

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

26 november 2025

WETSVOORSTEL**houdende diverse dringende
begrotingsbepalingen inzake gezondheidszorg**

(ingediend door de heer Jan Bertels,
de dames Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels
en Julie Taton, de heer Jean-François Gatelier
en mevrouw Nawal Farih)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

26 novembre 2025

PROPOSITION DE LOI**portant des dispositions budgétaires diverses
urgentes en matière de soins de santé**

(déposée par M. Jan Bertels,
Mmes Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels
et Julie Taton, M. Jean-François Gatelier
et Mme Nawal Farih)

SAMENVATTING

*Dit wetsvoorstel omvat een aantal diverse dringende
begrotingsbepalingen inzake gezondheidszorg inzonder-
heid over de geneesmiddelen, de maximumfactuur en
de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.*

RÉSUMÉ

*Cette proposition de loi comprend plusieurs disposi-
tions budgétaires urgentes relatives aux soins de santé,
notamment en ce qui concerne les médicaments, le
montant maximum à facturer et les frais d'administration
des organismes assureurs.*

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

DAMES EN HEREN

HOOFDSTUK 1**Inleidende bepaling****Artikel 1**

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

HOOFDSTUK 2**Geneesmiddelen****Afdeling 1**

Het programma voor snelle toegang

Art. 2

Zoals in overleg met de sector overeengekomen in het farmaceutisch meerjarencader, zullen ook de voorschotten als tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering binnen het Programma voor snelle toegang worden gefinancierd binnen een gesloten enveloppe buiten het geneesmiddelenbudget. Deze bepaling beoogt hieraan uitwerking te geven.

De Algemene raad wijst bijgevolg jaarlijks één bedrag toe dat als gezamenlijk gesloten budget geldt voor zowel het Programma voor vroege toegang als voor het Programma voor snelle toegang.

Art. 3

Het principe van het gezamenlijke gesloten budget voor het Programma voor vroege toegang en voor het Programma voor snelle toegang, zoals voorzien in artikel 2, wordt hier herhaald.

Het programma voor snelle toegang kent een systeem van financiering via voorschotten en saldo's.

De voorschotten vallen ten laste van het gemeenschappelijke budget voor het Programma voor vroege toegang en voor het Programma voor snelle toegang, zoals voorzien in de artikelen 2 en 3.

Saldo's vallen daarentegen ten laste van het geneesmiddelenbudget, gezien ze immers worden verrekend

COMMENTAIRE DES ARTICLES

MESDAMES, MESSIEURS,

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition introductive****Article 1^{er}**

Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétence.

CHAPITRE 2**Médicaments****Section 1^{re}**

Programme d'accès rapide

Art. 2

Comme convenu en concertation avec le secteur dans le cadre pharmaceutique pluriannuel, les acomptes versés au titre de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre du Programme d'accès rapide seront également financés dans le cadre d'une enveloppe fermée en dehors du budget des médicaments. La présente disposition vise à y donner effet.

Le Conseil général alloue par conséquent annuellement un montant unique qui constitue un budget conjoint fermé tant pour le Programme d'accès précoce que pour le Programme d'accès rapide.

Art. 3

Le principe du budget conjoint fermé pour le Programme d'accès précoce et pour le Programme d'accès rapide, tel que prévu à l'article 2, est rappelé ici.

Le Programme d'accès rapide prévoit un système de financement par acomptes et soldes.

Les acomptes sont à charge du budget conjoint pour le Programme d'accès précoce et pour le Programme d'accès rapide, tel que prévu dans les articles 2 et 3.

Par contre, les soldes sont à charge du budget des médicaments, étant donné qu'ils sont imputés dans le

binnen de klassieke terugbetalingsprocedure. Dat saldo kan een bijkomende inkomst voor de verplichte ziekteverzekering uitmaken. Indien het saldo een inkomst uitmaakt, dan gelden gelijkaardige regels zoals voorzien voor de bedragen gestort met toepassing van artikel 35bis, § 7, van de GVV-wet (m.n. de overeenkomsten afgesloten tussen het Instituut en de aanvrager). Deze inkomsten worden dus toegewezen aan de tak geneeskundige verzorging.

Art. 4

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 2

Facturatie aan 78 %

Art. 5

Artikel 71ter van dezelfde wet voorziet in de wettelijke basis voor de facturering aan 85 % voor vergoedbare geneesmiddelen die worden afgeleverd in ziekenhuisapotheken (het verschil komt ten laste van het ziekenhuis). Deze facturering heeft betrekking op contrastmiddelen en op vergoedbare chemische en biologische geneesmiddelen die de referentietrugbetaling hebben ondergaan. Rekening houdend met de besparingsmaatregelen die de regering in het kader van de begroting voor 2026 heeft genomen, zal het percentage dat door de ziektekostenverzekering wordt gedekt vanaf 1 januari 2026 worden verlaagd tot 78 %.

Art. 6

Artikel 5 treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 3

Heffingen op de omzet

Deze afdeling heeft tot doel de inning van de heffingen op het zakencijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor het jaar 2026 te regelen.

De basisheffing die sinds 2006 voorzien is in artikel 191, eerste lid, 15^onovies, van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt verdergezet in 2026, met een percentage van 6,73 %.

cadre de la procédure de remboursement classique. Ce solde peut constituer un revenu supplémentaire pour l'assurance obligatoire soins de santé. Si le solde constitue un revenu, des règles similaires à celles prévues pour les montants versés en application de l'article 35bis, § 7, de la loi SSI (notamment les conventions conclues entre l'Institut et le demandeur) sont d'application. Ces ressources sont donc affectées à la branche soins de santé.

Art. 4

Cette section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 2

Facturation à 78 %

Art. 5

L'article 71ter de la même loi prévoit la base légale pour la facturation à 85 % pour les médicaments remboursables délivrés en officine hospitalière (la différence étant à charge de l'hôpital). Cette facturation concerne les produits de contraste ainsi que les médicaments remboursables, chimiques et biologiques, ayant subi le remboursement de référence. Compte tenu des mesures d'économies décidées par le gouvernement, le pourcentage pris en charge par l'assurance santé passera à 78 % à partir du 1^{er} janvier 2026.

Art. 6

L'article 5 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 3

Cotisations sur le chiffre d'affaires

La présente section vise à régler la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2026.

La cotisation de base qui est prévue depuis 2006 à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^onovies, de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est reconduite en 2026. Le pourcentage appliqué est de 6,73 %.

De verderzetting van deze heffing in 2026 laat toe een continuïteit te handhaven op budgettair niveau in vergelijking met het in vorige jaren gevoerde beleid. Het percentage van de heffing voorzien in artikel 191, eerste lid, 15^o*novies*, van de wet wordt sinds 2010 vastgelegd op 6,73 %.

De heffing die voorzien is in artikel 191, eerste lid, 15^o*duodecies*, van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen heeft als doel de farmaceutische bedrijven te laten bijdragen aan het behoud van de budgettaire situatie.

Gezien de huidige budgettaire conjunctuur, wordt deze bijdrageheffing van 1 % eveneens verdergezet.

De weesheffing die wordt beschreven in artikel 191, eerste lid, 15^o*terdecies* van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld om de weesgeneesmiddelen met een omzet hoger dan 1,5 miljoen te laten deelnemen aan de uitgaven van de solidariteit, wordt verdergezet.

De uitgaven van de sociale zekerheid voor dit soort van geneesmiddelen zijn niet verminderd. Als gevolg hiervan, maar eveneens rekening houdend met het nut van deze producten, wordt de weesheffing verdergezet onder de vorm van een deelname, maar in een beperktere mate, aan de solidariteit.

Art. 7

Dit artikel voorziet de verderzetting van de “standaardheffing” en zijn uitvoeringsmodaliteiten voor het jaar 2026.

Art. 8

Dit artikel voorziet de verderzetting van de “bijdrageheffing” voor het jaar 2026.

Art. 9

Dit artikel voorziet de verderzetting van de “weesheffing” voor het jaar 2026.

Art. 10

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

La reconduction de cette cotisation en 2026 permet de maintenir une continuité au niveau budgétaire par rapport à la politique menée à cet égard au cours des années antérieures. En effet, le pourcentage de la cotisation prévue à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o*novies*, de la loi, est depuis 2010 de 6,73 %.

La contribution décrite à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o*duodecies*, de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, vise à faire participer les firmes pharmaceutiques au maintien de la situation budgétaire.

Vu la conjoncture budgétaire actuelle, cette cotisation contributive de 1 % est également maintenue.

La cotisation orpheline décrite à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o*terdecies* de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire maladie-invalidité, visant à faire participer aux dépenses de la solidarité, les médicaments orphelins dont les chiffres d'affaires sont supérieurs à 1,5 millions d'euros est reconduite.

Les dépenses de la sécurité sociale pour cette gamme de médicaments n'ont pas diminué, par conséquent vu ces dernières mais tenant compte aussi de l'utilité de ces produits, la cotisation orpheline est maintenue comme une participation, mais moindre, à la solidarité.

Art. 7

Cet article prévoit la reconduction de la “cotisation standard” et ses modalités d'exécution pour l'année 2026.

Art. 8

Cet article maintient la “cotisation contributive” pour l'année 2026.

Art. 9

Cet article maintient la “cotisation orpheline” pour l'année 2026.

Art. 10

Cette section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Afdeling 4*Bijdrage op marketing*

De bijdrage die voorzien is in artikel 191, eerste lid, 31°, van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werd ingevoerd om het effect van de promotie op de verhoging van het aantal voorschriften van de vergoedbare geneesmiddelen te compenseren.

De publicaties in verband met farmaceutische marketing onderlijnen een allocatie aan deze sector die ongeveer 10 % van het omzetcijfer vertegenwoordigt. Deze hebben eveneens de invoering van deze bijdrage ondersteund. Deze bijdrage wordt verdergezet in het jaar 2026.

Art. 11

Dit artikel voorziet de verderzetting van de “compensatoire bijdrage” voor het jaar 2026.

Art. 12

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 5*Hervorming van de besparingsmaatregelen toegepast op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten***Art. 13 tot 20**

Rekening houdend met de besparingsmaatregelen die de regering in het kader van de begroting voor 2026 heeft genomen, zal de vergoedingscategorie voor de protonpompinhibitoren (PPI) en voor de cholesterolverlagende geneesmiddelen op basis van statines en/of ezetimibe (in monotherapie of combinatie) wijzigen vanaf 1 januari 2026.

Deze aanpassingen voorzien:

1) een vergoedbaarheid in categorie Cx (Cx-15) voor protonpompinhibitoren alsook hun transfer naar nieuwe paragrafen van hoofdstuk II in de plaats van de oude paragrafen 20.000 en 30.000 die momenteel worden gebruikt voor de vergoedbaarheid in respectievelijk categorie B (B-48) en C (C-31). (Art. 13, 2°, en 14);

2) een vergoedbaarheid in categorie C (C-39) voor de statines. (Art. 13, 1°, en 15);

Section 4*Contribution sur le marketing*

La contribution prévue à l'article 191, alinéa 1^{er}, 31°, de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, a été instaurée pour contrebalancer l'effet de la promotion sur l'augmentation du volume de prescription des médicaments remboursables.

Les publications en matière de marketing pharmaceutique soulignent une allocation à ce secteur représentant près de 10 % du chiffre d'affaires. Ces publications ont aussi soutenu l'instauration de cette contribution. Cette contribution est maintenue pour l'année 2026.

Art. 11

Cet article maintient la “contribution compensatoire” pour l'année 2026.

Art. 12

Cette section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 5*Réforme des mesures d'économies appliquées à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables***Art. 13 à 20**

Compte tenu des mesures d'économies décidées par le gouvernement dans le cadre du budget 2026, la catégorie de remboursement des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des anticholestérolémians à base de statines et/ou d'ezetimibe (seuls ou en association) sera modifiée à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les adaptations prévoient:

1) un remboursement en catégorie Cx (Cx-15) pour les médicaments inhibiteurs de la pompe à protons ainsi que leur transfert dans un nouveau paragraphe du chapitre II, au lieu des anciens paragraphes 20.000 et 30.000, servant actuellement respectivement au remboursement en catégorie B (B-48) et C (C-31). (Articles 13, 2°, et 14);

2) un remboursement en catégorie C (C-39) pour les statines. (Articles 13, 1°, et 15);

3) een vergoedbaarheid in categorie C (C-41) voor ezetimibe. (Art. 13, 1°, en 16);

4) een vergoedbaarheid in categorie C (C-41) voor de combinaties van een statine met ezetimibe. (Art. 13, 1°, en 17);

5) een vergoedbaarheid in categorie C (C-42) alsook een transfer naar hoofdstuk I voor de combinaties van een statine met fenofibraat. (Art. 13, 1°, en 18);

6) een vergoedbaarheid in categorie C (C-43) voor de combinaties van ezetimibe met bempedoïnezuur in de indicatie “gemengde dyslipidemie of primaire hypercholesterolemie”. (Art. 13, 2°, en 19).

Art. 20

De bepalingen van deze afdeling treden in werking op 1 januari 2026.

Het ministerieel besluit dat de in deze afdeling van rechtswege voorziene wijzingen zal implementeren, zal eveneens uitwerking hebben op 1 januari 2026.

Afdeling 6

Persoonlijk aandeel

Artikel 2, § 1, punt A, van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, voorziet in de wettelijke basis voor de berekening van het remgeld ten laste van de patiënt voor de in de publieke officina vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Rekening houdend met de besparingsmaatregelen die de regering in het kader van de begroting voor 2026 heeft genomen, zal het minimale remgeld per verpakking van een in de publieke officina afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteit vanaf 1 januari 2026 1 euro bedragen voor een preferentieel verzekerde patiënt en 2 euro's voor een andere patiënt, ongeacht de vergoedingscategorie.

HOOFDSTUK 3

Maximumfactuur

De persoonlijke aandelen voor de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis worden nu gedurende maximum 365 dagen in aanmerking genomen voor de

3) un remboursement en catégorie C (C-40) pour l'ezetimibe. (Articles 13, 1°, et 16);

4) un remboursement en catégorie C (C-41) pour les associations d'une statine avec l'ezetimibe. (Articles 13, 1°, et 17);

5) un remboursement en catégorie C (C-42), ainsi qu'un transfert au chapitre I, pour les associations d'une statine avec le fenofibrate. (Articles 13, 1°, et 18);

6) un remboursement en catégorie C (C-43) pour les associations de l'ezetimibe avec l'acide bempédoïque dans l'indication “dyslipidémie mixte ou hypercholestérolémie primaire”. (Articles 13, 2°, et 19).

Art. 20

Les dispositions de la présente section entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

L'arrêté ministériel qui mettra en œuvre les modifications prévues de plein droit dans la présente section produira également ses effets le 1^{er} janvier 2026.

Section 6

Intervention personnelle

L'article 2, § 1^{er}, point A, de l'arrêté royal du 7 mai 1991, fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, prévoit la base légale pour le calcul du ticket modérateur à charge du patient pour les spécialités pharmaceutiques remboursables en officine ouverte au public. Compte tenu des mesures d'économies décidées par le gouvernement dans le cadre du budget 2026, à partir du 1^{er} janvier 2026, le ticket modérateur minimum par conditionnement pour une spécialité pharmaceutique remboursable délivrée en officine ouverte au public sera de 1 euro pour un patient préférentiel et de 2 euros pour un patient ordinaire quelle que soit la catégorie de remboursement.

CHAPITRE 3

Maximum à facturer

Actuellement, les interventions personnelles pour l'admission en hôpital psychiatrique sont prises en compte dans le maximum à facturer pendant une durée

maximumfactuur. In uitvoering van het regeerakkoord wordt die beperking geschrapt om langdurige psychiatrische patiënten beter te beschermen tegen hoge kosten voor gezondheidszorg. De persoonlijke aandelen voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis zullen in de toekomst dus zonder beperking worden opgenomen in de remgeldteller voor de maximumfactuur en de persoonlijke aandelen die het remgeldplafond overschrijden zullen ook zonder beperking worden terugbetaald.

De beperking wordt opgeheven vanaf de toepassing van de maximumfactuur voor het jaar 2026. De dagen van opname in een psychiatrisch ziekenhuis vanaf 1 januari 2026 zullen voortaan dus altijd in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.

Momenteel worden alle persoonlijke aandelen voor geneesmiddelen in aanmerking genomen voor de maximumfactuur, met uitzondering van de persoonlijke aandelen voor geneesmiddelen die behoren tot de vergoedingscategorieën Cs en Cx. Door de voorgestelde wijziging van de artikelen 37*sexies* en 37*septies* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 worden ook de persoonlijke aandelen voor de geneesmiddelen van de vergoedingscategorieën Cs en Cx opgenomen in de maximumfactuur, zodat bijvoorbeeld ook anticonceptiva en geneesmiddelen tegen allergieën worden gedekt door het systeem. Hierdoor worden mensen die reeds hoge facturen betalen beter beschermd.

De opname van het persoonlijk aandeel voor de geneesmiddelen van de vergoedingscategorieën Cs en Cx in de maximumfactuur zal van toepassing zijn vanaf de maximumfactuur voor het jaar 2026.

HOOFDSTUK 4

Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen

Dit hoofdstuk beoogt verschillende bepalingen te wijzigen in het kader van de administratiekosten toegekend aan de verzekeringsinstellingen. Het betreft de volgende maatregelen:

1) artikel 194, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 heeft tot doel de ten onrechte betaalde uitgaven die niet teruggevorderd kunnen worden door de verzekeringsinstellingen met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde (fout van de verzekeringsinstelling en

maximale de 365 jours. En application de l'accord de gouvernement, cette limitation sera supprimée afin de mieux protéger les patients psychiatriques de longue durée contre les coûts élevés de soins de santé. À l'avenir, les interventions personnelles pour l'admission en hôpital psychiatrique seront donc incluses sans limitation dans le compteur du maximum à facturer et les interventions personnelles qui dépassent le plafond de tickets modérateurs seront également remboursées sans restriction.

La limitation sera levée à partir de l'application du maximum à facturer pour l'année 2026. Les journées d'admission en hôpital psychiatrique à partir du 1^{er} janvier 2026 seront donc toujours prises en compte dans le maximum à facturer.

À l'heure actuelle, toutes les interventions personnelles pour les médicaments sont prises en compte dans le maximum à facturer, à l'exception des interventions personnelles pour les médicaments appartenant aux catégories de remboursement Cs et Cx. La proposition de modification des articles 37*sexies* et 37*septies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 inclut également les interventions personnelles pour les médicaments des catégories de remboursement Cs et Cx dans le maximum à facturer, de sorte que, par exemple, les contraceptifs et les médicaments contre les allergies soient également couverts par le mécanisme. Cela permettra de mieux protéger les personnes qui paient déjà des factures élevées.

L'inclusion de l'intervention personnelle pour les médicaments des catégories de remboursement Cs et Cx dans le maximum à facturer s'appliquera à partir du maximum à facturer de l'année 2026.

CHAPITRE 4

Frais d'administration des organismes assureurs

Ce chapitre vise à modifier plusieurs dispositions dans le cadre des frais d'administration accordés aux organismes assureurs. Il s'agit des mesures suivantes:

1) l'article 194, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 vise à identifier et mettre à charge des frais d'administration des organismes assureurs, les dépenses dont la non-récupération résulte de l'application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social (erreur de l'organisme assureur et l'assuré social ne sait pas ou ne devait pas

de sociaal verzekerde weet niet of moest niet weten, in de zin van het koninklijk besluit van 31 mei 1933 betreffende de verklaringen af te leggen in verband met subsidies, vergoedingen en toelagen, dat hij geen recht heeft of meer heeft op het gehele bedrag van een prestatie) te identificeren en ten laste te nemen als administratiekosten – op een progressieve manier in functie van hun omvang. De identificatie van deze niet-terugvorderbare onverschuldigde bedragen wordt voorzien voor elk van de twee sectoren: geneeskundige verzorging en uitkeringen (met voor de sector uitkeringen een opsplitsing tussen de regeling voor werknemers en de regeling voor zelfstandigen). In het begin van elk jaar bepaalt het RIZIV het deel van de niet terugvorderbare uitgaven voor het afgelopen jaar en stelt voor elke sector vast welk bedrag ten laste van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen moet worden genomen;

2) in uitvoering van het regeerakkoord zullen de verzekeringsinstellingen vanaf 2026 de onverschuldigde bedragen volledig ten laste nemen die door hun eigen fouten werden betaald en niet teruggevorderd kunnen worden met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde. Als de verzekeringsinstelling echter kan aantonen dat de fout in de zin van artikel 17, tweede lid, van de bovenvermelde wet van 11 april 1995 toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid, moet dit bedrag toch niet ten laste van de administratiekosten worden genomen;

3) wegens de moeilijke begrotingscontext heeft de regering voorts beslist om de verzekeringsinstellingen te verplichten om een lineaire besparing op de volgende bedragen aan administratiekosten door te voeren:

a) het bedrag dat voortvloeit uit de toepassing van de zogenaamde formule van de wettelijke parameters wordt verminderd met 33.772.000 euro voor de vijf landsbonden en 673.000 euro voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail (artikel 195, § 1, 2°, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994);

b) het bedrag van 11.410.000 euro dat sinds 2008 jaarlijks aan de vijf landsbonden wordt toegekend wegens de integratie van de kleine risico's in de sector van de geneeskundige verzorging, wordt vanaf 2026 niet langer toegekend (artikel 195, § 1, 2°, vijfde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994);

4) wat het variabele bedrag van de administratiekosten betreft, moet worden opgemerkt dat het sinds 2022 gaat om 20 % van het totale bedrag aan administratiekosten

savoir, au sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation) – de manière graduelle en fonction de l'importance de celles-ci. L'identification de ces montants indus non récupérables est prévue dans chacun des deux secteurs: soins de santé et indemnités (avec, pour le secteur des indemnités, une ventilation entre le régime des travailleurs salariés et le régime des travailleurs indépendants). L'INAMI détermine au début de chaque année la partie des dépenses non récupérables de l'année écoulée et fixe, pour chaque secteur, le montant qui doit être mis à charge des frais d'administration des organismes assureurs;

2) en exécution de l'accord de gouvernement, à partir de 2026, les organismes assureurs prendront entièrement en charge les montants indûment payés en raison de leurs propres erreurs, lorsqu'ils ne peuvent être récupérés en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 instaurant la Charte de l'assuré social. Si l'organisme assureur peut démontrer que l'erreur, au sens de l'article 17, alinéa 2, de la loi précitée du 11 avril 1995, est imputable à une autre institution de sécurité sociale, ce montant ne sera toutefois pas pris en charge dans les frais d'administration;

3) en raison du contexte budgétaire difficile, le gouvernement a en outre décidé d'imposer aux organismes assureurs une économie linéaire sur les montants suivants des frais d'administration:

a) le montant résultant de l'application de la formule dite des paramètres légaux est réduit de 33.772.000 euros pour les cinq unions nationales et de 673.000 euros pour la Caisse des soins de santé de HR Rail (article 195, § 1^{er}, 2°, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994);

b) le montant de 11.410.000 euros qui est attribué chaque année depuis 2008 aux cinq unions nationales en raison de l'intégration des petits risques dans le secteur des soins de santé ne sera plus octroyé à partir de 2026 (article 195, § 1^{er}, 2°, alinéa 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994);

4) en ce qui concerne le montant variable des frais d'administration, il convient de noter que depuis 2022, celui-ci représente 20 % du montant total des frais

dat wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen. Dit betreft het zogenaamde “VARAK”-gedeelte, dat wordt toegekend op basis van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren geven een beeld van de prestaties van de verzekeringsinstellingen, die jaarlijks worden geëvalueerd door het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Afhankelijk van de vastgestelde resultaten wordt een deel van het variabele bedrag, indien nodig, afgetrokken van het totaal en moet dit worden terugbetaald door de verzekeringsinstellingen. In uitvoering van het regeerakkoord wordt dit systeem uitgebreid. Het variabele gedeelte van de administratiekosten zal geleidelijk toenemen. Deze verhoging zal echter worden gerealiseerd via een aanvullend mechanisme, namelijk een garantiesysteem dat gericht is op een efficiënte uitgavenbeheersing, enkel in de sector geneeskundige verzorging.

Vanaf het jaar 2026 zullen de verzekeringsinstellingen immers verantwoordelijk worden gesteld voor hun administratiekosten in verhouding tot de acties die zij jaarlijks ondernemen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen, en in het bijzonder voor de besparingen die zij realiseren ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering en de gedeeltelijke jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de Overeenkomsten- en Akkoordencommissies bedoeld in artikel 40 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze responsabilisering zal betrekking hebben op een bedrag van 25.000.000 euro in 2026, 50.000.000 euro in 2027 en 75.000.000 euro in 2028, oplopend tot 100.000.000 euro vanaf 2029. De verzekeringsinstellingen zullen jaarlijks worden geëvalueerd op basis van de behaalde resultaten, met het oog op een eventuele toekenning van het deel van de administratiekosten dat voor dit doel is gereserveerd op een rekening van het RIZIV.

Dit nieuwe systeem streeft drie hoofddoelstellingen na:

- a) de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen versterken;
- b) het structureel verbeteren van fraudebestrijding en controlemechanismen;
- c) het uitgavenbeheer in de sector geneeskundige verzorging richten op meetbare resultaten.

Aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om de modaliteiten van de evaluatie, de periodiciteit, en de voorwaarden te bepalen op basis waarvan het gereserveerde gedeelte van de administratiekosten al dan niet wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen.

d'administration octroyés aux organismes assureurs. Il s'agit de la partie dite “VARAK”, attribuée sur la base d'indicateurs de performance. Ces indicateurs reflètent les prestations des organismes assureurs, évaluées chaque année par l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités. En fonction des résultats constatés, une partie du montant variable peut, le cas échéant, être déduite du total et doit être remboursée par les organismes assureurs. En exécution de l'accord de gouvernement, ce système sera étendu. La partie variable des frais d'administration augmentera progressivement. Cette augmentation sera toutefois réalisée via un mécanisme complémentaire, à savoir un système de garantie visant une gestion efficiente des dépenses, uniquement dans le secteur des soins de santé.

En effet, à partir de l'année 2026, les organismes assureurs seront tenus responsables de leurs frais d'administration en fonction des actions qu'ils entreprennent chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé, et en particulier des économies qu'ils réalisent par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance maladie et aux objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions de conventions et d'accords visées à l'article 40 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette responsabilisation portera sur un montant de 25.000.000 euros en 2026, 50.000.000 euros en 2027 et 75.000.000 euros en 2028, pour atteindre 100.000.000 euros à partir de 2029. Les organismes assureurs seront évalués chaque année sur la base des résultats obtenus, en vue d'une éventuelle attribution de la part des frais d'administration réservée à cet effet sur un compte de l'INAMI.

Ce nouveau système poursuit trois objectifs principaux:

- a) renforcer la responsabilité financière des organismes assureurs;
- b) améliorer structurellement la lutte contre la fraude et les mécanismes de contrôle;
- c) orienter la gestion des dépenses dans le secteur des soins de santé vers des résultats mesurables.

Le Roi est habilité à déterminer les modalités de l'évaluation, sa périodicité, ainsi que les conditions selon lesquelles la part réservée des frais d'administration est ou non attribuée aux organismes assureurs.

Art. 27

Deze bepaling heft het stelsel omschreven in de paragraaf 3 van artikel 194 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 op dat tot doel heeft de ten onrechte betaalde uitgaven die niet teruggevorderd kunnen worden door de verzekeringsinstellingen met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde te identificeren en ten laste te nemen als administratiekosten van de verzekeringsinstellingen en dit op een progressieve manier in functie van hun omvang. Vanaf 1 januari 2026 zullen deze onverschuldigde bedragen evenwel op een integrale wijze als administratiekosten van de betrokken verzekeringsinstelling worden beschouwd. In dat kader geldt één uitzondering. Als de verzekeringsinstelling echter kan aantonen dat de fout in de zin van artikel 17, tweede lid, van de voormelde wet van 11 april 1995 toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid, moet dit bedrag toch niet ten laste van de administratiekosten worden genomen.

Voorts wordt de gelegenheid aangegrepen om in de paragraaf 1 van artikel 194 van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te verduidelijken dat de uitgaven die betrekking hebben op de toekenning van een werkhervattingspremie (bedoeld in hoofdstuk IV van titel III van deze gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan sommige werkgevers evenmin deel uitmaken van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.

Art. 28

Deze bepaling wijzigt verschillende onderdelen van artikel 195 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Zo wordt vooreerst het algemene bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden en de kas van de geneeskundige verzorging van HR Rail vastgesteld voor 2026 waarbij, met het oog op de leesbaarheid en de duidelijkheid van de bepaling, ook de voorheen al door de Koning bepaalde bedragen voor 2023, 2024 en 2025 worden hernomen die louter zijn vastgesteld geweest op basis van de zogenaamde formule van de wettelijke parameters (cf. het koninklijk besluit van 19 oktober 2023 tot vaststelling van de bedragen van de administratiekosten die voor het jaar 2023 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend, het koninklijk besluit van 9 april 2024 tot vaststelling van de bedragen

Art. 27

Cette disposition abroge le régime décrit au paragraphe 3 de l'article 194 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui avait pour objectif d'identifier et de prendre en charge, en tant que frais d'administration des organismes assureurs, les dépenses indûment payées que les organismes assureurs ne peuvent récupérer, conformément à l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 instaurant la Charte de l'assuré social, et ce de manière progressive en fonction de leur ampleur. À partir du 1^{er} janvier 2026, ces montants indûment payés seront toutefois considérés intégralement comme frais d'administration de l'organisme assureur concerné. Une exception est prévue dans ce cadre: si l'organisme assureur peut démontrer que l'erreur, au sens de l'article 17, alinéa 2, de la loi précitée du 11 avril 1995, est imputable à une autre institution de sécurité sociale, ce montant ne sera pas pris en charge dans les frais d'administration.

En outre, l'occasion est saisie de clarifier, au paragraphe 1^{er} de l'article 194 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994, que les dépenses liées à l'octroi d'une prime de reprise du travail (visée au chapitre IV du titre III de ladite loi coordonnée du 14 juillet 1994) à certains employeurs ne font pas non plus partie des frais d'administration des organismes assureurs.

Art. 28

Cette disposition modifie plusieurs éléments de l'article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elle fixe tout d'abord le montant général des frais d'administration des cinq unions nationales et de la caisse des soins de santé de HR Rail pour l'année 2026, en reprenant, dans un souci de lisibilité et de clarté, également les montants déjà déterminés par le Roi pour les années 2023, 2024 et 2025, ceux-ci ayant été déterminés uniquement sur la base de la formule dite des paramètres légaux (cf. l'arrêté royal du 19 octobre 2023 fixant les montants des frais d'administration octroyés aux organismes assureurs pour l'année 2023, l'arrêté royal du 9 avril 2024 fixant les montants des frais d'administration octroyés aux organismes assureurs pour l'année 2024, et l'arrêté royal du 2 juillet 2025

van de administratiekosten die voor het jaar 2024 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend en het koninklijk besluit van 2 juli 2025 tot vaststelling van de bedragen van de administratiekosten die voor het jaar 2025 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend).

Verder wordt bepaald dat het specifieke bedrag dat sinds 2008 jaarlijks aan de vijf landsbonden wordt toegekend wegens de integratie van de kleine risico's in de sector van de geneeskundige verzorging vanaf 2026 niet langer toegekend.

Vervolgens wordt vastgelegd dat het variabele deel van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen geleidelijk zal toenemen (vandaag gaat het om 20 % van het bedrag van de administratiekosten). Deze verhoging (25.000.000 euro in 2026 en uiteindelijk 100.000.000 euro vanaf 2029) zal echter worden gerealiseerd via een aanvullend mechanisme, namelijk een garantiesysteem dat gericht is op een efficiënte uitgavenbeheersing en dit enkel in de sector geneeskundige verzorging.

Ten slotte wordt de gelegenheid aangegrepen om in de paragraaf 5 van artikel 195 van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te verduidelijken dat het resultaat van de rekening van de administratiekosten niet wordt vermengd met de resultaten van de rekeningen inzake de toekenning van de prestaties die ook de toekenning van een werkhervattingspremie (bedoeld in hoofdstuk IV van titel III van deze gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan sommige werkgevers inhouden.

Art. 29

Dit artikel bepaalt de datum van inwerkingtreding van hoofdstuk 4, namelijk 1 januari 2026.

Jan Bertels (Vooruit)
Kathleen Depoorter (N-VA)
Frieda Gijbels (N-VA)
Julie Taton (MR)
Jean-François Gatelier (Les Engagés)
Nawal Farih (cd&v)

fixant les montants des frais d'administration octroyés aux organismes assureurs pour l'année 2025).

En outre, il est prévu que le montant spécifique octroyé chaque année depuis 2008 aux cinq unions nationales en raison de l'intégration des petits risques dans le secteur des soins de santé ne sera plus attribué à partir de 2026.

Ensuite, il est établi que la partie variable des frais d'administration des organismes assureurs augmentera progressivement (actuellement, il s'agit de 20 % du montant des frais d'administration). Cette augmentation (25.000.000 euros en 2026 et finalement 100.000.000 euros à partir de 2029) sera toutefois réalisée via un mécanisme complémentaire, à savoir un système de garantie visant une gestion efficace des dépenses, et ce uniquement dans le secteur des soins de santé.

Enfin, l'occasion est saisie de préciser, au paragraphe 5 de l'article 195 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994, que le résultat du compte des frais d'administration n'est pas incorporé aux résultats des comptes ayant trait à l'octroi des prestations qui concernent également l'octroi d'une prime de reprise du travail (visée au chapitre IV du titre III de ladite loi coordonnée du 14 juillet 1994) à certains employeurs.

Art. 29

Cet article détermine la date d'entrée en vigueur du chapitre 4, à savoir le 1^{er} janvier 2026.

WETSVOORSTEL**HOOFDSTUK 1****Inleidende bepaling****Artikel 1**

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

HOOFDSTUK 2**Geneesmiddelen****Afdeling 1***Het programma voor snelle toegang***Art. 2**

In artikel 16, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 mei 2024, wordt de bepaling onder 20° aangevuld met de woorden “en het Programma voor snelle toegang”.

Art. 3

Artikel 31^{quater}, § 2, van dezelfde wet wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Programma voor snelle toegang opgericht, dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag samen met het bedrag bedoeld in het eerste lid voor ieder kalenderjaar wordt vastgesteld door de Algemene raad.”

Art. 4

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

PROPOSITION DE LOI**CHAPITRE 1^{ER}****Disposition introductive****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2**Médicaments****Section 1^{re}***Programme d'accès rapide***Art. 2**

Dans l'article 16, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2024, le 20° est complété par les mots “et au Programme d'accès rapide”.

Art. 3

L'article 31^{quater}, § 2, de la même loi, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“Il est créé au sein du Service des soins de santé, un Programme d'accès rapide financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 dont le montant est fixé conjointement avec le montant visé à l'alinéa 1^{er}, pour chaque année civile, par le Conseil général.”

Art. 4

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Afdeling 2*Facturatie aan 78 %***Art. 5**

In artikel 71^{ter} van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Vanaf 1 januari 2026 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de contrastproducten (ATC-klasse V08), afgeleverd door een ziekenhuisapotheek, verlaagd met 22 %. De ziekenhuizen kunnen de vermindering van de tussenkomst van de verzekering niet ten laste leggen van de rechthebbenden.”

2° in paragraaf 2 worden tussen het vijfde en het zesde lid twee leden ingevoegd, luidende:

“Vanaf 1 januari 2026 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), op welke artikel 35^{ter}/1, § 1, eerste lid, van toepassing is, eventueel met de toepassing van artikel 35^{quater}, en de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 3), die hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen bevatten, afgeleverd in een ziekenhuisapotheek, verlaagd met 22 %.

Vanaf 1 januari 2026 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), op welke artikel 35^{ter}/1, § 2, van toepassing is, afgeleverd in een ziekenhuisapotheek, verlaagd met 22 %.”

3° in paragraaf 3 worden tussen het vijfde en het zesde lid twee leden ingevoegd, luidende:

“Vanaf 1 januari 2026 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), op welke artikel 35^{ter}, § 1 of § 2^{bis} van toepassing is, eventueel met de toepassing van artikel 35^{quater}, en de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), die hetzelfde werkzaam

Section 2*Facturation à 78 %***Art. 5**

À l'article 71^{ter} de la même loi, inséré par la loi du 27 décembre 2012 et modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, les modifications suivantes sont apportées:

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

“À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 22 p.c. Les hôpitaux ne peuvent pas mettre la diminution de l'intervention de l'assurance à charge des bénéficiaires.”

2° dans le paragraphe 2, deux alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 5 et 6:

“À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 1), auxquelles l'article 35^{ter}/1, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, est applicable, ou le cas échéant par application de l'article 35^{quater}, et les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 3), qui contiennent le même principe actif ou les mêmes principes actifs, délivrées par une officine hospitalière, est diminuée de 22 %.

À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 1), auxquelles l'article 35^{ter}/1, § 2, est applicable, délivrées par une officine hospitalière, est diminuée de 22 %.”

3° dans le paragraphe 3, deux alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 5 et 6:

“À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 1), auxquelles l'article 35^{ter}, § 1^{er} ou § 2^{bis}, est applicable, ou le cas échéant par application de l'article 35^{quater}, et les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 2), qui contiennent le même principe actif ou les mêmes

bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen bevatten, afgeleverd in een ziekenhuisapotheek, verlaagd met 22 %.

Vanaf 1 januari 2026 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), op welke artikel 35ter, § 1bis van toepassing is, afgeleverd in een ziekenhuisapotheek, verlaagd met 22 %."

Art. 6

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 3

Heffingen op de omzet

Art. 7

In artikel 191, eerste lid, 15°novies, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 20 december 2024 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het derde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

"Voor 2026 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 6,73 pct. van de omzet die in 2026 is verwezenlijkt.";

2° in het vijfde lid, laatste zin, worden de woorden "en vóór 1 mei 2026 voor de omzet die in 2025 is verwezenlijkt" vervangen door de woorden " , vóór 1 mei 2026 voor de omzet die in 2025 is verwezenlijkt en voor 1 mei 2027 voor de omzet die in 2026 is verwezenlijkt";

3° in het zevende lid, eerste zin, worden de woorden "en de heffing op de omzet 2025" vervangen door de woorden " , de heffing op de omzet 2025 en de heffing op de omzet 2026";

4° het achtste lid wordt aangevuld met de volgende zin:

"Voor 2026 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2026 en 1 juni 2027 op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met de vermelding van respectievelijk "voorschot heffing omzet 2026" en "saldo heffing omzet 2026".";

5° het tiende lid wordt aangevuld met de volgende zin:

principes actifs, délivrées par une officine hospitalière, est diminuée de 22 %.

À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les spécialités pharmaceutiques remboursables visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 1), auxquelles l'article 35ter, § 1^{er}bis, est applicable, délivrées par une officine hospitalière, est diminuée de 22 %."

Art. 6

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 3

Cotisations sur le chiffre d'affaires

Art. 7

À l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°novies, de la même loi, inséré par la loi du 27 décembre 2005 et modifié en dernier lieu par la loi du 20 décembre 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

"Pour 2026, le montant de cette cotisation est fixé à 6,73 p.c. du chiffre d'affaires qui a été réalisé en 2026.";

2° dans l'alinéa 5, dernière phrase, les mots "et avant le 1^{er} mai 2026 pour le chiffre d'affaires qui a été réalisé en 2025" sont remplacés par les mots " , avant le 1^{er} mai 2026 pour le chiffre d'affaires qui a été réalisé en 2025 et avant le 1^{er} mai 2027 pour le chiffre d'affaires qui a été réalisé en 2026";

3° dans l'alinéa 7, première phrase, les mots "et la cotisation sur le chiffre d'affaires 2025" sont remplacés par les mots " , la cotisation sur le chiffre d'affaires 2025 et la cotisation sur le chiffre d'affaires 2026";

4° l'alinéa 8 est complété par la phrase suivante:

"Pour 2026, l'avance et le solde visés au précédent alinéa doivent être versés respectivement avant le 1^{er} juin 2026 et le 1^{er} juin 2027 sur le compte de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en indiquant la communication structurée afférente, ou à défaut, respectivement la mention "avance cotisation chiffre d'affaires 2026" et "solde cotisation chiffre d'affaires 2026".";

5° l'alinéa 10 est complété par la phrase suivante:

“Voor 2026 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 6,73 pct. van de omzet die in het jaar 2025 is verwezenlijkt.”;

6° het zeventiende lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing op de omzet 2026 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2026.”

Art. 8

Artikel 191, eerste lid, 15° *duodecies*, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 23 december 2009 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 20 december 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het derde lid wordt vervangt als volgt:

“Het voorschot op de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar *t* worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met vermelding “Voorschot bijdrageheffing jaar *t*”. Het saldo van de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar *t*+1 worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met vermelding “Saldo bijdrageheffing jaar *t*”.”;

2° het vijfde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“Voor 2026 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2026 is verwezenlijkt en het ermee samenhangende voorschot wordt vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2025 is verwezenlijkt.”

Art. 9

Artikel 191, eerste lid, 15° *terdecies*, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 28 juni 2013 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 20 december 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het derde lid wordt de eerste zin die aanvangt met de woorden “Het voorschot dient” en eindigt met de woorden “met vermelding van ”Voorschot weeshelling jaar *t*”.”, vervangen als volgt:

“Het voorschot op de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar *t* worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

“Pour 2026 l’avance précitée est fixée à 6,73 p.c. du chiffre d’affaires qui a été réalisé dans l’année 2025.”;

6° l’alinéa 17 est complété par la phrase suivante:

“Les recettes qui résultent de la cotisation sur le chiffre d’affaires 2026 seront inscrites dans les comptes de l’assurance obligatoire soins de santé de l’exercice 2026.”

Art. 8

À l’article 191, alinéa 1^{er}, 15° *duodecies* de la même loi, inséré par la loi du 23 décembre 2009 et modifié en dernier lieu par la loi du 20 décembre 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° l’alinéa 3 est remplacé comme suit:

“L’acompte de la cotisation doit être versé avant le 1^{er} juin de l’année *t* sur le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité en indiquant la communication structurée afférente, ou à défaut, la mention “Avance cotisation contributive année *t*”. Le solde de la cotisation doit être versé avant le 1^{er} juin de l’année *t*+1 sur le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité en indiquant la communication structurée afférente, ou à défaut, la mention “Solde cotisation contributive année *t*”.”;

2° l’alinéa 5 est complété par la phrase suivante:

“Pour 2026, le montant de cette cotisation est fixé à 1 p.c. du chiffre d’affaires qui a été réalisé en 2026 et l’avance concernée est fixée à 1 p.c. du chiffre d’affaires réalisé en 2025.”

Art. 9

L’article 191, alinéa 1^{er}, 15° *terdecies*, de la même loi, inséré par la loi du 28 juin 2013 et modifié en dernier lieu par la loi du 20 décembre 2024, est complété par les phrases suivantes:

1° la première phrase de l’alinéa 3, qui commence par les mots “L’acompte de la cotisation doit” et se termine par les mots “la mention ”Acompte cotisation orpheline année *t*”.”, est remplacée par ce qui suit:

“L’acompte de la cotisation doit être versé avant le 1^{er} juin de l’année *t* sur le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité en indiquant la communication

met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met vermelding “Voorschot weesheffing jaar t”. Het saldo van de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar t+1 worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met vermelding “Saldo weesheffing jaar t”.”;

2° het vijfde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“Voor het jaar 2026 worden de percentages van deze weesheffing vastgesteld op 0 pct. voor het deel van de omzet van 0 tot en met 1,5 miljoen euro, op 3 pct. voor het deel van de omzet van meer dan 1,5 tot en met 3 miljoen euro en op 5 pct. voor het deel van de omzet groter dan 3 miljoen euro. De percentages, die op de verschillende omzetniveaus toegepast worden om het voorschot 2026 vast te stellen, zijn gelijk aan de percentages die vastgesteld worden voor de weesheffing 2026.”.

Art. 10

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 4

Bijdrage op marketing

Art. 11

In artikel 191, eerste lid, 31°, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 20 december 2024 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“Voor 2026 wordt de compensatoire bijdrage gehandhaafd.”;

2° in het tweede lid worden de woorden “en verwezenlijkt in 2025, voor het jaar 2025” vervangen door de woorden “verwezenlijkt in 2025, voor het jaar 2025, en verwezenlijkt in 2026, voor het jaar 2026”;

3° het derde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“Het voorschot 2026, vastgesteld op 0,13 pct. van het in 2025 verwezenlijkte omzetcijfer, wordt vóór 1 juni 2026 gestort op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met de vermelding van “Voorschot compensatoire bijdrage 2026” en het saldo wordt vóór 1 juni 2027 gestort op

structuurée afférente, ou à défaut, la mention “Avance cotisation orpheline année t”. Le solde de la cotisation doit être versé avant le 1^{er} juin de l’année t+1 sur le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité en indiquant la communication structurée afférente, ou à défaut, la mention “Solde cotisation orpheline année t”.”;

2° l’alinéa 5 est complété par la phrase suivante:

“Pour l’année 2026, les pourcentages de cette cotisation orpheline s’élèvent à 0 p.c. pour la tranche du chiffre d’affaires allant de 0 à 1,5 millions euros, 3 p.c. pour la tranche du chiffre d’affaires allant de plus de 1,5 à 3 millions d’euros et à 5 p.c. pour la tranche du chiffre d’affaires qui est supérieure à 3 millions d’euros. Les pourcentages, appliqués aux différents paliers pour constituer l’avance 2026 sont identiques à ceux fixés pour la cotisation orpheline 2026.”.

Art. 10

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 4

Contribution sur le marketing

Art. 11

À l’article 191, alinéa 1^{er}, 31°, de la même loi, inséré par la loi du 27 décembre 2012 et modifié en dernier lieu par la loi du 20 décembre 2024, les modifications suivantes sont apportées:

1° l’alinéa 1^{er} est complété par la phrase suivante:

“Pour 2026, la contribution compensatoire est maintenue.”;

2° dans l’alinéa 2, les mots “et réalisé en 2025, pour l’année 2025” sont remplacés par les mots “réalisé en 2025, pour l’année 2025, et réalisé en 2026, pour l’année 2026”;

3° l’alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

“L’acompte 2026, fixé à 0,13 p.c. du chiffre d’affaires réalisé en 2026, est versé avant le 1^{er} juin 2026 sur le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, en indiquant la communication structurée afférente, ou à défaut, la mention “Acompte contribution compensatoire 2026” et le solde est versé avant le 1^{er} juin 2027 sur ce même compte avec la communication structurée

dezelfde rekening met de desbetreffende gestructureerde mededeling, of bij gebrek, met de vermelding “Saldo compensatoire bijdrage 2026”.”;

4° in het vijfde lid worden de woorden “en in het boekjaar 2025, voor de bijdrage 2025” vervangen door de woorden “, in het boekjaar 2025, voor de bijdrage 2025, en in het boekjaar 2026, voor de bijdrage 2026”.

Art. 12

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 5

Hervorming van de besparingsmaatregelen toegepast op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten

Art. 13

Op 1 januari 2026 worden in de lijst hernomen in bijlage II van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, van rechtswege de volgende wijzigingen aangebracht;

1° het punt I.11 wordt aangevuld met de punten I.11.23., I.11.24., I.11.25., I.11.26. en I.11.27., luidende:

“I.11.23. Inhibitoren van het HMG-Co A reductase, bestemd voor de behandeling van hyperlipemieën van het type Frederikson IIa heterozygoot en IIb: C-39

I.11.24. Selectieve inhibitoren van de intestinale absorptie van cholesterol en aanverwante plantsterolen, bestemd voor de behandeling van een primaire hypercholesterolemie: C-40

I.11.25. Selectieve inhibitoren van de intestinale absorptie van cholesterol en aanverwante plantsterolen, geassocieerd met een statine, en, bestemd voor de behandeling van een primaire hypercholesterolemie of een gemengde hyperlipidemie: C-41

I.11.26. Associaties: C-42

I.11.27. Specialiteiten op basis van bempedoïnezuur + ezetimibe: C-43”;

2° het punt II.1. wordt aangevuld met het punt II.1.12., luidende;

afférente, ou à défaut, la mention “Solde contribution compensatoire 2026”.”;

4° dans l’alinéa 5, les mots “et pour l’année comptable 2025, pour ce qui concerne la contribution 2025” sont remplacés par les mots “, pour l’année comptable 2025, pour ce qui concerne la contribution 2025, et pour l’année comptable 2026, pour ce qui concerne la contribution 2026”.

Art. 12

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Section 5

Réforme des mesures d’économies appliquées à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables

Art. 13

Au 1^{er} janvier 2026, dans la liste reprise dans l’annexe II de l’arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, les modifications suivantes sont apportées de plein droit:

1° le point I. 11 est complété par les points I.11.23., I.11.24., I.11.25., I.11.26. et I.11.27., rédigés comme suit:

“I.11.23. Les inhibiteurs de l’HMG-CoA réductase destinés au traitement d’hyperlipidémies de types Frederikson IIa hétérozygote et IIb: C-39

I.11.24. Les inhibiteurs sélectifs de l’absorption intestinale du cholestérol et des phytostérols apparentés destinés au traitement d’une hypercholestérolémie primaire: C-40

I.11.25. Les inhibiteurs sélectifs de l’absorption intestinale du cholestérol et des phytostérols apparentés, associés à une statine, et destinés au traitement d’une hypercholestérolémie primaire ou d’une hyperlipidémie mixte: C-41

I.11.26. Associations: C-42

I.11.27. Spécialités contenant de l’acide bempédoïque + ézetimibe: C-43”;

2° le point II.1. est complété par un point II.1.12 rédigé comme suit:

“II.1.12. Inhibitoren van de protonpomp: Cx-15”.

Art. 14

§ 1. Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten die vergoedbaar zijn volgens § 20.000 en § 30.000 van hoofdstuk II van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege ingeschreven in § 70.000 van hoofdstuk II in de vergoedingscategorie Cx-15.

§ 2. Op 1 januari 2026 worden de § 20.000 en § 30.000 van hoofdstuk II van bijlage I van de lijst met vergoedbare specialiteiten opgeheven.

Art. 15

Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten met ATC-code C10AA (inhibitoren van het HMG-CoA reductase), vergoedbaar in hoofdstuk I van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege vergoedbaar in vergoedingscategorie C-39 in plaats van categorie B-41.

Art. 16

Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten op basis van ezetimibe (ATC-code C10AX09) vergoedbaar in hoofdstuk I van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege vergoedbaar in vergoedingscategorie C-40 in plaats van categorie B-268.

Art. 17

Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten op basis van een combinatie van Ezetimibe + Atorvastatine (ATC C10BA05) of van Rosuvastatine + Ezetimibe (ATC C10BA06) of van Simvastatine + Ezetimibe (ATC C10BA02), vergoedbaar in hoofdstuk I van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige

“II.1.12 Les inhibiteurs de la pompe à protons: Cx-15”

Art. 14

§ 1^{er}. Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques remboursables aux §§ 20.000 et 30.000 du chapitre II de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont inscrites de plein droit au § 70.000 du chapitre II en catégorie de remboursement Cx-15.

§ 2. Au 1^{er} janvier 2026, le § 20.000 et le § 30.000 du chapitre II de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables sont abrogés.

Art. 15

Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques disposant d'un code ATC C10AA (inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase) remboursables au chapitre I^{er} de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, deviennent de plein droit remboursables en catégorie de remboursement C-39 au lieu de la catégorie B-41.

Art. 16

Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques à base d'Ezetimibe (Code ATC C10AX09) remboursables au chapitre I^{er} de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, deviennent de plein droit remboursables en catégorie de remboursement C-40 au lieu de la catégorie B-268.

Art. 17

Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques à base d'une combinaison d'Ezetimibe + Atorvastatine (code ATC C10BA05) ou de Rosuvastatine + Ezetimibe (code ATC C10BA06) ou de Simvastatine + Ezetimibe (code ATC C10BA02), remboursables au chapitre I^{er} de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le

verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege vergoedbaar in vergoedingscategorie C-41 in plaats van categorie B-289.

Art. 18

§ 1. Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten op basis van een combinatie van Pravastatine + Fenofibraat (ATC C10BA03), vergoedbaar volgens § 6.540.000 van hoofdstuk IV van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege ingeschreven in hoofdstuk I in de vergoedingscategorie C-42.

§ 2. Op 1 januari 2026 wordt § 6.540.000 van hoofdstuk IV van bijlage I van de lijst met vergoedbare specialiteiten opgeheven.

Art. 19

Op 1 januari 2026 worden de farmaceutische specialiteiten op basis van een combinatie van Bempedoïnezuur + Ezetimibe (ATC C10BA10), vergoedbaar in § 11.180.200 van hoofdstuk IV van bijlage I van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van rechtswege vergoedbaar in vergoedingscategorie C-43 in plaats van categorie B-363.

Art. 20

§ 1. Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

§ 2. Het ministerieel besluit in uitvoering van artikelen 13 tot en met 20 heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026.

Afdeling 6

Persoonlijk aandeel

Art. 21

In artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam

14 juillet 1994, deviennent de plein droit remboursables en catégorie de remboursement C-41 au lieu de la catégorie B-289.

Art. 18

§ 1^{er}. Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques à base d'une combinaison de Pravastatine + Fenofibrate (code ATC C10BA03), remboursables au § 6.540.000 du chapitre IV de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont inscrites de plein droit au chapitre I^{er} en catégorie de remboursement C-42.

§ 2. Au 1^{er} janvier 2026, le § 6.540.000 du chapitre IV de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables est abrogé.

Art. 19

Au 1^{er} janvier 2026, les spécialités pharmaceutiques à base d'une combinaison d'Acide Bempédoïque + Ezétimibe (code ATC C10BA10), remboursables au § 11.180.200 du chapitre IV de l'annexe I^{re} de la liste des spécialités remboursables visée à l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, deviennent de plein droit remboursables en catégorie de remboursement C-43 au lieu de la catégorie B-363.

Art. 20

§ 1^{er}. La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

§ 2. L'arrêté ministériel pris en exécution des articles 13 à 20 inclus, produit ses effets le 1^{er} janvier 2026.

Section 6

Intervention personnelle

Art. 21

Dans l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables

van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen wordt punt A, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 24 juni 2020, aangevuld met twee leden, luidende:

“Als het persoonlijk aandeel, bepaald in punten a) tot g), lager is dan 1 EUR, wordt het voor een rechthebbende met verhoogde tegemoetkoming gelijk aan 1 EUR.

Als het persoonlijk aandeel, bepaald in punten a) tot g), lager is dan 2 EUR, wordt het voor een andere rechthebbende gelijk aan 2 EUR.”

Art. 22

De Koning kan de bepalingen die worden ingevoegd bij deze afdeling wijzigen, opheffen, aanvullen of vervangen.

Art. 23

Deze afdeling treedt in werking op 1 januari 2026.

HOOFDSTUK 3

Maximumfactuur

Art. 24

In artikel 37*sexies*, zevende lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 maart 2004 en bij de wetten van 22 december 2008, 27 december 2012 en 4 mei 2020, worden de bepalingen onder 1° en 2° opgeheven.

Art. 25

In artikel 37*septies*, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, bij het koninklijk besluit van 3 maart 2004, bij de wetten van 27 december 2005, 22 december 2008 en 27 december 2012, bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 en bij de wet van 4 mei 2020, worden de bepalingen onder het eerste en het derde streepje opgeheven.

Art. 26

Deze afdeling is van toepassing vanaf de maximumfactuur voor het jaar 2026.

dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le point A, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 juin 2020, est complété par deux alinéas rédigés comme suit:

“Si l'intervention personnelle déterminée aux points a) à g) est inférieure à 1 euro, elle devient, pour un bénéficiaire de l'intervention majorée, égale à 1 euro.

Si l'intervention personnelle déterminée aux points a) à g) est inférieure à 2 euros, elle devient, s'il s'agit d'un autre bénéficiaire, égale à 2 euros.”

Art. 22

Le Roi peut modifier, abroger, compléter ou remplacer les dispositions insérées par la présente section.

Art. 23

La présente section entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

CHAPITRE 3

Maximum à facturer

Art. 24

Dans l'article 37*sexies*, alinéa 7, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par l'arrêté royal du 3 mars 2004 et les lois des 22 décembre 2008, 27 décembre 2012 et 4 mai 2020, les 1° et 2° sont abrogés.

Art. 25

Dans l'article 37*septies*, alinéa 1^{er}, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par la loi du 24 décembre 2002, l'arrêté royal du 3 mars 2004, les lois des 27 décembre 2005, 22 décembre 2008 et 27 décembre 2012, l'arrêté royal du 22 mai 2014 et la loi du 4 mai 2020, les 1^{er} et 3^e tirets sont abrogés.

Art. 26

La présente section est d'application à partir du maximum à facturer pour l'année 2026.

HOOFDSTUK 4

**Administratiekosten
van de verzekeringsinstellingen**

Art. 27

In artikel 194 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 4 juni 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, a), worden de woorden “in titel IV, hoofdstuk III” vervangen door de woorden “in titel IV, hoofdstukken III en IV”;

2° de paragraaf 1 wordt aangevuld met twee leden, luidende:

“Als administratiekosten worden ook beschouwd, het gedeelte van de ten onrechte betaalde bedragen die niet teruggevorderd kunnen worden met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde, tenzij de verzekeringsinstelling aantoont dat de fout toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid.

De ten onrechte betaalde bedragen die niet teruggevorderd kunnen worden met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde en waarvoor is vastgesteld dat de fout toe te schrijven is aan een andere instelling van sociale zekerheid, worden meegedeeld aan het Instituut overeenkomstig de modaliteiten voorzien in artikel 164^{quater} voor de sector uitkeringen en in de uitgavenstaten met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de sector gezondheidszorgen.”;

3° de paragraaf 3 wordt opgeheven.

Art. 28

In artikel 195 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 januari 2023, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, 2°, derde lid, worden de woorden “en 1.141.883.000 EUR voor 2022” vervangen door de woorden “, 1.141.883.000 EUR voor 2022, 1.194.981.000 EUR voor 2023, 1.285.441.000 EUR voor 2024, 1.375.165.000 EUR voor 2025 en 1.426.791.000 EUR voor 2026” en worden de woorden “en 20.257.000 EUR voor 2022” vervangen door

CHAPITRE 4

**Frais d'administration
des organismes assureurs**

Art. 27

Dans l'article 194 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par la loi du 4 juin 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 1^{er}, a), les mots “au titre IV, chapitre III” sont remplacés par les mots “au titre IV, chapitres III et IV”;

2° le paragraphe 1^{er} est complété par deux alinéas rédigés comme suit:

“Est également considérée comme frais d'administration, la partie des dépenses payées indûment qui ne peuvent pas être récupérées en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social à moins que l'organisme assureur établisse que l'erreur est imputable à une autre institution de sécurité sociale.

Les dépenses payées indûment qui ne peuvent pas être récupérées en application de l'article 17, alinéa 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social et pour lesquelles il est établi que l'erreur est imputable à une autre institution de sécurité sociale, sont communiquées à l'Institut selon les modalités prévues à l'article 164^{quater} pour le secteur des indemnités et dans les documents de dépenses relatifs à l'assurance soins de santé pour le secteur des soins de santé.”;

3° le paragraphe 3 est abrogé.

Art. 28

Dans l'article 195 de la même loi, modifiée en dernier lieu par la loi du 12 janvier 2023, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 1^{er}, 2°, alinéa 3, les mots “et 1.141.883.000 euros pour 2022” sont remplacés par les mots “, 1.141.883.000 euros pour 2022, 1.194.981.000 euros pour 2023, 1.285.441.000 euros pour 2024, 1.375.165.000 euros pour 2025 et 1.426.791.000 euros pour 2026” et les mots “et 20.257.000 euros pour 2022”

de woorden “, 20.257.000 EUR voor 2022, 21.199.000 EUR voor 2023, 22.804.000 EUR voor 2024, 24.396.000 EUR voor 2025 en 25.238.000 EUR voor 2026”;

2° in paragraaf 1, 2°, wordt het vijfde lid opgeheven;

3° in paragraaf 1, 2°, zevende lid, dat het zesde lid wordt, worden de woorden “zesde lid” vervangen door de woorden “vijfde lid”;

4° in paragraaf 1, 2°, achtste lid, dat het zevende lid wordt, worden de woorden “zesde lid” telkens vervangen door de woorden “vijfde lid” en worden de woorden “in het zesde en het zevende lid” vervangen door de woorden “in het vijfde en het zesde lid”;

5° in paragraaf 1, 2°, wordt tussen het achtste lid, dat het zevende lid wordt, en het negende lid een lid ingevoegd, luidende:

“Vanaf 2026 worden de verzekeringsinstellingen geresponsabiliseerd op hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies, bedoeld in artikel 40. Deze responsabilisering heeft betrekking op een bedrag van 25.000.000 EUR in 2026, 50.000.000 EUR in 2027 en 75.000.000 EUR in 2028, tot 100.000.000 EUR voor de volgende jaren vanaf 2029. De verzekeringsinstellingen worden jaarlijks geëvalueerd op de behaalde resultaten, met het oog op, in voorkomend geval, de toekenning van het gedeelte van de administratiekosten, dat met dit doel werd gereserveerd op een rekening van het Instituut. De Koning bepaalt de modaliteiten van de evaluatie, de periodiciteit, en de voorwaarden op basis waarvan het gereserveerde gedeelte van de administratiekosten al dan niet wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen.”;

6° in paragraaf 1, 3°, worden de woorden “, en verderd met de bedragen die ten laste worden gelegd van de administratiekosten in toepassing van artikel 194, § 3” opgeheven;

7° in paragraaf 5, eerste lid, worden de woorden “in titel IV, hoofdstuk III” vervangen door de woorden “in titel IV, hoofdstukken III en IV”.

sont remplacés par les mots “, 20.257.000 euros pour 2022, 21.199.000 euros pour 2023, 22.804.000 euros pour 2024, 24.396.000 euros pour 2025 et 25.238.000 euros pour 2026”;

2° dans le paragraphe 1^{er}, 2°, l’alinéa 5 est abrogé;

3° dans le paragraphe 1^{er}, 2°, alinéa 7, qui devient l’alinéa 6, les mots “alinéa 6” sont remplacés par les mots “alinéa 5”;

4° dans le paragraphe 1^{er}, 2°, alinéa 8, qui devient l’alinéa 7, les mots “l’alinéa 6” sont chaque fois remplacés par les mots “l’alinéa 5” et les mots “l’alinéa 7” sont remplacés par les mots “l’alinéa 6”;

5° dans le paragraphe 1^{er}, 2°, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre l’alinéa 8, qui devient l’alinéa 7, et l’alinéa 9:

“À partir de 2026, les organismes assureurs sont responsabilisés sur leurs frais d’administration relativement aux actions qu’ils auront menées chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé et en particulier quant aux économies qu’ils auront réalisées vis-à-vis de l’objectif budgétaire annuel global de l’assurance soins de santé et des objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions de conventions et d’accords visés à l’article 40. Cette responsabilisation porte sur un montant de 25.000.000 euros en 2026, 50.000.000 euros en 2027 et 75.000.000 euros en 2028, jusqu’à atteindre 100.000.000 euros pour les années suivantes à partir de 2029. Les organismes assureurs sont évalués annuellement sur les résultats obtenus en vue, le cas échéant, de se voir attribuer la partie des frais d’administration qui a été réservée à cette fin sur un compte de l’Institut. Le Roi détermine les modalités d’évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d’administration réservée est attribuée ou non aux organismes assureurs.”;

6° dans le paragraphe 1^{er}, 3°, les mots “, et augmentés des dépenses mises à charge de ses frais d’administration en application de l’article 194, § 3” sont abrogés;

7° dans le paragraphe 5, alinéa 1^{er}, les mots “au titre IV, chapitre III” sont remplacés par les mots “au titre IV, chapitres III et IV”.

Art. 29

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2026.

20 november 2025

Jan Bertels (Vooruit)
Kathleen Depoorter (N-VA)
Frieda Gijbels (N-VA)
Julie Taton (MR)
Jean-François Gatelier (Les Engagés)
Nawal Farih (cd&v)

29 Art. 29

Le présent chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

20 novembre 2025