des soins au sein de l'hôpital", in COLSON P. e.a. (ed.), *Droit hospitalier*, Larcier-Intersentia, 2025, 43 e.v.

[20] Het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt nadat de verzekeringsinstellingen hun deel hebben betaald.

[21] Artikel 50, § 6, eerste en tweede lid, van de gecoördineerde wet.

[22] Artikel 152, § 2, vierde lid, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

[23] Bijvoorbeeld de verstrekkingen tijdens een georganiseerde wachtdienst (artikel 35, § 1, van de gecoördineerde wet), de verstrekkingen voor patiënten in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers (artikel 152, § 3, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008) of wanneer ambulante zorgen verstrekt worden aan patiënten die een verhoogde tegemoetkoming genieten, de zogenaamde "RVT" (artikel 53, § 5, van de gecoördineerde wet).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Zo heeft het Hof in arrest nr. 107/2014 van 17 juli 2014 geoordeeld dat het verbod om ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten die opgenomen zijn in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer geen discriminatie inhoudt, en dat de inperking van de tariefvrijheid redelijk verantwoord was ten aanzien van het door de wetgever nagestreefde doel. Het Hof erkent ook dat de wetgever over een beoordelingsbevoegdheid beschikt om ervoor te zorgen dat de belangen van patiënten en die van zorgverleners met elkaar in evenwicht zijn:

> "B.10. Hoewel de bestreden bepalingen de vrijheid om de door de ziekenhuisgeneesheren gevraagde honoraria vast te stellen aanzienlijk verminderen en daardoor, in zekere mate, kunnen leiden tot het afremmen van de investeringen in technologische uitrusting van de ziekenhuizen waarin de honorariumsupplementen worden aangerekend, beogen zij, in welbepaalde gevallen, de belangen van de patiënten boven die van de artsen te stellen.
>
> B.11. Het verzoenen van dergelijke belangen valt onder de beoordelingsbevoegdheid van de wetgever. Het Hof zou de keuzes van de wetgever slechts kunnen afkeuren als ze blijk geven van een onverantwoord verschil in behandeling of van onevenredigheid tussen de aangewende middelen en het beoogde doel."

Volgens het Hof komt het gelijkheidsbeginsel niet in het gedrang in zoverre "de beslissing om al dan niet tot de akkoorden toe te treden aan de beoordeling van de geneesheren wordt overgelaten en zodra elkeen vrij het belang kan bepalen dat hij erbij heeft dat te doen" (B.14).

Het Hof oordeelt ook dat de maatregel verenigbaar is met artikel 23 van de Grondwet, gelet op het feit dat enerzijds "de bestreden bepalingen die ertoe strekken aan alle patiënten een gelijke toegang tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen te verzekeren, tot gevolg [hebben] de waarborg vervat in artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet te vergroten en niet te verminderen" (B.24.2) en dat anderzijds die maatregelen "het recht op arbeid noch het recht op een billijke vergoeding van de beoogde geneesheren" in het gedrang brengen (vanuit het oogpunt van artikel 23, derde lid, 1°, van de Grondwet).[24]

Wat betreft de schending van de Europeesrechtelijke regels inzake vrije dienstverrichting en vrijheid van vestiging (artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie), en teruggrijpend naar de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie ter zake,[25] heeft het Grondwettelijk Hof geoordeeld dat "de wet (...) dus ertoe [strekt] de gezondheid van de personen te beschermen, doel dat is opgenomen in artikel 36 van het VWEU en dat, zoals eraan is herinnerd in B.28.4, een dwingende reden van algemeen belang kan vormen die een beperking van de vrije dienstverrichting kan verantwoorden", en dat "[u]it het

[24] Het Hof heeft voorts benadrukt dat de verzoekende partijen niet het minste verband aantoonden tussen de kwaliteit van de zorgverstrekking en het bedrag van de honoraria die aan de patiënten worden aangerekend:
"Zij voeren geen gegevens aan waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorgverstrekking in België beter zou zijn in de ziekenhuizen - overigens in de minderheid - die aanvullende honoraria aanrekenen aan de patiënten die in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer zijn opgenomen" (B.24.3).

[25] Zie met name de voorwaarden die uit de hiernavolgende arresten blijken: HJEU (Grote Kamer) 28 april 2009, C-518/09, *Commissie van de Europese Gemeenschappen v. Italiaanse Republiek*, punt 62; HJEU (Grote Kamer) 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 53; HJEU 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 29; en HJEU 12 september 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, punt 47.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

onderzoek van de middelen die zijn afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet blijkt dat de bestreden bepalingen het bereiken van dat doel kunnen waarborgen, waarbij, zoals eraan is herinnerd in B.8, dat doel in evenwicht blijft met de zorg om een billijke vergoeding te verzekeren aan de zorgverstrekkers door de handhaving van de vrijheid van honoraria te waarborgen, en dat die bepalingen niet verder gaan dan hetgeen noodzakelijk is om dat doel te bereiken."

In arrest nr. 44/2024 van 11 april 2024, waarin het Grondwettelijk Hof zich moest buigen over een maatregel inzake verbod op ereloonsupplementen voor geneeskundige verzorging van patiënten die in aanmerking kwamen voor een verhoogde tegemoetkoming ("RVT"), heeft het Hof het volgende geoordeeld over de verenigbaarheid van een dergelijk verbod met de vrijheid van ondernemen:

> "B.7.1. De bestreden bepalingen beogen een evenwicht tot stand te brengen tussen de billijkheid en gelijkheid in de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging, de kwaliteit van de aangeboden ambulante zorg en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg door een efficiënte allocatie van de middelen.
>
> De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt verzekerd door een vermindering van de kosten voor die personen die financiële moeilijkheden ondervinden en rechthebbende zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
>
> B.7.2. In zoverre zij de zorgverleners verbieden om aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, voor de ambulante zorg die zij verlenen, erelonen of prijzen aan te rekenen die hoger liggen dan de tarieven die als basis dienen voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering, beogen de bestreden bepalingen de belangen van de patiënten die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te beschermen. Zonder artikel 22 van de wet van 29 november 2022 kan de verhoogde tegemoetkoming, door de vrije tarifering door niet-geconventioneerde zorgverleners, immers ontoereikend worden en ongedaan worden gemaakt, waardoor de toegankelijkheid van de zorgverlening niet meer kan worden gewaarborgd.
>
> B.8.1. Het is inherent aan de bestreden maatregel dat die enkel gevolgen heeft voor de niet-geconventioneerde zorgverleners, daar de geconventioneerde zorgverleners de tarieven van het tariefakkoord reeds naleven. Door het verbod op ereloonsupplementen wordt het door de wetgever nagestreefde doel, te weten de financiële toegankelijkheid en daadwerkelijke efficiëntie van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bereikt, zodat de bestreden maatregel pertinent is.
>
> B.8.2. De wetgever vermocht ervan uit te gaan dat de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming niet over de middelen beschikken om supplementen te betalen bovenop het tarief dat als grondslag dient voor de verzekeringstegemoetkoming of bovenop de honoraria die uit de tariefakkoorden voortvloeien. De bestreden maatregel is dan ook noodzakelijk om de rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming te beschermen. Zoals opgemerkt in de memorie van toelichting zijn de reeds genomen initiatieven immers ontoereikend om te vermijden dat de gezinnen met lage inkomsten hun gezondheidszorg uitstellen om financiële redenen (*Parl. St.*, Kamer, 2021-2022, DOC 55-2882/001, p. 17). Bovendien is het mogelijk dat er, in bepaalde regio's, onvoldoende geconventioneerde zorgverleners in bepaalde domeinen zijn (*Parl. St.*, Kamer, 2022-2023, DOC 55-2882/002, p. 20), met als gevolg dat patiënten die rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming zijn, door hun huisarts worden doorverwezen naar een niet-geconventioneerde specialist (ibid.).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

B.8.3. Het verbod op ereloonsupplementen voor ambulante zorg leidt tot een identieke behandeling van geconventioneerde zorgverleners en niet-geconventioneerde zorgverleners, wat betreft de vergoedingen die zij ontvangen voor de patiënten die rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn, zonder dat de wetgever de niet-geconventioneerde zorgverleners de voordelen van de conventionering toekent. Evenwel staat het de niet-geconventioneerde zorgverleners nog steeds vrij ereloonsupplementen aan te rekenen aan hun patiënten die geen rechthebbende zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Het is weliswaar waarschijnlijk dat niet alle niet-geconventioneerde zorgverleners de financiële gevolgen van de bestreden maatregelen even makkelijk zullen kunnen opvangen, aangezien zij niet allemaal dezelfde kosten dienen te maken wat betreft hun voortdurende zorgopleidingen en hun noodzakelijke logistieke en materiële ondersteuning. Van de wetgever kan evenwel niet worden verwacht dat hij rekening houdt met de bijzonderheden van elke afzonderlijke categorie van zorgverleners; hij vermag de diversiteit ervan benaderend en vereenvoudigend te omschrijven. Voor het overige tonen de verzoekende partijen niet aan dat de bestreden maatregel een dusdanige uitwerking zou hebben dat bepaalde beroepsbeoefenaars gedwongen zouden zijn om hun activiteiten stop te zetten, het land te verlaten of tegen hun zin met het tariefakkoord in te stemmen. Bovendien, zelfs in de veronderstelling dat de bestreden maatregel het gebruik door bepaalde beroepsbeoefenaars van moderne behandelingen en apparaten duur zou kunnen maken, kan niet in redelijkheid worden voorgehouden dat de bestreden maatregel de therapeutische vrijheid van die beroepsbeoefenaars beperkt. Ten slotte laat de maatregel het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar intact.

B.8.4. Door het verbod op ereloonsupplementen van toepassing te verklaren op ambulante zorg aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (artikel 37, § 19, van de ZIV-Wet), heeft de wetgever derhalve een maatregel genomen die redelijk verantwoord is (…)". [26]

5. In zoverre de ontworpen bepaling een beperking inhoudt van de tariefvrijheid van de zorgverleners, dient ze ook verantwoord te kunnen worden ten aanzien van artikel 23 van de Grondwet, van de vrijheid van ondernemen[27] en van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat is neergelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

[26] Zie voorts in dezelfde zin GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025.

[27] Zie artikel II.3 van het Wetboek van economisch recht, alsook artikel 16 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

In de memorie van toelichting van het voorontwerp wordt de maatregel op geen enkele manier verantwoord in het licht van die verschillende beginselen. De gemachtigde heeft daarover het volgende verklaard:

> "Deze maatregel beoogt de excessen te beperken, daar waar enerzijds een hervorming van de nomenclatuur bij de artsen en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering naar een algemene herijking gaan en anderzijds de hervorming van het akkoordensysteem algemene maatregelen voorzien i.h.k.v. de richttarieven om zo tot een specifieke herijking te gaan met het oog op het herevalueren van verouderde tarieven.
>
> Daarenboven zullen de percentages vastgesteld worden in overleg met de desbetreffende sectoren en rekening houdend met de eigenheid van de sector en de types verstrekkingen die daaronder vallen. Gelet op het bovenstaande zal voor het overgrote deel van de zorgverleners de maatregel aan zich geen negatieve impact hebben, gezien zij ofwel geen supplementen aanrekenen ofwel supplementen aanrekenen die onder de percentages vallen. De outliers die excessieve supplementen aanrekenen zullen daarentegen wel geviseerd worden, wat gerechtvaardigd kan worden door artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de huidige budgettaire context.
>
> Deze maatregel kadert o.i. dus in artikel 23, lid 3, 2°, van de Grondwet en de absolute wil om een financieel toegankelijke gezondheidszorg in België te blijven garanderen voor rechthebbenden. In de uitdagende budgettaire context waar toch aanzienlijk budget voorzien wordt voor de verstrekkingen verleend door zorgverleners en een bijkomende inspanning gedaan wordt met het oog op het herijken van een groot tal verstrekkingen, kan verwacht worden dat op deze zorgverleners door de financiering vanuit staat ook op hun een taak van algemeen belang rust om geen excessieve bedragen aan te rekenen (zoals voor een deel van de zorgverleners deontologisch al bepaald is), des te meer wanneer het niet uitgesloten is dat de rechthebbende zelf bijkomend geresponsabiliseerd zal worden. Het excessief karakter wordt daarenboven beter afgeleid door de lopende hervormingen".

6. De steller van het voorontwerp zou de memorie van toelichting moeten aanvullen met de gegevens die hij nuttig acht om de maatregel in het licht van de grondwettelijke en Europese normen te verantwoorden, tevens rekening houdend met de hiernavolgende opmerkingen.

7. Inhoudelijk kan de afdeling Wetgeving zich in het kader van de analyse van dit voorontwerp niet uitspreken over de vraag of de inmengingen die voortvloeien uit de verschillende plafonneringen die worden opgelegd, proportioneel zijn. Ze onderzoekt dan ook enkel het principe van een veralgemeende beperking van de ereloonsupplementen, in het licht van de voormelde grondwettelijke en Europese normen.

8. Wat betreft artikel 23 van de Grondwet, wil de maatregel het recht op "bescherming van de gezondheid" en op "geneeskundige bijstand" in de zin van het derde lid, 2°, waarborgen. De Koning zal inderdaad geen andere keuze hebben dan in het verlengde van wat de wetgever beoogt, plafonds te bepalen die deze rechten waarborgen.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Wat betreft het "recht op arbeid en op de vrije keuze van beroepsarbeid" en het "recht op billijke arbeidsvoorwaarden en een billijke beloning" (artikel 23, derde lid, 1°, van de Grondwet), vormt de voorliggende maatregel ten opzichte van de sectorale verbodsbepalingen die door het Grondwettelijk Hof zijn onderzocht, een grotere beperking van de tariefvrijheid van de niet-geconventioneerde artsen. De wetgever wil het plafond in principe namelijk op alle geneeskundige verstrekkingen toepassen (volgens regels die zouden kunnen verschillen naargelang van de sector en het soort verstrekkingen).

In principe lijkt de voorliggende bepaling die rechten niet te schaden, aangezien ze geen afbreuk doet aan de vrijheid van keuze tussen conventionering en niet-conventionering. Uit het dossier en uit de communicatie met de gemachtigde blijkt duidelijk dat de machtiging die aan de Koning wordt verleend, alleen bedoeld is om uitwassen en excessen te bestrijden. Niet-geconventioneerde zorgverleners zullen vrij blijven om hogere bijkomende tarieven toe te passen dan geconventioneerde zorgverleners. Het recht op een "billijke vergoeding" kan door de toepassing van het voorliggende dispositief dus niet worden geschonden. Het staat evenwel aan de Koning rekening te houden met de specifieke realiteit van elk van de geneeskundige verstrekkingen en met de aard van de verstrekkingen, wat in de memorie van toelichting wordt bevestigd.

9. Wat betreft de beperking die deze bepaling met zich meebrengt voor de vrijheid van ondernemen van de zorgverleners die met name voortvloeit uit artikel II.3 van het Wetboek van economisch recht en uit artikel 16 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, blijkt uit de voornoemde rechtspraak van het Grondwettelijk Hof dat de vrijheid van ondernemen niet absoluut is en dat er op het gebied van de gezondheidszorg beperkingen aan kunnen worden opgelegd wanneer een legitiem doel dit rechtvaardigt en de beperking proportioneel is. Het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor patiënten op basis van empirische gegevens waaruit het nut van de betreffende maatregel blijkt, vormt volgens het Grondwettelijk Hof een legitiem doel.[28] De wetgever hoort het evenwicht tussen de belangen van de patiënten en die van de zorgverleners vast te stellen. Hij kan op grond daarvan beslissen dat de belangen van eerstgenoemden voorrang krijgen op de belangen van laatstgenoemden, voor zover hij het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie in acht neemt. Het staat aan de Koning erop toe te zien dat de door het Grondwettelijk Hof naar voren gebrachte criteria in acht genomen worden bij het vastleggen van die plafonds, en met name dat "de druk die de maatregelen op de keuzevrijheid van de geneesheren uitoefenen, dermate dat hun belang bij het weigeren van de toetreding aanzienlijk vermindert, (...) redelijk verantwoord [is]".[29]

10. Wat betreft de inperking van het vrij verrichten van diensten en van de vrijheid van vestiging (artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie en artikel 15, lid 2, van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie), is het vaste rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie dat nationale maatregelen die de uitoefening van de in het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden kunnen belemmeren of minder aantrekkelijk kunnen maken, enkel toelaatbaar zijn op voorwaarde dat ze een doel van algemeen belang nastreven, dat ze geschikt zijn om de verwezenlijking van het beoogde doel te

[28] De meegedeelde cijfers tonen het misbruik aan dat bepaalde zorgverleners van hun tariefvrijheid maken door in bepaalde gevallen hun erelonen vast te stellen op 300% van het basistarief.

[29] GwH 17 juli 2014, nr. 107/2014, 23. Zie ook GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025, B.37 tot B.38.2.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

waarborgen en dat ze niet verder gaan dan noodzakelijk is om dat doel te bereiken. *In casu* past de maatregel in het kader van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zoals het Hof van Justitie van de Europese Unie echter reeds heeft geoordeeld, nemen "(...) de gezondheid en het leven van personen de eerste plaats (...) [in] onder de goederen en belangen die door het Verdrag worden beschermd", zodat "het de taak van de lidstaten is om te beslissen op welk niveau zij de bescherming van de volksgezondheid wensen te verzekeren, en hoe dit dient te gebeuren. Aangezien dit niveau per lidstaat kan verschillen, beschikken de lidstaten over een beoordelingsmarge."[30] De voorliggende maatregel lijkt volledig binnen die doelstelling te passen.[31]

11. Tevens moet de inachtneming worden gegarandeerd van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie enerzijds tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverleners, en anderzijds tussen de categorieën van niet-geconventioneerde zorgverleners van wie de ereloonsupplementen op een verschillende manier zouden kunnen worden ingeperkt. Dat beginsel sluit niet uit dat er een verschil in behandeling tussen die categorieën van personen wordt ingevoerd, voor zover het verschil op een objectief criterium berust en redelijk verantwoord is. Dat beginsel verhindert overigens dat categorieën van personen die zich ten aanzien van de betreffende maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, zonder redelijke verantwoording identiek worden behandeld. Wat dat laatste punt betreft, is het een goede zaak dat de Koning de mogelijkheid wordt gelaten om de plafonds aan te passen "naar gelang de geneeskundige verstrekking of de groep(en) van geneeskundige verstrekkingen", aangezien in sommige activiteitensectoren meer overmatige ereloonsupplementen lijken te worden aangerekend dan in andere.[32]

[30] HvJ (Grote Kamer) 1 juni 2010, C-570/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 44; HvJ 12 september 2013, C475/11, *Kostas Konstantinides*, punt 51 (waar het Hof in het kader van een prejudiciële vraag Duitse deontologische regels moest onderzoeken waarbij onder meer erelonen werden opgelegd die "passend" waren ten opzichte van de officiële tarieven).

[31] Zie eveneens GwH 13 maart 2025, nr. 44/2025, B.33 tot B.36.5.

[32] Zie onder meer het advies van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg "Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024", p. 52, dat wijst op te hoge persoonlijke bijdragen in de klassieke ziekenhuiszorg als gevolg van aangerekende supplementen, alsook in de ambulante zorg (beschikbaar op https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376A_HSPA2024__Rapport.pdf).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

12. Er kan nog worden opgemerkt dat het voorontwerp in het verlengde ligt van deontologische eisen die nu reeds gelden voor de meeste zorgverleners, onder meer de artsen, wier deontologische code verbiedt erelonen te vorderen die "manifest te hoog" liggen.[33] Hetzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor verpleegkundigen[34] of psychologen.[35] In dat opzicht voorziet het voorontwerp slechts in de wettelijke verankering van een reeds bestaande deontologische verplichting die gebaseerd is op het idee dat een zorgverlener geen handelaar is zoals alle anderen.[36]

13. Het verlenen van een delegatie aan de Koning is in principe weliswaar niet verboden (en is ten aanzien van het gelijkheidsbeginsel zelfs aanbevolen), maar er wordt aan herinnerd dat de voorliggende maatregel niettemin past in het kader van de rechten die verankerd zijn in artikel 23, derde lid, 1° en 2°, van de Grondwet. Het legaliteitsbeginsel dat voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet verplicht de wetgever niet om alle essentiële elementen van de beoogde maatregel vast te leggen, maar de wetgever moet bepaalde beginselen in acht nemen die de verdeling van de bevoegdheden over de uitvoerende macht en de wetgevende macht regelen.[37]

---

[33] Artikel 33 van de deontologische code luidt als volgt: "De arts bepaalt zijn ereloon correct en op basis van de werkelijk geleverde prestaties". In de commentaar op dit artikel wordt het volgende gesteld: "De arts bepaalt zijn ereloon te goeder trouw. Hij moet eerlijk en gematigd zijn. Het vorderen van erelonen die manifest te hoog liggen, kan enerzijds aanleiding geven tot tuchtmaatregelen, anderzijds tot matiging van het ereloon door de rechtbanken" (gecommentarieerde code van medische deontologie, gepubliceerd op de website van de Orde der artsen, beschikbaar via https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-geactualiseerde-versie-december-2024.PDF). Artikel 34 van die code bepaalt tevens het volgende: "De arts stelt de belangen van de patiënt en van de maatschappij boven zijn eigen financiële belangen." In de commentaar wordt onderstreept "(...) dat er onverenigbaarheid blijft bestaan tussen de handelsgeest en de medische geest: in een commerciële context is het normaal de productie te verhogen, reclame te maken, procenten of commissielonen op te strijken, zijn verkooppunten te vermenigvuldigen, in één woord, zijn eigen materieel belang na te streven. In de geneeskunde moet de patiënt de zekerheid hebben dat de uitgevoerde onderzoeken en voorgeschreven behandelingen beperkt zijn tot wat noodzakelijk is voor zijn verzorging en in fine zijn genezing. (…). Elk akkoord of elke overeenkomst van een arts waarin zijn persoonlijke (financiële) belangen boven de belangen van zijn patiënt worden geplaatst, is laakbaar. Ook dichotomie in eender welke vorm en met eender wie wordt nog steeds streng veroordeeld." Zie ook Cass. 28 april 1987 (AR 9776), *Arr.Cass.* 1986, 1142. De voorliggende maatregel heeft dus te maken met het wezen zelf van de beroepsdeontologie.

[34] Artikelen 18 en 19 van de deontologische code voor de Belgische verpleegkundigen (beschikbaar op https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/deontologische_code_voor_de_belgische_verpleegkundigen_0.pdf).

[35] Artikelen 37 en 38 van de deontologische code voor psychologen (beschikbaar op https://www.compsy.be/nl_BE/le-code-de-deontologie).

[36] In de zin van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wordt een medische activiteit overigens expliciet beschouwd als "niet-commercieel", hetgeen de bestrijding van misbruik op dat vlak kan rechtvaardigen. Zie met name EHRM 29 januari 2008, *Villnow v. België*, nr. 16938/05, waarbij het Hof zich moest uitspreken over de vraag of het verbod op het werven van klanten verenigbaar is met de vrijheid van meningsuiting. Het Hof wijst op het volgende: "[l]'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale qui, elle, obéit à des règles qui lui sont propres. La mission du médecin est d'une autre nature : il participe à la préservation de la santé publique et il assume des devoirs spécifiques envers la collectivité (…). La médecine n'est pas un bien marchand échangé pour une contrepartie financière."

[37] Zie voor een volledige analyse van de evolutie van de wetgeving ter zake HACHEZ I. en TRIAILLE L., "Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels: la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins", in DETROUX, L. e.a. (eds.), *La légalité: un principe de la démocratie belge en péril*, Larcier, 2019 (179).

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

In advies 76.271/16 van 27 mei 2024 over een ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 2 juni 2024 'tot wijziging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers' heeft de afdeling Wetgeving op het volgende gewezen:

> "5.2. Zowel uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof als uit de adviespraktijk van de afdeling Wetgeving van de Raad van State blijkt dat artikel 23 van de Grondwet moet worden beschouwd als één van de bepalingen van de Grondwet die sommige aangelegenheden voorbehouden aan een wetgever.
>
> Uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 23 van de Grondwet machtigingen niet verbiedt voor zover de machtigingen betrekking hebben op "maatregelen",[38] op "de tenuitvoerlegging van maatregelen",[39] op "het aannemen van maatregelen"[40] of op "bevoegdheden"[41] waarvan het onderwerp door de bevoegde wetgever is aangegeven en dat artikel 23 van de Grondwet zich "geenszins ertegen verzet dat de wetgever aan de Koning de bevoegdheid opdraagt een bepaalde aangelegenheid, waarvan hij het onderwerp aanduidt, nader te regelen".[42]
>
> Hoewel uit de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 23 van de Grondwet de bevoegde "wetgever niet [verplicht] om alle essentiële elementen van het recht"[43] te regelen, blijkt uit de adviespraktijk van de Raad van State dat hij van oordeel is dat de verplichting om het onderwerp te bepalen van de maatregelen waarop de delegatie betrekking heeft in een aangelegenheid die bij artikel 23 van de Grondwet aan de wetgever is voorbehouden, impliceert dat de wetgever de delegaties die hij aan de uitvoerende macht verleent, hoort af te bakenen door zelf de volgende elementen in voldoende mate te regelen: de reikwijdte, de toekenningsvoorwaarden en de werkingssfeer *ratione personae* van de rechten bedoeld in artikel 23 van de Grondwet.[44]"

Zoals het dispositief momenteel luidt, is de delegatie aan de Koning te ruim geformuleerd en te weinig afgebakend.

---

[38] *Voetnoot 6 van het geciteerde advies*: GwH 5 maart 2015, nr. 24/2015, B.39 en GwH 30 april 2015, nr. 47/2015, B.7.

[39] *Voetnoot 7 van het geciteerde advies*: GwH 10 juli 2008, nr. 101/2008, B.39; GwH 18 december 2008, nr. 182/2008, B.6.3; GwH 31 juli 2013, nr. 110/2013, B.4; GwH 3 april 2014, nr. 62/2014, B.3.2. Zie ook GwH 5 mei 2009, nr. 73/2009, B.6.4.

[40] *Voetnoot 8 van het geciteerde advies*: GwH 28 juni 2012, nr. 84/2012, B.5.2; GwH 17 maart 2016, nr. 42/2016, B.8.1.

[41] *Voetnoot 9 van het geciteerde advies*: GwH 6 oktober 2016, nr. 125/2016, B.16.1.

[42] *Voetnoot 10 van het geciteerde advies*: GwH 12 juli 2012, nr. 88/2012, B.13.3.

[43] *Voetnoot 11 van het geciteerde advies*: GwH 15 juni 2017, nr. 71/2017, B.9; GwH 21 juni 2018, nr. 77/2018, B.5.4; GwH 27 juni 2019, nr. 105/2019, B.6; GwH 24 oktober 2019, nr. 148/2019, B.31; GwH 14 mei 2020, nr. 67/2020, B.9.1.

[44] *Voetnoot 12 van het geciteerde advies*: Zie adv.RvS 63.964/4/VR van 16 oktober 2018 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest van 25 april 2019 'betreffende het roerend en immaterieel cultureel erfgoed van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Het dispositief moet worden aangevuld zodat het op zijn minst preciseert met welke criteria de Koning rekening moet houden wanneer Hij de plafonds vaststelt (*a fortiori* bij ontstentenis van een voorgesteld akkoord, een situatie waarin de beoordelingsbevoegdheid van de Koning minder afgebakend is). In dat verband zou men bepaalde verduidelijkingen die in de toelichting op de bepaling staan, beter in het dispositief opnemen, onder meer het idee dat de maatregel alleen bedoeld kan zijn om uitwassen en excessen in de tariefpraktijken tegen te gaan, wat gebaseerd moet zijn op concreet cijfermateriaal.

Wat betreft de door de Koning in acht te nemen maximumbedragen en -percentages die in het voorontwerp worden vastgesteld, heeft de gemachtigde het volgende verklaard:

> "Het vaststellen van minimum- en maximumplafonds aan de bevoegdheid van de Koning in de wet zelf zou kunnen worden gepercipieerd als een voorafname op het overleg en besluitvormingsproces. Ruime minimum-en maximumplafonds met voldoende marge voor overleg en afwijkingsmogelijkheden gelet op eigenheden van sectoren en verstrekkingen zouden daarenboven niet meteen de rechtszekerheid bevorderen. Beperktere minimum-en maximumplafonds vormen dan weer een risico op het niet respecteren van het gelijkheidsbeginsel. Gelet op de gevoeligheden hiervoor binnen bepaalde sectoren en de eigenheid van verschillende groepen van verstrekkingen heeft men geopteerd dit niet te doen."

Artikel X+44

De woorden "en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017" moeten worden weggelaten.

AFDELING X+7 – FINANCIERING REPRESENTATIEVE BEROEPSORGANISATIES

Artikel X+46

1. De woorden "en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017" moeten weggelaten worden.

2. De Koning wordt gemachtigd om de nadere regels vast te leggen voor het bepalen en verdelen van het basisbedrag en het aanvullend bedrag van de financiële tegemoetkoming voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties. Dat koninklijk besluit moet vastgesteld worden op voorstel van de betrokken akkoordencommissie. "In afwezigheid" van een dergelijk voorstel "legt de Koning die modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit".

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Op de vraag wanneer de Koning die nadere regels precies eenzijdig zal kunnen vastleggen en of voorzien kan worden in een termijn waarin de akkoordencommissie haar voorstel kan formuleren, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Het ontwerp voorziet geen termijn binnen dewelke de akkoordencommissies een voorstel moeten doen. De tegemoetkoming wordt gewoonlijk voor enkele jaren vastgesteld. Vervolgens moet er voor elke sector telkens een nieuw koninklijk besluit worden genomen. Het is eventueel mogelijk om aan de minister de bevoegdheid te geven om, wanneer hij een commissie vraagt om een voorstel te doen, de termijn te bepalen waarbinnen dit moet gebeuren, bv. een maand na de vraag van de Minister. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd, legt de Koning de modaliteiten vast bij een in Ministerraad overlegd besluit."

Ter wille van de voorzienbaarheid en de rechtszekerheid verdient het inderdaad aanbeveling om termijnen vast te stellen naar het voorbeeld van de regeling gesuggereerd door de gemachtigde.

De bepaling moet dienovereenkomstig herzien worden.

Artikel X+47

Dit artikel bepaalt dat afdeling X+7 in verband met de "Financiering representatieve beroepsorganisaties" (artikel X+46) in werking treedt op 1 januari 2026.

In de toelichting bij artikel X+46 staat evenwel dat deze afdeling pas uitwerking zal hebben na de eerste verkiezing die volgt op de inwerkingtreding van dat artikel. De verkiezingen zijn gepland voor 2028. Bij de huidige stand van de tekst staat niets eraan in de weg dat het besluit dat door de Koning is vastgesteld op voorstel van de betrokken akkoordencommissie in werking treedt vóór die verkiezingen. Wat dat betreft, heeft de gemachtigde het volgende gesteld:

> "We stellen voor om in het artikel X+47 toe te voegen dat voor de sectoren waar verkiezingen gebeuren zoals bedoeld in artikel 211 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, deze bepalingen uitwerking hebben vanaf de eerste verkiezing na de inwerkingtreding van deze bepaling."

De bepaling moet dienovereenkomstig herzien worden.

AFDELING X+8 – VERPLICHT GEBRUIK VAN ELEKTRONISCHE DIENSTEN DOOR ZORGVERLENERS

Artikel X+48

In de inleidende zin moet verwezen worden naar de laatste wijziging van het zesde lid, aangebracht bij de wet van 30 oktober 2018 'houdende diverse bepalingen inzake gezondheid'.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

AFDELING X+9 – RIZIV-NUMMERS

Artikel X+49

De woorden ", laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022," moeten ingevoegd worden tussen de woorden "wet" en "wordt een".

Artikel X+52

1. Het voorontwerp voorziet in de opschorting van het RIZIV-nummer als alternatieve sanctie voor de administratieve geldboete die de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep van het RIZIV kunnen opleggen. Die maatregel kan alleen opgelegd worden naar aanleiding van de inbreuken bedoeld in artikel 73*bis*, 1° tot 4°, van de gecoördineerde wet voor de betwiste verstrekkingen met een waarde hoger dan 35.000 euro.

Die alternatieve sanctie kan opgelegd worden voor een periode van een maand tot maximaal twee jaar.

Wat de gevolgen betreft, verhindert die sanctie die bestaat in de opschorting van het RIZIV-nummer de zorgverlener niet zijn beroep uit te oefenen, in tegenstelling tot een schorsing met betrekking tot de uitvoering van zijn beroep door de bevoegde disciplinaire instanties.

In de toelichting bij artikel X+53 staat:

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

Luidens de memorie van toelichting is de maatregel ingegeven door de vaststelling dat de sancties waarin momenteel voorzien wordt in artikel 142 van de gecoördineerde wet, niet werkzaam zijn, gelet op het feit dat "sommige zorgverleners de definitieve beslissingen niet uitvoeren en dus hun administratieve geldboetes niet betalen, of dat de geldboete hen er niet toe aanzet hun aanrekengedrag aan te passen". Deze maatregel zal opgelegd kunnen worden in het kader van de reeds bestaande administratieve procedures op tegenspraak, aangespannen door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle op basis van een vordering bij kamers van eerste aanleg. De "alternatieve" sanctie is bedoeld om misbruiken te bestrijden en het gedrag tegen te gaan van de zorgverleners die geen gevolg geven aan de beslissingen van het RIZIV. In de memorie van toelichting staat het volgende:

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

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

dergelijke zorgverleners, minstens tijdelijk, te doen stoppen. Dat zijn voorbeelden van situaties waar een alternatieve maatregel meer passend is. (…) De alternatieve maatregel laat toe om sneller een concreet effect te hebben dan dat de administratieve geldboete toelaat. Een zorgverlener heeft namelijk een RIZIV-nummer nodig om aan te kunnen rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en te attesteren aan de verzekerde binnen het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging".

Wat de maximale duur van de sanctie betreft, staat in de memorie van toelichting het volgende:

"Die maatregel kan opgelegd worden voor een bepaalde duur van minimum één maand tot maximum twee jaar. Het maximum werd voorzien op twee jaar, naar analogie met de mogelijke maximale schorsing van een arts door de bevoegde deontologische organen.[45] Het feit dat er een 'vork' voorzien wordt tussen een minimum en een maximum voor de administratieve rechtscolleges waarbinnen zij kunnen oordelen, leidt niet tot rechtsonzekerheid maar laat de administratieve rechtscolleges net toe om per geval de meest gepaste maatregel op te leggen rekening houdende met de elementen van het dossier. Die 'vork' is net in het voordeel van de zorgverlener. Net zoals in de tuchtrechtelijke procedures, kunnen er ook in de administratieve procedures verschillen zijn die in het ene geval een strengere maatregel rechtvaardigen dan in het andere geval."

2. Op het verzoek verduidelijkingen te geven over de concrete gevolgen van de sanctie voor het beroepsleven van de zorgverlener en meer bepaald over de financiële implicaties daarvan, heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

"La suspension a une durée limitée, comme prévu dans le projet de loi, et est limitée à certaines infractions visées à l'article 73*bis* de la loi SSI. Concernant les conséquences 'concrètes, professionnelles et financières', les prestations du dispensateur de soins, dont le numéro INAMI est suspendu, ne pourront pas bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé. Lorsque le numéro INAMI du dispensateur de soins est temporairement suspendu, cela implique qu'il n'est plus autorisé à facturer ni à attester ses prestations, que ce soit en utilisant ou non le régime de tiers payant, à l'assurance obligatoire soins de santé. Si, malgré tout, l'assurance est intervenue, la récupération sera à charge du dispensateur de soins suspendu concerné et non du patient (pour ne pas pénaliser ce dernier).

Effectivement, il ne s'agit pas ici d'une interdiction d'exercer la profession : la suspension du numéro INAMI n'interdit pas de poser des actes médicaux."

3. De sancties die krachtens artikel 142 van de gecoördineerde wet aan de zorgverleners worden opgelegd, inzonderheid wanneer getuigschriften voor verstrekte hulp afgegeven zijn terwijl de overeenkomstige verstrekkingen niet uitgevoerd zijn, kunnen strafrechtelijk van aard zijn in de zin van artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Dat geldt met name voor de administratieve geldboetes.[46]

[45] Hier wordt verwezen naar artikel 16, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 'betreffende de Orde der artsen' ("De provinciale raad kan de volgende sancties opleggen: waarschuwing, censuur, berisping, schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen gedurende een termijn die twee jaar niet mag te boven gaan en schrapping van de lijst der Orde.")

[46] Zie in dat verband FICHER I., DASNOY H., "Les sanctions dans le domaine de la sécurité sociale: vue d'ensemble et questions d'actualité", in *Questions transversales en matière de sécurité sociale* (Collection UB3) (DUMONT D., ed.), Larcier, 2017, inz. p. 177 e.v., waarin verwezen wordt naar Corr. Henegouwen (afd. Charleroi), 27 juli 2015, *Chron. D.S.*, 2016, 82. Voor een overzicht van de toepasselijke criteria, zie EHRM, 14 september 2015, *Kapetanios e.a. v.*

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Uit de strekking van de in het voorontwerp vervatte sanctie en de gevolgen ervan voor de beroepsactiviteit van de zorgverlener (bijvoorbeeld in het geval van een opschorting van twee jaar) valt af te leiden dat het gaat om een strafrechtelijke sanctie in de zin van artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Wanneer een administratieve sanctie een strafrechtelijk karakter heeft, zijn een aantal waarborgen die gelden voor strafzaken van toepassing, zoals het legaliteitsbeginsel, het beginsel *non bis in idem*, het vermoeden van onschuld en het recht op hoger beroep. De gemachtigde bevestigt dat de sanctie – opgevat als een alternatief voor de administratieve geldboete – een strafrechtelijk karakter heeft en dat de waarborgen die voortvloeien uit artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens toegepast moeten worden.[47]

De aandacht wordt inzonderheid gevestigd op de noodzaak om het beginsel *non bis in idem* in acht te nemen,[48] gelet op de strafrechtelijke aard van zowel de voorliggende sanctiemaatregel als van de disciplinaire sancties die door de bevoegde instanties voor eenzelfde feit opgelegd zouden kunnen worden.

AFDELING X+10 – GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE

Artikel X+54

Ter wille van de rechtszekerheid en de voorzienbaarheid van de norm moet in het dispositief, zo dat effectief de bedoeling is van de steller van de het voorontwerp, specifieker vermeld worden dat de gerechtelijke veroordelingen voor "valsheid, gebruik van valse stukken, onjuiste of onvolledige verklaringen of oplichting zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek", plaats moeten vinden in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging opdat de grond voor onverenigbaarheid van toepassing is.

Artikel X+57

De datum "29 november 2022" moet vervangen worden door de datum "12 januari 2023".

Griekenland, § 52, en voor de rechtspraak van het Hof van Cassatie: Cass. 14 januari 2013, AR nr. C.11.0769.N, juportal.be.

[47] Zie, over de kwestie van de strafrechtelijke aard van de administratieve sancties die in het kader van de gecoördineerde wet opgelegd worden aan de zorgverleners, advies 37.765/1-2-3-4 van 4 november 2004 over een voorontwerp dat geleid heeft tot de programmawet van 27 december 2004, *Parl.St.* Kamer 2004-05, nr. 51-1437/1, 583-646.

[48] Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft in arrest nr. 19961/17, *C.Y. v. België,* van 14 november 2023 de voorwaarden in herinnering gebracht waaronder het naast elkaar bestaan van twee procedures toelaatbaar is, namelijk wanneer ze een voldoende nauw verband vertonen naar inhoud en tijd, waarbij de nagestreefde doeleinden en de gebruikte middelen complementair moeten zijn, en de gevolgen evenredig moeten zijn en voorzienbaar voor de rechtzoekende.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

HOOFDSTUK 2 – WIJZIGINGEN VAN DE PROGRAMMAWET (I) VAN 24 DECEMBER 2002

Artikel X+59

1.1. Zoals reeds werd onderstreept, wordt in de artikelen X+59 en volgende van het voorontwerp inzonderheid voorzien in een nieuwe gegevensverwerking in zoverre bij die artikelen het Intermutualistisch Agentschap belast wordt met de analyse van de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens om zorgverleners te identificeren "met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" (artikel X+59, 2°, van het voorontwerp).

Die taak zal, overeenkomstig artikel 278, eerste en ontworpen vierde lid, van de programmawet van 24 december 2022, uitgevoerd worden op initiatief van het Agentschap zelf, op verzoek van het RIZIV of van verschillende federale overheidsdiensten, op initiatief van de minister, of voorts, op verzoek van de verzekeringsinstellingen die optreden als gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken "met als doel het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners (liever: "met als doel de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door individuele zorgverleners te controleren") (artikel X+59, 1°, van het voorontwerp).

Er wordt bepaald dat de resultaten van deze analyse meegedeeld worden aan de verzekeringsinstellingen en aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, die apart of desgevallend gezamenlijk optreden en deze resultaten kunnen gebruiken in het kader van hun respectieve controlebevoegdheden.

Hoewel in artikel 278 van de programmawet van 24 december 2002 reeds staat dat het Intermutualistisch Agentschap "als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken", wordt met het voorliggende voorontwerp een doeleinde toegevoegd aan de aldus gerealiseerde gegevensverwerking, zoals ook bevestigd wordt in de toelichting bij het artikel:

> "Om fraudeonderzoek op intermutualistische wijze wetgevend te verankeren wordt het huidig artikel 278 van de Programmawet (1) van 24 december 2002 aangepast zodat de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid krijgen om aan de hand van de analyse van de verzamelde cijfers van het Intermutualistisch Agentschap acties te ondernemen bij fraude, overconsumptie, ondoelmatige zorg, enz.
>
> Om fraude intermutualistisch aan te pakken is het efficiënter om alle data van de verzekeringsinstellingen samen te analyseren. Dit is een opdracht die door het Intermutualistisch Agentschap zou kunnen worden uitgevoerd. Zo bepaalt artikel 278 van de programmawet (1) van 24 december 2002 reeds (in het eerste lid) dat het Intermutualistisch Agentschap als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken. Dat artikel 278 wordt nu dus verder aangevuld met het oog op de finaliteit ter zake. De wettelijke verankering van deze bevoegdheid vermijdt daarenboven ook dat deze bevoegdheid in vraag zou worden gesteld in het kader van juridische procedures ingesteld door geviseerde zorgverleners.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Tenslotte bevat dit artikel ook nog enkele vormelijke wijzigingen (nieuwe benamingen van de desbetreffende instanties en een aanpassing van een verwijzing ten gevolge van het invoegen van een nieuw lid)."

De ontworpen tekst strekt er eveneens toe te voorzien in de mogelijkheid dat gegevens verwerkt worden op verzoek van instellingen die thans nog niet vermeld worden - de verzekeringsinstellingen - en dat de resultaten van die verwerking aan hen worden meegedeeld. Artikel X+59 heeft dus een ruimere opzet dan de loutere toevoeging van een gegevensverwerkingsdoeleinde.

1.2. Er dient aan herinnerd te worden dat wanneer de wetgever een nieuwe verwerking van persoonsgegevens wenst in te voeren, hij in het licht van het recht op de eerbiediging van het privéleven dat meer bepaald verankerd ligt in artikel 22 van de Grondwet, zelf de essentiële elementen van die verwerking dient vast te leggen.

De algemene vergadering van de afdeling Wetgeving heeft in haar advies 68.936/AV van 7 april 2021 opgemerkt dat dit de essentiële elementen zijn van de verwerking van persoonsgegevens: "1°) de categorieën van verwerkte gegevens; 2°) de categorieën van betrokken personen; 3°) de met de verwerking nagestreefde doelstelling; 4°) de categorieën van personen die toegang hebben tot de verwerkte gegevens; en 5°) de maximumtermijn voor het bewaren van de gegevens".[49]

Wat dat betreft, komen de regels waarin de ontworpen tekst voorziet, zelfs al worden ze in samenhang gelezen met de artikelen 278 tot 281 van de programmawet van 24 december 2002 zoals het voorontwerp die wil wijzigen, niet tegemoet aan de aldus in herinnering gebrachte vereisten.

Immers:

1° De categorieën van verwerkte gegevens worden op zeer algemene wijze gedefinieerd als "de door de verzekeringsinstellingen verzamelde en verwerkte gegevens": in de ontworpen tekst moet vermeld worden om welke categorieën gegevens binnen het geheel van de gegevens die door de verzekeringsinstellingen worden verzameld en verwerkt, het hier juist gaat, om ervoor te zorgen dat alleen die gegevens verwerkt worden waarvan de verwerking nodig is in het licht van het nieuwe doeleinde en zodoende te waarborgen dat de verwerking in verhouding staat tot het nagestreefde doel.

[49] Adv.RvS 68.936/AV van 7 april 2021 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 14 augustus 2021 'betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie', *Parl.St.* Kamer 2020-21, nr. 55-1951/1, 55-127, opmerking 101. Zie ook GwH 10 maart 2022, nr. 33/2022, B.13.1; GwH 22 september 2022, nr. 110/2022, B.11.2; GwH 1 juni 2023, nr. 84/2023, B.16.9.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Verwerkte gegevens die eveneens betrekking zouden hebben op persoonlijke informatie betreffende de gezondheid, worden beschouwd als gevoelige informatie die in het bijzonder beschermd wordt door artikel 9 van de AVG en artikel 34 van de wet van 30 juli 2018, welke bepalingen vereisen dat die gegevens verwerkt worden door personen die onderworpen zijn aan een verplichting tot vertrouwelijkheid. Het spreekt hoe dan ook voor zich dat de gegevens die verwerkt worden geen persoonsgegevens mogen betreffen die onder het medisch beroepsgeheim vallen, zonder dat voorzien zou worden in extra garanties om die geheimhouding te verzekeren en in een daadwerkelijke rechterlijke controle op schendingen van het medisch beroepsgeheim.[50]

2° Het doeleinde van de gegevensverwerking is onvoldoende precies: eerst en vooral rijst de vraag hoe de doeleinden bedoeld in artikel X+59, 1° (ontworpen artikel 278, vierde lid, 4°, van de programmawet van 24 december 2002), namelijk "het controleren van de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners" en de doeleinden bedoeld in artikel X+59, 2° (ontworpen artikel 278, vijfde lid, van de programmawet van 24 december 2002), namelijk "zorgverleners (…) identificeren met een profiel dat kan wijzen op een incorrect, ondoelmatig of frauduleus gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen", met elkaar te verenigen vallen; het doeleinde waarin de tweede bepaling voorziet, blijft onduidelijk; de vraag rijst immers wat begrepen dient te worden onder "incorrect" of "ondoelmatig" gebruik van "middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen".

Worden daarmee de feiten en gedragingen bedoeld die opgesomd worden in artikel 73*bis* van de gecoördineerde wet en die bedoeld worden in artikel 142 van dezelfde wet, of is het de bedoeling daaraan nog andere feiten of gedragingen toe te voegen? In dat tweede geval merkt de afdeling Wetgeving op dat, mocht de steller van het voorontwerp feiten en gedragingen beogen waar verder geen straffen op staan, de gegevensverwerking daarvan moeilijk te verantwoorden zou zijn in het licht van het doeleinde zoals dat uit de toelichting bij het artikel blijkt.

Op een vraag in dat verband heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

> "Artikel 278, eerste lid van de Programmawet (I) van 24 december 2002 luidt momenteel als volgt:
>
> 'De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail worden gemachtigd om toe te treden tot een vereniging van landsbonden van ziekenfondsen, hierna Intermutualistisch Agentschap genoemd, die als doel heeft de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken'.
>
> Die bepaling is algemeen geformuleerd wat betreft de opdrachten van de verzekeringsinstellingen. Om diezelfde opbouw binnen het artikel te behouden, werd er ook in artikel X+59 in algemene bewoordingen gesproken over de bevoegdheid van respectievelijk de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en die van de verzekeringsinstellingen.

[50] Zie de toelichting die met betrekking tot dat aspect gegeven wordt in advies 78/105/2/V van 9 september 2025 over een voorontwerp van wet 'tot wijziging van de wet van 22 april 2019 tot kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg', opmerking 2 bij artikel X+9.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

Zoals te lezen in de memorie van toelichting is het de bedoeling om het intermutualistisch agentschap (IMA) toe te laten de analyses die ze nu al doet te kunnen doen op het geheel van de gegevens van de verzekeringsinstellingen. Het is correct dat er niet apart omschreven is wat er juist begrepen moet worden onder 'de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bij individuele zorgverleners'. Die omschrijving moet samen gelezen worden met de rest van het artikel en de verwijzing naar de bevoegdheden van de verzekeringsinstellingen. Uit onderstaande beraadslagingen van het informatieveiligheidscomité blijkt ook duidelijk de rol van het IMA, ter ondersteuning van de uitoefening van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen:

1. Beraadslaging nr. 22/284 van 22 december 2022 (22-284-n464-kce-statbel.pdf), randnummer 19: 'Het IMA is een vereniging zonder winstgevend oogmerk die werd opgericht door de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 stelt dat het IMA tot doel heeft de gegevens te analyseren die het verzamelt in het kader van de opdrachten van de VI en hierover inlichtingen te verstrekken. Het gaat in dit geval om alle uitgaven inzake gezondheidszorg, voor de hospitalisaties en voor de ambulante zorg, die worden vergoed door de VI in het kader van de verplichte zorgverzekering, en om de socio[1]demografische gegevens en de sociale zekerheidsprofielen van hun aangesloten leden'.

2. Beraadslaging nr. 24/134 van 3 september 2024 (24-134-n280-spadis.pdf), randnummer 27: 'Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) is een VZW die in oktober 2002 door de landsbonden van de verzekeringsinstellingen werd opgericht. De doelstelling van het IMA, bestaat erin om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en informatie hieromtrent te verstrekken. De gegevens worden verzameld om hun wettelijke opdracht te realiseren krachtens artikelen 278 t.e.m. 281van de Programmawet van 24 december 2002'.

Wanneer er voor de DGEC een verwijzing opgenomen zou worden in de wet zelf, zou dat eerder een verwijzing naar de bevoegdheid van de Dienst zijn zoals momenteel staat in artikel 139, vierde lid van de GVU-wet. De bevoegdheid van de DGEC is ruimer dan enkel de vaststelling van inbreuken zelf. De vaststelling van een inbreuk is daarbij ook niet het hoofddoel van de opvolging die hier voorzien wordt. Het zou bijvoorbeeld net de bedoeling kunnen zijn om door de analyse van het IMA proactiever te kunnen optreden en zelfs inbreuken te kunnen voorkomen in de toekomst."

Uit die uitleg blijkt dat de doeleinden van de verwerking verder reiken dan hetgeen *a priori* blijkt uit het dispositief en de toelichting bij de artikelen en dat ze zeer ruim zijn net als de gegevens die verwerkt mogen worden.

Bijgevolg dient de bepaling opnieuw onderzocht, herzien en aangevuld te worden teneinde de categorieën van verwerkte gegevens, alsook het (de) doeleinde(n) van de verwerking nader te bepalen, en inzonderheid te preciseren wat bedoeld wordt met "incorrect" of "ondoelmatig" gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de betrokken feiten of gedragingen nader te omschrijven, hetzij door te verwijzen naar de bepalingen waarin die handelingen en gedragingen reeds worden opgesomd.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

3° Er wordt in geen enkele termijn voorzien voor het bewaren van de gegevens rekening houdend met het nagestreefde doel: het betreft hier een fundamentele leemte die verholpen moet worden.

4° Het ontworpen dispositief dient eveneens aldus aangevuld te worden dat nader bepaald wordt welke categorieën van personen toegang hebben tot de verwerkte gegevens, ongeacht of het daarbij gaat om het Intermutualistisch Agentschap dan wel om de verzekeringsinstellingen.

Het voorontwerp moet in het licht van die opmerkingen herzien en aangevuld worden.

2. Wat betreft het meedelen van verwerkte gegevens, rijst de vraag of het de bedoeling is van de steller van het voorontwerp dat het meedelen van de resultaten van de analyse door het Intermutualistisch Agentschap wel of niet kan plaatsvinden zonder de vereiste beraadslaging bedoeld in artikel 279 van de programmawet van 24 december 2002, zoals dat gewijzigd zou worden bij het voorontwerp. Iedere onduidelijkheid in dat verband dient te worden weggenomen. Mocht artikel 279 niet van toepassing zijn, dient de aldus beoogde afwijkende regeling zowel uit het oogpunt van het recht op bescherming van het privéleven als in het licht van het gelijkheidsbeginsel verantwoord te worden.

De bepaling moet worden herzien in het licht van deze opmerking.

3. Uit de toelichting bij het artikel blijkt dat de wijzigingen die aangebracht worden bij de punten 3°, 4° en 5° louter formele wijzigingen zijn die ertoe strekken rekening te houden met de nieuwe benaming van bepaalde instanties.

Zo bijvoorbeeld wordt de verwijzing naar het "sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid" vervangen door een verwijzing naar het "informatieveiligheidscomité opgericht bij de wet van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG".

Wat voorts de beslissingen van het aldus bedoelde comité betreft, gaat het voortaan niet meer om "machtigingen" en "autorisations", maar wel om "beraadslagingen" en "délibérations".

Die terminologische wijziging heeft enkel zin indien aldus gedoeld wordt op "beraadslagingen" die leiden tot een "machtiging". Gezien de context van de ontworpen regeling kan de aldus bedoelde beraadslaging immers geen ander doeleinde hebben. Die nieuwe terminologie stemt overigens overeen met de terminologie die gebruikt wordt in de wet van 5 september 2018, waarin de woorden "beraadslaging" of "délibération" gebezigd worden in de plaats van de woorden "machtiging" en "autorisation", waarmee klaarblijkelijk dergelijke beslissingen bedoeld worden.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

De woorden "beraadslaging" en "délibération" die gebezigd worden in de voorliggende bepaling dienen dan ook in die zin begrepen te worden.

In artikel X+59, 5° (ontworpen punt 3°) zijn de woorden "kan (...) een beraadslaging verlenen" zinloos. Het verdient aanbeveling om de bepaling aldus te stellen dat het met elkaar in verband brengen van gegevens waarvan sprake is, kan plaatsvinden "mits daarover is beraadslaagd' in het veiligheidscomité.

Dezelfde opmerking geldt voor de artikelen X+60, X+61 en X+62.

Artikel X+60

In plaats van "het voormelde informatieveiligheidscomité" te schrijven, dient verwezen te worden naar het "informatieveiligheidscomité bedoeld in artikel 278, dertiende lid, 2°,".

Dezelfde opmerking geldt *mutatis mutandis* voor de artikelen X+61 en X+62.

SLOTOPMERKINGEN

De steller van het voorontwerp dient de tekst aandachtig te herlezen teneinde spellingsfouten[51], taalfouten[52] en fouten inzake de wetgevingstechniek[53] te verbeteren en om te zorgen voor eenvormigheid van de terminologie[54].

[51] Zo dient bij wijze van voorbeeld in de Franse tekst van het ontworpen artikel 50, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet (artikel X+21) het woord "fait" vervangen te worden door het woord "faite", moeten in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51, eerste lid, (artikel X+23) de woorden "leurs comptabilités budgétaires" in het enkelvoud staan, en moet in de Nederlandse tekst van de derde zin van datzelfde lid "wordt gesloten" in plaats van "is gesloten" worden geschreven, en in de Nederlandse tekst van de vierde zin van datzelfde lid "als deze laatste" in plaats van "als dit laatste".

[52] Bij wijze van voorbeeld dient in het ontworpen artikel 51/5, § 1, tweede lid, de laatste zin van de Franse tekst aan te vangen als volgt: "Toutefois, si aucun document n'a été établi par le Ministre et approuvé par le Conseil général au plus tard le dernier jour du mois de février, les dispensateurs de soins conservent (…)".
Voorts dient in de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, tweede lid, "tijdstippen waarop" in plaats van "tijdstippen waarin" te worden geschreven.
In de Franse tekst van het ontworpen artikel 52/1, § 1, derde lid, moeten telkens de woorden "de ceux-ci" worden weggelaten en in de Nederlandse tekst het woord "daarin". Bovendien moet in de Franse tekst het woord "pendant" vervangen worden door het woord "pour".

[53] Bij wijze van voorbeeld dient in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/1, § 3, vijfde lid, verwezen te worden naar het percentage "visé à l'alinéa 1er" (en niet naar het percentage "visé au paragraphe 1er).

[54] Zo is er bijvoorbeeld – los van de hiervoor geformuleerde opmerkingen - in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/1, § 2, sprake van "transmission" van het akkoord, terwijl in de Franse tekst van het ontworpen artikel 51/3, tweede lid, gesproken wordt over "envoi" van een wijzigingsclausule. Zo ook staat er in de Franse tekst van artikel 51/1, § 1, eerste lid, "par courrier" terwijl in artikel 51/3, tweede lid, "par voie postale" gebezigd wordt. Dat laatste verdient de voorkeur gelet op de formulering van de thans geldende bepalingen.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡

De steller van het voorontwerp dient voorts de gecoördineerde wet onder de loep te nemen teneinde de bepalingen te onderscheiden waarin sprake is van overeenkomsten of akkoorden en vervolgens afdeling X+1 van het voorontwerp aldus te vervolledigen dat daarin in de toekomst enkel nog verwezen wordt naar akkoorden.[55]

LE GREFFIER – DE GRIFFIER LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Béatrice DRAPIER FACCO Bernard BLERO

[55] Zo dienen, louter bij wijze van voorbeeld, de artikelen 2, p), 16, § 1, 10°, 17, vierde lid, en 54 van de gecoördineerde wet aangepast te worden.

‡LW-CDJZLFEED-HIBAEUQ‡