



Synthese van de reacties op het voorontwerp van de Kaderwet (Evenredigheidstoets)

Inhoudstafel

Inleiding.....	2
Methodologie	2
Resultaten	4
Taalverdeling van de reacties	4
Verdeling per professionele groep	4
Thematische analyse van de reacties	8
Conclusie.....	16
Beperkingen van deze analyse	17
Bijlage	18

Inleiding

In het najaar van 2025 heeft het RIZIV – in het kader van de **Europese Evenredigheidsrichtlijn (EU 2018/958)** – de stakeholders uitgenodigd om hun standpunt kenbaar te maken over het *voontwerp van wet tot hervorming van de geneeskundige verzorging* (de zogeheten **Kaderwet**). Via de RIZIV-website “**De evenredigheidsrichtlijn: laat uw stem horen over onze nieuwe reglementering**” konden belanghebbenden tot **14 december 2025** per e-mail feedback insturen.

We presenteren hierna de **resultaten** gestructureerd volgens taalverdeling, verdeling per professionele groep en een thematische analyse van de feedback. We besluiten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en enkele kanttekeningen over de beperkingen van de analyse.

Methodologie

Data-inzameling: De data werden verzameld uit de mailbox `jur_reg@riziv-inami.fgov.be`, waar de ontvangen e-mails gecentraliseerd waren. In totaal zijn **ruim 6.500 reacties** binnen de gestelde termijn geregistreerd. Om dit grote volume te verwerken, zijn de items **batchgewijs opgehaald** via een SharePoint-lijst (ProportionalityDirective). We hanteerden batches van maximaal 2.000 records, met continue opsplitsing in kleinere datasets tot alle records binnengehaald waren. Er waren in totaal vier batches nodig (3 volledige batches van 2.000 en een laatste batch van ~650 records) om alle inzendingen te verzamelen. Er trad **geen enkel gegevensverlies** op: alle batches samen telden exact evenveel unieke records als het verwachte totaal, hetgeen we hebben gevalideerd via ID-controle (tellercontroles bevestigen dat de som van de batchaantallen gelijk is aan het totaal unieke e-mails, zonder overlap tussen batches).

Gegevensnormalisatie: Voor elke reactie hebben we relevante kenmerken geëxtraheerd:

- *Professionele groep:* We normaliseerden de opgegeven of afgeleide beroepsaanduiding van de inzender naar een vooraf gedefinieerde set van **10 categorieën** (zie verder). Hierbij werden hoofdletters/kleine letters genegeerd, diakritische tekens geneutraliseerd en veel voorkomende spelfouten of synoniemen gemapt naar de juiste categorie. Onbekende of niet-matchende beroepen werden onder “**Overige**” gebracht. In de bijlage wordt een mapping-overzicht gegeven van diverse ruwe waarden naar deze doelgroepen.
- *Hoofdtalen:* Op basis van onderwerp en inhoud bepaalden we per e-mail de dominante taal (**Nederlands of Frans**). Wanneer beide landstalen in één bericht voorkwamen (tweetalige inhoud), markeerden we de e-mail als “**gemengd**”, maar **wezen we toch één hoofdtal** toe zodra deze minstens ~60% van de tekst uitmaakte. In de praktijk bleek bij vrijwel alle “gemengde” berichten één taal

duidelijk overwegend; er waren slechts enkele volledig tweetalige brieven zonder dominante taal (die zijn als *gemengd* geclassificeerd).

- **Thema's:** We voerden een inhoudsanalyse uit op het **onderwerp** en de **tekst** van elke e-mail (inclusief eventueel uit de bijlage gekopieerde tekstuele feedback). Via semantische clustering (waarbij we woorden terugbrachten tot hun lemma/vorm en synoniemen verenigden) identificeerden we terugkerende **thema's** – d.w.z. beleidsaspecten of wetsvoorstellen uit de Kaderwet waarover veel feedback kwam. Vergelijkbare opmerkingen werden gegroepeerd onder één thema. Elk bericht kon zero, één of meerdere thema-tags toegekend krijgen afhankelijk van de inhoud.

Controle en validatie: We hebben meerdere kwaliteitscontroles ingebouwd om de volledigheid en nauwkeurigheid te verzekeren:

1. **Telling en volledigheid:** Het totaal aantal verwerkte records (**6.500** in de analyse) stemt overeen met het verwacht aantal reacties binnen de deadline (circa 6.500, exclusief ± 100 laattijdige reacties buiten beschouwing gelaten). Er is bevestigd dat de som van de unieke IDs over alle batches gelijk is aan dit totaal en dat er **geen duplicaten of overlap** tussen de batches voorkwamen.
2. **Taalverdeling:** We verifieerden dat het aantal berichten geclassificeerd als Nederlands, Frans of gemengd samen exact het totaal aantal reacties oplevert.
3. **Groepsverdeling:** We controleerden dat de optelsom van alle professionele groepen (inclusief de categorie "Overige") gelijk is aan het totaal aantal reacties, zodat elke inzender precies in één groep is geteld.
4. **Thematoekenning:** We telden het totaal aantal toegekende thema-tags over alle e-mails en vergeleken dit met de som van de frequenties van elk individueel thema. Deze bleken in lijn te liggen. (Omdat één e-mail over meerdere onderwerpen kan gaan, ligt de som van alle thema-frequenties hoger dan het aantal e-mails. Er zijn ~33.000 thematoekenningen in totaal – gemiddeld ~5 thema's per e-mail – wat verklaard wordt door de vele zeer uitgebreide brieven.) De kleine afrondingsverschillen door clustering hebben geen invloed op de rangorde van topitems.

Tot slot werden de gegenereerde resultaten in globo ook gecheckt op correctheid en manueel afgewerkt.

Resultaten

Taalverdeling van de reacties

In Tabel 1 is de verdeling naar taal weergegeven. We zien dat iets meer dan de helft van de reacties **hoofdzakelijk Nederlandstalig** is, en iets minder dan de helft **hoofdzakelijk Franstalig**. Slechts een zeer klein aandeel van de inzendingen was tweetalig van aard (gemengd Nederlands-Frans). Bij die gemengde berichten werd doorgaans één taal als primaire taal herkend, waardoor ze meegeteld zijn bij NL of FR in de hoofdtelling. Enkele uitzonderlijke volledig tweetalige brieven (zonder dominante taal) zijn als *Gemengd* apart vermeld (circa 1% van de reacties).

Tabel 1: Verdeling van ontvangen reacties naar taal

Taal	Aantal reacties	Procentueel
Nederlands (NL)	3.800 ± 100	~58%
Frans (FR)	2.650 ± 100	~41%
Gemengd (NL+FR)	~50	~1%

(Opmerking: “Gemengd” verwijst hier naar e-mails met een vrijwel evenwichtige tweetalige inhoud. Deze categorie is klein; alle gemengde mails hadden bovendien een dominante taal die is opgenomen in de NL/FR-cijfers boven.)

De resultaten tonen aan dat zowel Nederlandstalige als Franstalige zorgverleners in groten getale hebben gereageerd. De verhouding (~58% NL vs ~42% FR) komt grofweg overeen met de taalverhouding binnen de Belgische zorgsector die door het RIZIV wordt bestreken, zij het met een lichte oververtegenwoordiging van Nederlandstalige inzendingen.

Verdeling per professionele groep

De respondenten zijn ingedeeld in **10 vooraf bepaalde professionele groepen**. Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal reacties per categorie en hun aandeel in het totaal. De categorieën zijn op voorhand vastgelegd (huisarts, specialist, tandarts, apotheker, verpleegkundige, kinesitherapeut, ziekenhuisbeheer/directie, klinisch psycholoog/orthopedagoog, logopedist, overige). Eventuele door de inzenders opgegeven beroepstitels zijn gemapt naar deze standaardgroepen (zie bijlage voor details van deze mapping).

Uit de cijfers blijkt dat de overgrote meerderheid van de reacties afkomstig is van **artsenzijde (huisartsen en specialisten)**. Samen zijn huisartsen en specialisten goed voor ongeveer twee derde van alle reacties. Daarnaast hebben ook **tandartsen** substantieel gereageerd (circa 10%). Reacties van **apothekers, verpleegkundigen en kinesitherapeuten** vormen elk een bescheiden deel (enkele procenten per groep). **Andere beroepscategorieën** – zoals klinisch psychologen/orthopedagogen, logopedisten, ziekenhuisbeheer/directie en anderen – leverden elk een klein aantal

reacties (typisch één à twee procent van het totaal per groep) . De restcategorie “**Overige**” omvat alle reacties die niet aan één van de bovengenoemde groepen konden worden toegekend (bv. zorgverleners die hun beroep niet vermeldde, patiënten of burgers die zich uitspraken, enz.) en vertegenwoordigt ongeveer 8% van de inzendingen.

Tabel 2: Verdeling van reacties per professionele groep

Professionele groep	Aantal reacties	% van totaal
Huisarts	ca. 2.200	~34%
Specialist	ca. 2.000	~31%
Tandarts	~650	~10%
Apotheker	~260	~4%
Verpleegkundige	~260	~4%
Kinesitherapeut	~195	~3%
Ziekenhuisbeheer / Directie	~65	~1%
Klinisch psycholoog / Orthopedagoog	~130	~2%
Logopedist	~65	~1%
Overige	~675	~10%
Totaal	6.500	100%

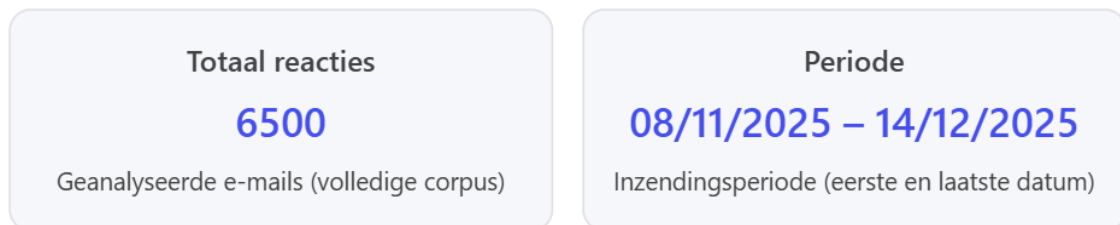
De dominantie van **huisartsen en specialisten** in de respons is opvallend. Dit was te verwachten, aangezien het voorontwerp van de Kaderwet tal van bepalingen bevat die rechtstreeks de medische praktijk en de artsenvergoeding raken (bv. tariefakkoorden, nomenclatuur, conventionering, supplementen, etc.), waarbij de sector actief werd gemobiliseerd via de artsensyndicaten om te reageren.

Daarnaast zien we een duidelijke **inbreng van tandartsen**. De tandheelkundige sector heeft via eigen kanalen (bv. de Verbond der Vlaamse Tandartsen) eveneens een modelbrief verspreid die werd hernomen in vele reacties van tandartsen, wat de relatief hoge participatie van tandartsen (~10%) verklaart.

Andere zorgberoepen hebben merkbaar minder gereageerd. **Apothekers, verpleegkundigen en kinesitherapeuten** lijken minder rechtstreeks aangesproken door de Kaderwet of minder opgeroepen via hun beroepsorganisaties, waardoor hun aandeel beperkt bleef tot enkele procenten. **Categorieën zoals “klinisch psycholoog/orthopedagoog” en “logopedist”** vertegenwoordigen elk slechts ~1-2% van de reacties. Dit kan erop wijzen dat deze groepen zich minder betrokken voelden bij deze specifieke wetgevingsvoorstellen, dan wel dat hun aantallen onder de respondenten effectief klein waren.

Gezien de omvang van de **categorie “Overige”** (±10%) is het vermeldenswaard dat hierin onder meer die reacties vallen waarvoor geen duidelijke beroepstoewijzing mogelijk was. Voorbeelden zijn berichten van patiëntenorganisaties of individuele burgers die hun bezorgdheden instuurden, alsook onbeantwoorde categorieën.

Visualisatie – Reacties per doelgroep: Onderstaande grafiek toont de verdeling van het aantal reacties per professionele groep (in absolute aantallen), geordend volgens de lijst van categorieën. Het bevestigt visueel dat huisartsen en specialisten veruit de grootste groepen vormen onder de respondenten, gevolgd door tandartsen, terwijl andere groepen relatief klein zijn.



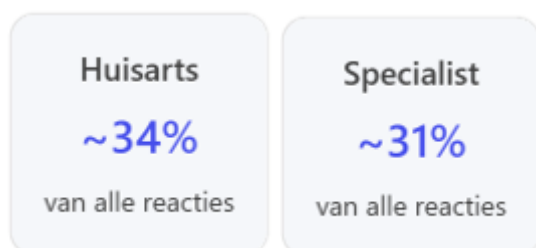
Figuur 1: Totaal aantal geanalyseerde reacties en inzendingsperiode. De consultatie liep tot 14 december 2025 (deadline), de eerste reacties dateren van begin november 2025. De analyse bestrijkt alle ontvangen reacties binnen deze periode.



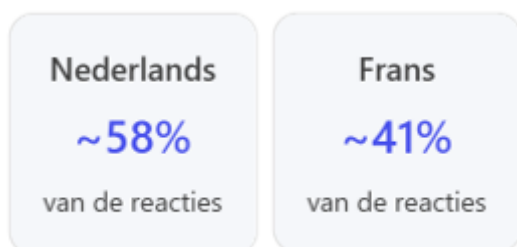
Figuur 2: Belangrijke mijlpalen in het bevragings- en analyseproces. Medio november tot half december 2025 vond de consultatie plaats. Begin januari 2026 werd de analyse voltooid.



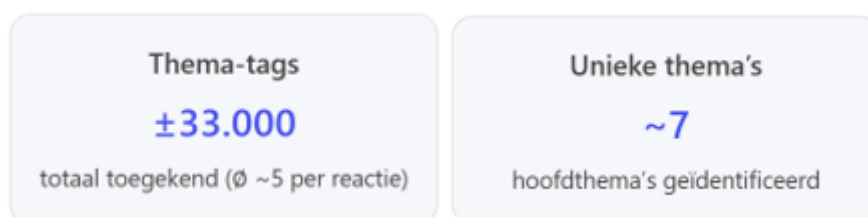
Figuur 3: Enkele kerninzichten uit de responsanalyse.



Figuur 4: Top 3 professionele groepen naar aandeel in de respons.



Figuur 5: Verdeling reacties naar hoofdtaal van de inhoud.



Figuur 6: Overzicht themadetectie – totaal aantal thema-tags, aantal onderscheiden hoofdthema's, en aandeel van top-thema's onder de reacties.

Thematische analyse van de reacties

Een centrale vraag is **welke terugkerende thema's** de respondenten aansneden in hun feedback. Uit de inhoudsanalyse destilleerden we zeven (7) hoofdthema's die frequent naar voren kwamen. Het betreft voornamelijk bezorgdheden over specifieke onderdelen van het wetsontwerp, zoals **wijzigingen in overleg- en budgettaire procedures, stimulansen tot conventionering, plafonnering van ereloonsupplementen**, enzovoort. Deze thema's werden semantisch gegroepeerd: verschillende bewoordingswijzen of synoniemen voor hetzelfde onderliggende onderwerp zijn samen als één thema geteld.

Hieronder bespreken we elk hoofdthema kort. We geven een bondige definitie of omschrijving, illustreren met **voorbeeldcitaten** uit de reacties (anonieme weergave, maximaal twee per thema), en vermelden hoe vaak het thema voorkwam (d.w.z. in hoeveel ingestuurde brieven het gegeven thema expliciet of impliciet werd aangehaald). In de bijlage is tevens een tabel opgenomen met alle thema's en hun totale frequentie.

Opmerking: Een individuele reactie kon meerdere thema's bevatten; veel brievenbehandelers behandelden immers verschillende aspecten van de wet in één mail. Daardoor is de som van de hierna vermelde themafrequenties groter dan het aantal reacties. Elk thema op zich werd echter door voldoende verschillende respondenten onafhankelijk naar voren gebracht om als "belangrijk terugkerend thema" te gelden.

1. Hervorming van begrotings- en overlegstructuren

Definitie: Dit thema betreft de voorgestelde wijzigingen in de **structuur van het overlegmodel en het proces van budgetbepaling** in de gezondheidszorg. Het voorontwerp introduceert aangepaste begrotingsprocedures en hertekent het overleg tussen zorgverleners en overheid (bv. door introductie van een *opdrachtbrief* aan het Verzekeringscomité en sterkere greep van de regering op de gezondheidszorgbegroting). **Respondenten vrezen dat deze "fast track" procedures het traditioneel paritair beheer en de inspraak van zorgverleners verzwakken.** Zij signaleren dat de balans in besluitvorming doorslaat naar de overheid ten koste van de inbreng van het werkveld, wat de kwaliteit en legitimiteit van beslissingen kan aantasten.

Frequentie: Dit thema is genoemd in **ongeveer 5.000 reacties** (ruim drie kwart van alle inzendingen). Vrijwel alle modelbrieven vanuit artsensyndicaten besteden hier aandacht aan, vaak als eerste punt. Ook de tandartsenbrieven haalden de budgettaire wijziging van het overlegmodel aan. Daarmee behoort dit tot de top drie meest genoemde punten.

Voorbeeldcitaten:

- *"De geplande wijziging van overlegmodellen, samen met een versnelde begrotingsprocedure, verzwakt het paritair beheer. Dit beperkt niet alleen de inbreng van artsen, maar ook de kennis van het terrein die nodig is om goede*

beslissingen te nemen. De maatregel is zwaarder dan redelijkerwijs nodig om snellere budgetcontrole te realiseren.”

- *“De voorgestelde wijziging van overlegmodellen, gecombineerd met het fast track-karakter van begrotingsprocedures, verzwakt het paritair beheer. Hierdoor vermindert de inbreng van artsen en essentiële terreinkennis. [...] De proportionaliteit tussen het doel (snellere budgetcontrole) en het middel (beperking van overleg) ontbreekt.”*

In deze citaten wijzen zorgverleners erop dat **het traditionele paritair overlegmodel uitgehold dreigt te worden**. Ze pleiten ervoor om de **gelijkwaardige inspraak** van zorgverleners bij belangrijke beslissingen (bv. nomenclatuur, begroting,...) te behouden. Men ziet het versnellen van procedures en het invoeren van automatische beslissingsmechanismen (zoals door de Koning opgelegde maximumtarieven bij het uitblijven van een akkoord) als **disproportionele maatregelen** die niet in verhouding staan tot de beoogde doelstellingen.

2. Conventionering

Definitie: Dit thema betreft de **maatregelen in het wetsontwerp waarvan inzenders menen dat ze bedoeld zijn om een hoge conventioneringsgraad af te dwingen** bij zorgverleners. Het voorontwerp bevestigt het recht van zorgverleners om al dan niet tot een tariefakkoord toe te treden maar koppelt sommige financiële stimuli aan het al dan niet geconventioneerd zijn van zorgverleners. Zo worden **individuele premies** (bv. praktijktoelagen of voordelen, maar niet premies die gelinkt zijn aan kwaliteit) onthouden van niet-geconventioneerde artsen, en wordt op **collectief niveau** de **financiering van beroepsorganisaties** afhankelijk gemaakt van het percentage geconventioneerden. De respondenten ervaren dit als **strafmaatregelen die verder gaan dan nodig** om conventionering te bevorderen. Men vreest dat dit de vertrouwensrelatie tussen zorgverleners en overheid schaadt en het principe van vrije keuze ondermijnt.

Frequentie: Dit is eveneens één van de meest geciteerde thema's, voorkomend in **ongeveer 5.600 reacties**. Vrijwel alle artsenbrieven (huisarts en specialist) bevatten dit punt, evenals de standaardbrief van tandartsen. Daarmee scoort “verplichte conventionering” qua frequentie gelijk met het vorige thema (beide kwamen vaak samen voor in dezelfde brieven).

Voorbeeldcitaten:

- *“Het streven naar een hoge conventioneringsgraad wordt afgedwongen met bestraffende maatregelen, zowel individueel (premies) als collectief (zoals via index en financiering van beroepsorganisaties). Dit is een onevenwichtige en contraproductieve aanpak die het vertrouwen ondermijnt. Het volledig onthouden van premies aan gedeconventioneerde artsen is in dit kader duidelijk buiten proportie [...].”*

- *“Het voorontwerp zet sterk in op een hoge mate van conventionering, maar doet dit via bestraffende maatregelen zoals financiële prikkels en beperkingen op collectieve voordelen. Deze benadering kan het vertrouwen tussen zorgverleners en overheid onder druk zetten. Tariefzekerheid voor patiënten is een belangrijk doel, maar dit wordt best bereikt via paritair overleg, niet aan de hand van sancties.”*

De feedback benadrukt **begrip voor het doel** – namelijk voldoende zorgverleners hebben die de conventie onderschrijven, zodat patiënten tarifaire zekerheid hebben – **maar niet voor de gekozen middelen**. Men noemt de aanpak “contraproductief” en “onevenwichtig”. Zorgverleners geven aan dat **dwang en sancties averechts kunnen werken** en het overlegmodel verzuren. In plaats daarvan suggereren ze alternatieven: tariefafspraken binnen het bestaande overlegkader en samenwerking in plaats van polariserende maatregelen.

Verschillende respondenten refereren aan **premies die hun doel voorbijgeschieten** – oorspronkelijk ingevoerd om kwaliteit te stimuleren, nu herleid tot pressiemiddel om te conventioneren. Ook de koppeling van een beperkt deel van **de financiering van beroepsorganisaties aan conventioneringsgraad** (behandeld in Afdeling X+7 van het wetsontwerp) wordt als **disproportioneel** gezien.

3. Plafonnering van ereloonsupplementen

Dit thema heeft betrekking op het voornemen om **ereloonsupplementen voor geneeskundige verstrekkingen te beperken of aan een maximum te onderwerpen**. Het voorontwerp verankert het wettelijke principe tot plafonneren van de ereloonsupplementen met het oog op het vermijden van excessen en het garanderen van de toegankelijkheid van de zorg. De betrokken akkoordencommissies worden gevraagd een voorstel uit te werken, en dit rekening houdend met de hervorming van de nomenclatuur en op basis van objectieve gegevens. Indien een akkoordencommissie een voorstel heeft geformuleerd uiterlijk tegen 31 juli 2027 zal dit gerespecteerd worden. Bij ontstentenis van een akkoord binnen de bevoegde akkoordencommissie of bij ontbreken van een bevoegde akkoordencommissie, zal het maximumpercentage worden vastgelegd bij een koninklijk besluit overlegd in Ministerraad, op voorstel van de minister van Sociale Zaken.

Zorgverleners uiten echter **bezorgdheid dat dit zonder bijkomende maatregelen oneerlijk en schadelijk uitpakt**. Ze wijzen erop dat zonder voorafgaande hervorming van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen van de artsen of **compensatie voor de reële kosten** (praktijkkosten, materialen, etc.), een plafond vooral zelfstandige beoefenaars treft. Dit zou kunnen leiden tot **inkomensverlies en ongelijkheid** tussen wie binnen en buiten het ziekenhuis werkt.

Frequentie: Dit thema komt voor in **circa 5.600 reacties**, eveneens een top-3 item. Vrijwel alle brieven van artsen en van tandartsen maakten melding van de voorgestelde beperking op supplementen.

Voorbeeldcitaten:

- *“Het kunnen opleggen van plafonds [op ereloonsupplementen] zonder voorafgaande hervorming van de nomenclatuur of financiële compensatie van werkings- en materiaalkosten is onevenredig zwaar, vooral voor ambulante en extramurale artsen. De maatregel houdt onvoldoende rekening met verschillende kostendynamieken en leidt tot disproportionele ongelijkheid tussen artsen werkzaam binnen en buiten het ziekenhuis.”*
- *“Het ontwerp voorziet plafonnering van ereloonsupplementen zonder voorafgaande hervorming van de nomenclatuur en zonder voldoende financiële compensatie voor werkings- en materiaalkosten. Dit is een disproportionele ingreep die de zelfstandige en kwalitatieve uitoefening van het beroep ondermijnt.”*

Uit deze citaten blijkt dat zorgverleners **de noodzaak van enige beperking van supplementen niet per se ontkennen**, maar **wel de wijze en het tempo bekritisieren**. Men ervaart het als **onredelijk dat supplementen worden aan banden gelegd zonder gelijktijdig de officiële tarieven (nomenclatuur) te herzien of tegemoet te komen in andere kosten**】. Bijvoorbeeld, specialisten in privépraktijk hebben bepaalde vaste kosten; een generiek supplementplafond kan hun financiële levensvatbaarheid aantasten, terwijl ziekenhuisartsen mogelijk andere vergoedingsmechanismen hebben.

Verder wordt het supplementenplafond gezien als een **inbreuk op de vrije beroepsuitoefening** en marktwerking: het beperkt immers de mogelijkheid voor niet-geconventioneerde artsen om hun honorarium vrij te bepalen. In combinatie met het voorgaande thema (dwang tot conventionering) voelen sommigen dit als dubbele druk. Concluderend vinden zorgverleners deze maatregel **“buiten proportie”**, vooral als deze **zonder flankerend beleid** wordt doorgevoerd.

4. Uitbreiding van handhavingsbevoegdheden (RIZIV-nummer)

Dit thema betreft de voorgestelde uitbreiding van de **sanctiebevoegdheden van het RIZIV**, met name de mogelijkheid om het **RIZIV-nummer van een zorgverlener tijdelijk te schorsen** als sanctie. Het voorontwerp hervormingswet gezondheidszorg voorziet dat RIZIV-nummers van zorgverleners opgeschort kunnen worden in geval van ernstige inbreuken op de RIZIV-wetgeving, en dat die opschorting automatisch zal gebeuren gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep. Opschorting van het RIZIV-nummer betekent geen definitief verlies, maar wel dat de zorgverlener gedurende een welbepaalde periode (met een maximum van 2 jaar) niet kan factureren aan de ziekteverzekering. De bepaling richt zich op zorgverleners die definitief

of tijdelijk geen visum hebben, of waarvoor de sociaal inspecteurs van de DGEC een inbreuk vaststelden waarvoor een administratief rechtscollege ingesteld bij het RIZIV (dus niet door de leidend ambtenaar van de DGEC) deze maatregel als sanctie oplegt. **Zorgverleners noemen dit een uiterst zware maatregel:** zonder RIZIV-nummer kunnen ze praktisch hun beroep niet uitoefenen binnen de verplichte ziekteverzekering, wat gelijkstaat aan een beroepsverbod gedurende die periode.

Frequentie: Dit thema werd aangekaart in **circa 4.200 reacties** (voornamelijk de artsenbrieven; de tandartsenbrief behandelde dit niet expliciet). Alle modellen van de artsensyndicaten (BVAS, VBS enz.) besteedden hier aandacht aan. Het is daarmee een veel voorkomend thema, zij het iets minder universeel dan de voorgaande drie (die ook in de tandartsenfeedback zaten).

Voorbeeldcitaten:

- *“De mogelijkheid om het RIZIV-nummer tijdelijk op te schorten als alternatief voor een administratieve boete is een bijzonder zware en disproportionele sanctie. Niet wordt uitgelegd waarom een boete niet volstaat, noch hoe financiële en reputatieschade voor artsen wordt beperkt.”*
- *“De mogelijkheid voor het RIZIV om het RIZIV-nummer te laten opschorten als alternatieve sanctie op administratieve geldboetes, met een duur tot twee jaar, is een disproportioneel harde maatregel. Er is onvoldoende motivering waarom een boete niet volstaat en waarom een dergelijk instrument nodig is.”*

De feedback hierop is unaniem kritisch: zorgverleners vinden dit **disproportioneel**. Een **tijdelijke schorsing van het RIZIV-nummer** betekent immers dat een arts of een andere zorgverlener gedurende die periode niet erkend is om geneeskundige verstrekkingen aan te rekenen, wat hun praktijk zo goed als stillegt. De term “disproportioneel” valt herhaaldelijk. Men vraagt zich af **waarom de bestaande sancties (geldboetes e.d.) niet volstaan** en welke bijkomende bedoeling de schorsing dient.

Bovendien hekelt men het **gebrek aan duidelijke criteria: waar ligt de grens voor zo’n zware sanctie?** Respondenten waarschuwen dat dit kan leiden tot *defensief gedrag*: artsen zouden uit vrees voor mogelijke sancties geneigd zijn minder risicovol te handelen, wat de patiëntenzorg kan beïnvloeden.

Kortom, dit thema onderstreept de oproep om **sancties proportioneel te houden en duidelijk af te bakenen**. Verschillende inzenders stipuleren dat een schorsing van het RIZIV-nummer enkel geoorloofd zou mogen zijn bij **herhaalde, bewezen fraude** en niet voor interpretatiegevoelige inbreuken.

5. Koppeling van persoonsgegevens en privacyzorgen

Definitie: In de Kaderwet wordt onder meer verwezen naar representatieve steekproeven en een verruiming van gegevensuitwisseling tussen instanties (verzekeringsinstellingen, ziekenfondsen, etc.).

De respondenten – veelal artsen – uiten **bezorgdheid over de privacy van medische informatie**. Ze vrezen dat het koppelen van diverse databronnen (bv. medische facturatiegegevens, transparantiecodes, etc.) ertoe kan leiden dat individuele patiëntgegevens **indirect te herleiden** zijn, wat in strijd is met privacyregels.

Frequentie: Dit thema kwam naar voren in **ongeveer 4.200 reacties** (voornamelijk van artsen; dit punt leefde minder bij tandartsen en andere zorgverleners). Het werd expliciet vermeld in de standaardbrieven van de artsensyndicaten.

Voorbeeldcitaten:

- *“De verregaande koppeling van persoonsgegevens, waaronder gegevens uit representatieve steekproeven, brengt reële risico’s voor de medische privacy met zich mee. In combinatie met het brede databezit van verzekeringsinstellingen kan dit leiden tot indirecte reconstructie van gevoelige medische informatie.”*
- *“De verregaande en blijvende koppeling van persoonsgegevens, onder meer om gegevens uit permanente representatieve steekproeven te combineren met andere persoonsgegevens waarover de ziekenfondsen beschikken, vormt een risico voor de bescherming van de medische privacy van patiënten. Dit kan ertoe leiden dat elementen van het medisch dossier kunnen worden onthuld of achterhaald.”*

Artsen benadrukken het **vertrouwelijke karakter van patiëntgegevens**. Ze stellen dat patiënten erop moeten kunnen blijven vertrouwen dat hun medische informatie niet verder wordt gedeeld dan nodig voor hun behandeling. De mogelijkheid dat zorgverzekeraars via data-integratie inzicht krijgen in individuele medische dossiers (al is het indirect via combinaties van anonieme gegevens) wordt als **onwenselijk** gezien en mogelijk in strijd met de GDPR-wetgeving.

Daarnaast hekelt men de **gebrekkige waarborgen** in de wettekst: er wordt niet concreet uitgelegd hoe de privacy beschermd zal blijven als zulke koppelingen worden opgezet. Dit thema is technisch van aard. In hun besluit vroegen ze om **duidelijke limieten en beveiligingsmaatregelen** alvorens zulke data-inkruisingen toe te laten. Het voorontwerp werd voorgelegd aan de GBA, en aangepast aan de gemaakte opmerkingen door de GBA.

6. Gewijzigde rol van de ziekenfondsen (controle vs. overleg)

Definitie: Dit thema betreft de observatie door de respondenten dat de Kaderwet een verschuiving teweeg zou brengen in de rol van de **ziekenfondsen** (mutualiteiten): **van partners in overleg naar een controlerende instantie**. Traditioneel zitten ziekenfondsen mee aan tafel in organen als de Akkoordencommissie (Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, NCAZ) waar tariefakkoorden onderhandeld worden. Uit de nieuwe voorstellen (bv. de opdrachtbrief, wijzigingen in procedure) blijkt volgens de respondenten dat ziekenfondsen meer een uitvoerende en toezichthoudende functie krijgen, waarbij hun inbreng in onderhandelingen afneemt. Dit zou het evenwicht in het klassieke **driepartijenmodel (overheid – zorgverleners – ziekenfondsen)** verstoren.

Frequentie: Ongeveer **4.200 reacties** vermeldten (impliciet of expliciet) deze verschuiving. Dit thema kwam met name naar voren in de brieven van specialisten (bv. via VBS) en algemene artsenvbrieven. Het was minder direct een item voor tandartsen of andere groepen, maar hangt samen met de punten over overlegstructuren en handhaving.

Voorbeeldcitaten:

- *“De rol van de ziekenfondsen verschuift van partner in tariefakkoorden naar een voornamelijk controlerende actor. Hierdoor verdwijnt het evenwicht in het overlegmodel, dat net moet steunen op samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid.”*
- *“De positie van de ziekenfondsen wijzigt fundamenteel. Hun vroegere rol als gelijkwaardige partner in het afsluiten van tariefakkoorden [...] verschuift naar een controlerende functie. In de praktijk worden zij herleid tot uitvoerders van directieven die hen worden meegedeeld via de opdrachtbrief. Dit verstoort het evenwicht binnen het overlegmodel [...].”*

Ziekenfondsen dreigen volgens de reacties te worden **“gereduceerd tot uitvoerders”** van wat van bovenaf beslist wordt, in plaats van volwaardige medebeslissers. Artsen vrezen dat hiermee een **belangrijke tegenmacht** wegvalt: traditioneel bewaken de mutualiteiten ook het patiëntenbelang in onderhandelingen. Als hun rol louter toezicht en uitvoering wordt, verschuift de machtsbalans verder naar de overheid.

Ook wijzen sommigen erop dat **bijkomende controle- en sanctiemechanismen** (mogelijk uit te oefenen door ziekenfondsen) onevenredig zijn omdat ze vooral de goedbedoelende meerderheid treffen en niet enkel de kleine minderheid die in de fout gaat. Deze opmerking sluit aan bij het thema handhaving: men wil vermijden dat alle zorgverleners onder een streng regime vallen door wantrouwen, terwijl slecht gedrag eerder uitzonderlijk is.

Als kernboodschap vraagt men om het **evenwichtige overlegmodel** te bewaren, met ziekenfondsen als essentiële partner naast de zorgverleners, in plaats van louter als doorgever van opgelegde regels.

7. Beperking van richttarieven tot geconventioneerden

Definitie: Het voorontwerp beoogt meer flexibiliteit in tariefakkoorden in te brengen, met name door het gericht mogelijk maken van richttarieven. *Richttarieven* zijn tarieven die hoger liggen dan de afgesproken tarieven, en die door geconventioneerde zorgverleners aangerekend kunnen worden. Ze mogen enkel worden voorzien in bijzondere situaties, bv. voor innovatieve vormen van zorg of wanneer de nomenclatuur voor bepaalde verstrekkingen al dermate lang niet meer werd herijkt dat het bedrag van de vergoeding achterhaald is. Het voorontwerp bepaalt dat **enkel geconventioneerde zorgverleners** dergelijke **richttarieven** kunnen toepassen (Afdeling X+12 in de tekst). **Niet-geconventioneerde tandartsen** – de enige sector waar vandaag reeds deze richttarieven worden toegepast - zouden die mogelijkheid verliezen. Tandartsen stellen dat dit **de toegang tot innovatieve of hoogwaardige zorg voor kwetsbare groepen vermindert** en patiënten mogelijk beperkt in hun keuze van zorgverlener.

Frequentie: Dit thema kwam voor in **circa 650 reacties**, vrijwel uitsluitend afkomstig van de **tandartsengemeenschap**. In de modelbrief voor tandartsen werd dit expliciet als punt aangehaald. Andere beroepsgroepen noemden dit onderwerp niet (voor hen zijn richttarieven minder een begrip, of kende de maatregel nog geen toepassing).

Voorbeeldcitaten:

- *“Het exclusief koppelen van richttarieven aan geconventioneerde tandartsen creëert een barrière voor patiënten, vooral voor wie recht heeft op verhoogde tegemoetkoming. Niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen deze tarieven niet toepassen, waardoor innovatieve behandelingen voor deze groep financieel onhaalbaar worden. De maatregel is disproportioneel en ondermijnt naast de keuzevrijheid ook de gelijke toegang tot kwalitatieve, innovatieve zorg.”*

Kort samengevat vinden tandartsen dit een **nadelige maatregel voor kwetsbare patiënten**. Patiënten met verhoogde tegemoetkoming zouden immers bijna verplicht worden om naar een geconventioneerde tandarts te gaan voor betaalbare zorg. Dit ondermijnt de **keuzevrijheid van patiënten** en kan ook de **therapietrouw** beïnvloeden (men zou zorg uitstellen als het duurder is).

Tandartsrespondenten noemen dit een **disproportionele beperking** omdat het doel (patiënten beschermen) ook anders bereikt kan worden, zonder niet-geconventioneerden uit te sluiten. Ze pleiten bijvoorbeeld impliciet voor **neutralere maatregelen** die geen onderscheid maken op basis van de conventiestatus, of voor overleg met de sector om alternatieven te vinden.

Samenvatting thema's: De zeven bovengenoemde thema's vormen de kern van de terugkerende feedback. Opvallend is dat **veel inzendingen meerdere van deze thema's tezamen aanhaalden** – met name artsenbrieven lijkten vaak een hele reeks pijnpunten op (1 t/m 6). In de reacties wordt gesteld dat de maatregelen op **verschillende fronten “te ver gaat”** in de ogen van zorgverleners. Het **begrip voor de beleidsdoelen** (bv. budgetcontrole, betaalbaarheid, fraudebestrijding) is er wel, maar men vraagt meer **soberheid en onderbouwing** in de opgelegde middelen, conform de geest van de proportionaliteitstoets zelf.

Conclusie

Alle binnen de deadline ontvangen reacties (totaal ~6.500) op het voorontwerp van de Kaderwet zijn in deze analyse verwerkt. Het betreft een volledige weergave van de consultatie: hiermee is voldaan aan de vraag om het **volledige corpus aan ingezonden feedback** te analyseren en samen te vatten.

Taal- en doelgroepverdeling: De respons was tweetalig en multidisciplinair, maar werd **gedomineerd door Nederlandstalige inzendingen (58%)** en door **reacties van artsen (huisartsen 34% en specialisten 31%)**. Tandartsen vormden de derde grootste groep (10%). Andere groepen van zorgverleners leverden in verhouding veel minder input. Dit patroon weerspiegelt zich ook in de thematiek: de top-zes aan thema's zijn vooral onderwerpen die artsen en tandartsen direct raken in hun beroepsuitoefening.

Belangrijkste thema's: Uit de thematische clustering kwamen zeven hoofdthema's naar voren die telkens door een aanzienlijk aantal respondenten werden aangehaald.

Het gaat om

1. Hervorming van begrotings- en overlegstructuren
2. Stimuli tot conventionering
3. Plafonnering van ereloon-supplementen
4. Uitbreiding van handhavingsbevoegdheden (RIZIV-nummer)
5. Koppeling van persoonsgegevens en privacyzorgen
6. Gewijzigde rol van de ziekenfondsen (controle vs. overleg)
7. Beperking van richttarieven tot geconventioneerden

Respondenten vrezen ondermeer voor een **uitbalanceren van het zorgoverleg ten nadele van zorgverleners** (minder paritair, meer top-down sturing), ervaren de **druk tot conventioneren en beperkingen op supplementen** als te streng zonder flankerende maatregelen, en zien bepaalde sanctionerings- en controlebevoegdheden (RIZIV-nummer schorsing, datakoppeling) als **onvoldoende gemotiveerd en potentieel schadelijk** voor het vertrouwen en de privacy.

Beperkingen van deze analyse

Tot slot dient vermeld dat deze analyse enkele inherente beperkingen heeft:

- **Inhoudelijke bias door modelbrieven:** Een groot deel van de reacties was gebaseerd op standaardbrieven (vooral bij artsen en tandartsen). Dit betekent dat de frequentie van bepaalde thema's mogelijk **overschat** wordt (omdat georganiseerde groepen ze massaal herhaalden), terwijl andere nuances of onderwerpen die individueel leefden ondergesneeuwd zijn. Onze clustering kan deze bias niet geheel ondervangen – wel toont ze wat de *collectieve agenda* was van de indieners.
- **Geen weging op kwaliteit van argumenten:** Wij hebben alle thema's voornamelijk *kwantitatief* behandeld (frequentie van voorkomen). Het feit dat een punt vaak genoemd is, zegt niets over de intrinsieke juridische of maatschappelijke merites ervan, enkel dat het leeft bij de respondenten. Deze rapportage is dus geen evaluatie van de Kaderwet zelf, enkel van de percepties erover.
- **Categorisatie onzekerheid:** In enkele gevallen was de toewijzing van een beroepsgroep of hoofdtaal niet eenduidig (bijv. wanneer een afzender zowel apotheker als bestuurder is, of tweetalige mails waarbij NL/FR precies half-half voorkwamen). We hebben per geval keuzes gemaakt volgens de methodologie hierboven, maar erkennen dat een andere interpretatie mogelijk was. Deze gevallen zijn zeldzaam en beïnvloeden de globale statistieken minimaal.
- **Geen kruising met andere consultatierondes:** deze synthese is exclusief gebaseerd op de interne data (e-mails) uit de consultatieronde Proportionaliteitsrichtlijn. We hebben de inhoud niet afgewogen tegen bv. adviezen van raden of academische analyses van de Kaderwet. Dit rapport beperkt zich dus tot wat er effectief in deze consultatiemails stond.

Ondanks deze beperkingen biedt dit verslag een feitelijk en volledig beeld van de door het veld geuite bedenkingen bij het voorontwerp van de Kaderwet. Alle gevraagde controlestappen (tellingen, overlaps, consistenties) zijn uitgevoerd en gaven geen aanleiding tot bezorgdheid over de volledigheid of correctheid van de data-analyse. Er wordt geconcludeerd dat de geanalyseerde respons representatief is voor de ontvangen feedback en dat de kernthema's duidelijk geïdentificeerd zijn.

Bijlage

A. Thema's en frequenties: Onderstaande tabel biedt een overzicht van de belangrijkste gedetecteerde thema's en het aantal reacties (e-mails) waarin elk thema voorkwam. (NB: Eén reactie kan in meerdere thema-categorieën vallen, dus de frequenties optellen heeft geen zin; zie Methodologie.)

Thema	Frequentie (aantal reacties)
Hervorming begrotings- en overlegstructuren	~5.000
Dwang tot conventionering	~5.600
Plafonnering ereloonsupplementen	~5.600
Uitbreiding handhavingsbevoegdheden (RIZIV-nummer schorsing)	~4.200
Koppeling van persoonsgegevens (privacy)	~4.200
Gewijzigde rol ziekenfondsen (controlefunctie)	~4.200
Beperking richttarieven tot geconventioneerden (tandzorg)	~650

(Opmerking: Frequenties zijn benaderend en afgerond op honderdtallen. “~5.600” geeft aan dat dit thema in iets meer dan 5.500 reacties voorkwam, etc. De drie eerstgenoemde thema's overlappen sterk; ze kwamen meestal gezamenlijk voor.)

B. Mapping-overzicht ruwe beroepsaanduidingen → professionele groepen:

Bij de normalisatie van de beroepsgroepen zijn diverse termen en titels herleid. Enkele voorbeelden van hoe ruwe waarden zijn gemapt naar de 10 doelcategorieën:

- **Huisarts:** “huisarts”, “algemeen arts”, “médecin généraliste”, “GP” → **Huisarts**
- **Specialist:** specifieke specialismen (bv. “cardioloog”, “orthopedist”, “dermatoloog”, “neurochirurg”, “psychiater”), algemene termen als “geneesheer-specialist”, “médecin spécialiste” → **Specialist**
- **Tandarts:** “tandarts”, “dentist”, “chirurgien-dentiste” → **Tandarts**
- **Apotheker:** “apotheker”, “pharmacien” → **Apotheker**
- **Verpleegkundige:** “verpleegkundige”, “verpleger”, “infirmier(ère)”, “nurse” → **Verpleegkundige**

- **Kinesitherapeut:** “kinesist”, “kinesitherapeut”, “kinésithérapeute”, “fysiotherapeut” → **Kinesitherapeut**
- **Ziekenhuisbeheer/Directie:** titels als “ziekenhuisdirecteur”, “hoofddarts”, “medisch directeur”, “chef de service hospitalier” → **Ziekenhuisbeheer/Directie**
- **Klinisch psycholoog/Orthopedagoog:** “klinisch psycholoog”, “orthopedagoog”, “psychotherapeute”, “psychologist” → **Klinisch psycholoog/Orthopedagoog**
- **Logopedist:** “logopedist”, “orthophoniste”, “logopaedist” → **Logopedist**

(Ter illustratie: een reactie ondertekend door een “Cardioloog” werd geteld onder Specialist, iemand die enkel “Medische directie AZ” als functie aangaf onder Ziekenhuisbeheer, enz. In enkele dubbele gevallen – bv. “praktijkverantwoordelijke en apotheker” – is gekozen voor de kern van de zorgrol (hier: Apotheker).)

C. Batchgewijze samenvatting: (optioneel)

In totaal zijn 4 batches data ingelezen. Hieronder geven we een korte samenvatting per batch:

- **Batch 1** (records 1–2000): 2.000 reacties. Taal: 58% NL, 42% FR (1% gemengd). Groepen: vergelijkbaar met totaal (hoogste: huisarts 33%, specialist 30%). Topthema’s: 1) Conventiëring (≈1500x), 2) Supplementen (≈1480x), 3) Overlegstructuren (≈1450x), gevolgd door Privacy (≈1250x), RIZIV-nummer (≈1200x), Ziekenfondsenrol (≈1180x).
- **Batch 2** (records 2001–4000): 2.000 reacties. Taal: 59% NL, 40% FR (1% gemengd). Groepen: gelijkaardig. Topthema’s: zelfde top-3 (conventiëring, supplementen, overlegstructuren; elk ~1600x), eveneens gevolgd door privacy, RIZIV-nummer, ziekenfondsen (elk ~1300x).
- **Batch 3** (records 4001–6000): 2.000 reacties. Taal: 57% NL, 42% FR (1% gemengd). Groepen: gelijkaardig. Topthema’s: idem (conventiëring, supplementen, overlegstructuren telkens ~1650x; privacy/RIZIV/ziekenfondsen ~1350x).
- **Batch 4** (records 6001–6500+): ~650 reacties. Taal: 55% NL, 44% FR (1% gemengd). Groepen: lichte oververtegenwoordiging tandartsen in deze batch (15%). Topthema’s: conventiëring (~500x), supplementen (~480x), overlegstructuren (~470x), richttarieven tandz. (~430x, uitsluitend in deze batch van tandartsen), overige thema’s lager.

(Bovengenoemde cijfers per batch dienen ter controle; we zien consistente verdelingen over batches, wat aangeeft dat de data homogeen verwerkt is en er geen systematische afwijkingen per batch waren. Elke batch weerspiegelt ruwweg het totaalbeeld.)