

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

7 juli 2017

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende de
verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen gecoördineerd op
14 juli 1994, teneinde consultaties bij de vaste
huisarts kosteloos te maken
voor minderjarigen**

(ingediend door Karin Jiroflée c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

7 juillet 2017

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités,
coordonnée le 14 juillet 1994, en vue
d'instaurer, pour les mineurs, la gratuité
des consultations chez le médecin
généraliste attitré**

(déposée par Mme Karin Jiroflée et consorts)

SAMENVATTING

Heel wat jongeren stellen een bezoek aan de huisarts uit omwille van financiële redenen. Om dit te verhelpen maakt dit wetsvoorstel consultaties bij de vaste huisarts kosteloos voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. Enerzijds wordt de derdebetalersregeling voor deze consultaties verplicht. Daarnaast wordt ook het persoonlijk aandeel geschrapt.

RÉSUMÉ

Beaucoup de jeunes reportent leur visite chez le généraliste pour des raisons financières. Pour remédier à ce problème, cette proposition de loi instaure la gratuité des consultations chez le médecin généraliste attitré pour les jeunes de moins de dix-huit ans, d'une part, en rendant le régime du tiers payant obligatoire pour ces consultations et, d'autre part, en supprimant l'intervention personnelle.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
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:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Context

In een goede gezondheidszorg neemt de eerste lijn een cruciale plek in. De huisarts(enpraktijk) staat centraal in het aansturen van zorg. Door een sterke eerste lijn wordt onze zorg doelmatiger en kwaliteitsvoller. Een sterke eerste lijn zorgt voor een doelmatiger gebruik van de spoeddiensten en een tijdige eerstelijns hulp vermijdt ergere gezondheidskosten nadien. Het is dus de logica zelf om de eerste lijn zo toegankelijk mogelijk te maken. Daarnaast is het belangrijk dat alle zorg goed wordt geregistreerd. Steeds meer Belgen laten hun huisarts een Globaal Medisch Dossier (GMD) bijhouden. Ook dit is een essentieel instrument in het verzekeren van de kwaliteit, maar ook de doelmatigheid van onze zorg, doordat zo bijvoorbeeld dubbelonderzoeken vermeden worden.

Gezondheidsongelijkheid

Een rapport van de Koning Boudewijnstichting uit 2014 maakt de gezondheidsongelijkheid in België pijnlijk duidelijk. Zo wordt een hooggeschoolde man van 25 in België gemiddeld 80 jaar oud. Een man zonder diploma overlijdt gemiddeld 7,5 jaar eerder. Met 25 jaar heeft een hooggeschoolde vrouw nog meer dan 47 gezonde jaren te verwachten. Bij een vrouw die geen onderwijs genoot, is dit ruim 18 jaar minder. Mensen met een hoger opleidingsniveau rapporteren ook minder vaak een slechte gezondheid (WIV, 2015). Gezondheidsongelijkheid manifesteert zich reeds op jonge leeftijd. Kinderen en jongeren met een lagere sociale status scoren bijvoorbeeld vaak slechter wat bewegings- en voedingsgewoonten betreft, maar ook op het vlak van mentaal welzijn (Studiedienst Vlaamse regering, 2011).

Toegankelijkheid gezondheidszorg

Toch scoort België op het vlak van toegankelijkheid van zorg niet bijster goed. Uit de cijfers van de OESO (2015) blijkt dat Belgen 18 % van de gezondheidskosten uit eigen zak betalen. Dit is hoog in vergelijking met de andere OESO-landen. Dat zorg voor een aanzienlijke groep nog te duur blijft, blijkt ook uit de Gezondheidsenquête (WIV, 2013): 8 % van de respondenten gaf hierin aan dat ze sommige zorg om financiële redenen uitstellen, maar in het Brussels Gewest loopt dit op tot 22 %. Maar het percentage Belgen dat gezondheidsuitgaven moeilijk in te passen

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Contexte

Dans un système de soins de santé de qualité, la première ligne occupe une position cruciale. Le généraliste (et son cabinet) sont au cœur du dispositif des soins. En renforçant cette première ligne, nos soins gagneront en efficacité et en qualité. En effet, une première ligne performante permet une utilisation plus efficace des services d'urgence. Lorsqu'elle est sollicitée au moment opportun, elle permet aussi d'éviter des complications ultérieures. Optimiser cette première ligne relève donc de la logique la plus élémentaire. Il importe également que tous les soins soient correctement enregistrés. De plus en plus de Belges demandent à leur généraliste de tenir un Dossier médical global (DMG). Ce dossier constitue également un instrument essentiel pour garantir la qualité, comme l'efficacité, de nos soins de santé, en évitant par exemple les doubles examens.

Inégalités en matière de santé

Un rapport réalisé en 2014 par la Fondation Roi Baudouin cristallise douloureusement les inégalités en matière de santé en Belgique: l'espérance de vie d'un homme de 25 ans titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur atteint 80 ans en moyenne, alors qu'un homme sans diplôme décède en moyenne 7,5 ans plus tôt. Une femme de 25 ans diplômée de l'enseignement supérieur peut espérer vivre plus de 47 ans en bonne santé, contre 36 pour une femme non scolarisée. Les diplômés de l'enseignement supérieur rapportent moins souvent des problèmes de santé (ISP, 2015). Les inégalités en matière de santé se manifestent déjà à un âge précoce: les enfants et les jeunes de catégories sociales inférieures présenteront plus souvent de mauvaises habitudes en matière d'activité physique ou d'alimentation, mais aussi de bien-être mental (Service d'étude du gouvernement flamand, 2011).

Accessibilité des soins de santé

La Belgique n'obtient toutefois pas de très bons résultats en matière d'accessibilité des soins. Il ressort des chiffres de l'OCDE (2015) que les Belges paient de leur poche 18 % de leurs frais de santé. C'est un niveau élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE. L'enquête de santé (ISP, 2013) indique également que les soins restent trop coûteux pour une part considérable de la population: 8 % des personnes interrogées répondent qu'elles reportent certains soins pour des raisons financières, et ce chiffre atteint 22 % en Région bruxelloise. Mais la proportion de Belges qui ont du mal à intégrer

vindt in het huishoudbudget ligt fors hoger: 26 % van de huishoudens geeft aan dat de bijdragen voor gezondheidszorgen (zeer) moeilijk passen binnen het beschikbare huishoudbudget. Bij de laagst verdienende huishoudens stelt niet minder dan 53 % dat de uitgaven van gezondheidszorgen moeilijk om dragen zijn. Bij de meest verdienende huishoudens gaat het om slechts 7 % van de huishoudens.

Ook wat de eerste lijn betreft plaatst een grootschalig Europees onderzoek (QUALICOPC, 2014) België pas op de 20ste plaats van 31 onderzochte landen wat de financiële toegankelijkheid van de eerste lijn betreft. Hetzelfde onderzoek stelt vast dat 900 000 Belgen een bezoek aan de huisarts uitstellen omwille van financiële redenen. Tot slot blijkt uit de Gezondheidsenquête (WIV, 2013) ook dat lager opgeleiden relatief vaker via een Wijkgezondheidscentrum een beroep doen op de huisarts. Dit kan deels verklaard worden door de geografische ligging van deze centra, maar ook het kosteloze karakter door het forfaitaire systeem speelt een rol.

Kinderen en jongeren zonder vaste huisarts

Heel wat patiënten hebben nog steeds geen vaste huisarts. Ook kinderen en jongeren niet. Uit onderzoek van de Onafhankelijke Mutualiteit (2016) blijkt dat 1 op 7 baby's (0 tot 2-jarigen) geen vaste huisarts of pediater heeft. Bij kwetsbare kinderen loopt dat op tot 1 op 5. Nochtans passeert wel 1 op 3 baby's op de spoedafdeling van een ziekenhuis. 43 % van de baby's zonder vaste arts kreeg ook geen enkele verstrekking. Dat dit gezondheidsgevolgen heeft, blijkt uit het feit dat deze baby's een lagere vaccinatiegraad hebben (66 % tegenover 84 %). Daarbij dient opgemerkt te worden dat de relatief hoge vaccinatiegraad (66 %) in de groep zonder vaste arts toe te schrijven is aan de preventieve consultaties bij Kind & Gezin.

Ons voorstel

Ons voorstel beoogt het kosteloos maken van consultaties bij de vaste huisarts voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. Enerzijds wordt de derdebetalersregeling verplicht voor een beperkt aantal nomenclaturnummers (consultaties bij de huisarts) voor elke jongere met een GMD. Daarnaast wordt hiervoor ook het persoonlijk aandeel geschrapt.

leurs dépenses de santé dans le budget du ménage est beaucoup plus élevée: 26 % des ménages estiment qu'il est (très) difficile d'intégrer les frais de santé dans le budget familial disponible. Dans les ménages dont les revenus sont parmi les moins élevés, pas moins de 53 % des personnes interrogées déclarent avoir des difficultés à assumer les dépenses de soins de santé, contre seulement 7 % dans les ménages dont les revenus sont parmi les plus élevés.

Il en va de même pour la première ligne. Une grande enquête réalisée à l'échelle européenne (QUALICOPC, 2014) ne classe la Belgique qu'à la 20^e place sur 31 pays étudiés sous l'angle de l'accessibilité des soins de première ligne. La même étude indique que 900 000 Belges reportent une visite chez le généraliste pour des raisons financières. Enfin, il ressort également de l'enquête de santé (ISP, 2013) que les personnes ayant un faible niveau d'éducation s'adressent relativement plus souvent au médecin généraliste en passant par une maison médicale. Cela s'explique partiellement par la situation géographique de ces maisons médicales mais la gratuité découlant du régime forfaitaire joue également un rôle à cet égard.

Enfants et adolescents sans médecin généraliste attitré

Beaucoup de patients n'ont pas encore de médecin généraliste attitré. Cela vaut également pour les enfants et les adolescents. Il ressort d'une étude des mutualités indépendantes (2016) qu'un bébé (de 0 à 2 ans) sur sept n'a pas de généraliste ou de pédiatre traitant. Dans les familles précarisées, cette proportion passe à un sur cinq. Pourtant, un bébé sur trois fait un passage aux urgences d'un hôpital et 43 % des bébés sans médecin généraliste attitré n'ont jamais reçu la moindre prestation médicale. Le fait que le taux de vaccination de ces bébés soit plus faible (66 % contre 84 %) indique que cette situation n'est pas sans incidence sur leur état de santé. Il convient d'ajouter, à ce propos, que le taux de vaccination relativement élevé (66 %) dans le groupe des enfants sans médecin généraliste attitré est dû aux consultations préventives organisées par l'ONE.

Notre proposition

Notre proposition vise à instaurer la gratuité des consultations chez le médecin généraliste attitré pour les enfants et les jeunes de moins de dix-huit ans. D'une part, le régime du tiers payant est rendu obligatoire pour un nombre limité de numéros de nomenclature (consultation chez le généraliste) pour les jeunes qui ont un DMG. D'autre part, l'intervention personnelle est également supprimée.

a. Derdebetaler

In tegenstelling tot bij de apotheker of in het ziekenhuis, moeten de meeste patiënten voor ambulante verstrekkingen eerst het volledige honorarium betalen aan de zorgverstrekker. Nadien, bij het binnenbrengen van het getuigschrift bij de verzekeringsinstelling, krijgt men een groot deel terug waarna enkel het remgeld ten laste blijft. Door eerst het volledige bedrag te laten voorschieten worden onnodig financiële drempels opgeworpen. Dit kan men afleiden uit het feit dat de wetgever zich hier wel degelijk bewust van is. In het verleden werd voor rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming eerst een recht op, en nadien een verplichte derdebetaler ingevoerd.

Sp.a streeft al langer naar het veralgemenen van de derdebetalersregeling. Daartoe werd ook deze legislatuur een wetsvoorstel ingediend met het nummer 0834. Voor deze maatregel bestaat er ook een breed maatschappelijk draagvlak. Sinds 2010 vragen het Netwerk Tegen Armoede, de Gezinsbond en het Vlaams Patiëntenplatform al om de derdebetaler veralgemeend in te voeren bij de huisarts. Ook in het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (RiZiv en Dokters van de Wereld, 2014) wordt aanbevolen om op termijn naar een veralgemening van de derdebetalersregeling te gaan.

Als we andere landen bekijken moeten we ook vaststellen dat onze “terugbetaling” eigenlijk een verouderd systeem is, dat eerder uitzondering dan regel is. Begin dit jaar werd in Frankrijk een veralgemeend recht op derdebetaler bij de huisarts ingevoerd. In vele andere landen (waaronder Canada, Groot-Brittannië, Duitsland, Oostenrijk, Scandinavië,...) is de derdebetaler al langer van toepassing.

b. Schrapping remgeld

Maar ons voorstel strekt verder dan enkel een derdebetaler. Ook het remgeld schrappen we. Zo nemen we elke mogelijke drempel weg. Daarnaast verhogen we ook de kwaliteit van onze zorg door het nemen van een vaste huisarts (houder van het GMD) aan te moedigen. Vanaf jonge leeftijd stimuleren we zo dus een correct gebruik van onze gezondheidszorg.

Zonder geld naar de huisarts is een idee dat op veel bijval kan rekenen. De wereldgezondheidsorganisatie stelt in een rapport uit 2010 dat eigen betalingen op de eerste lijn niet wenselijk zijn. In 2015 lanceerden

a. Tiers payant

Contrairement à la règle applicable chez le pharmacien et à l'hôpital, dans le cadre des prestations ambulatoires, la plupart des patients doivent d'abord payer la totalité des honoraires aux prestataires de soins. Ensuite, après avoir remis ses attestations de soins à son organisme assureur, le patient est remboursé d'une grande partie de ces honoraires et il ne doit prendre en charge que le ticket modérateur. Demander aux patients d'avancer le total des honoraires revient à créer des obstacles financiers inutiles. Cela peut se déduire du fait que le législateur en est bien conscient. En effet, par le passé, il a d'abord prévu le droit au régime du tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, puis il l'a rendu obligatoire.

Le sp.a milite depuis longtemps pour la généralisation du régime du tiers payant. C'est pourquoi il a déposé, sous l'actuelle législature, la proposition de loi (DOC 54/0834). Cette mesure est en outre largement soutenue par la population. Depuis 2010, le réseau flamand de lutte contre la pauvreté (*Netwerk tegen Armoede*), la ligue flamande des familles (*Gezinsbond*) et la ligue flamande des patients (*Vlaams Patiëntenplatform*) demandent la généralisation du tiers payant chez le médecin généraliste. Dans le Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique qu'ils ont publié en 2014, l'INAMI et l'association Médecins du monde recommandaient également la généralisation, à terme, du régime du tiers payant.

Quand on compare notre situation à celle d'autres pays, on s'aperçoit en outre que notre système de “remboursement” est, en fait, dépassé et l'exception plus que la règle. Au début de l'année 2017, la France a instauré un droit généralisé au tiers payant chez le médecin généraliste. Dans de nombreux autres pays (dont le Canada, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, l'Autriche et les pays scandinaves), le régime du tiers payant a été instauré depuis encore plus longtemps.

b. Suppression du ticket modérateur

Notre proposition va cependant au-delà du simple tiers payant, puisque nous supprimons également le ticket modérateur. Ce faisant, nous éliminons tout seuil possible. Nous améliorons par ailleurs également la qualité de nos soins en encourageant les patients à choisir un généraliste attitré (détenteur du DMG). Nous encourageons donc un usage correct de nos soins de santé dès le plus jeune âge.

L'idée de pouvoir se rendre chez le généraliste sans devoir payer est très en vogue. Dans un rapport de 2010, l'Organisation mondiale de la santé indique qu'il n'est pas opportun de faire payer les patients en première

22 artsen en academische specialisten in gezondheidszorg en armoedebestrijding een oproep om het bezoek aan de huisarts kosteloos te maken. In niet minder dan 16 Europese landen is dit vandaag overigens al het geval (European Observatory on Health Systems and Policies, 2015).

c. Kostprijs

In tegenstelling tot wat vaak beweerd wordt, werken zowel de derdebetalersregeling als het kosteloos consulteren overconsumptie niet in de hand. Volgens de auteurs van de eerder vermelde oproep tot gratis huisartsgeneeskunde tonen vergelijkingen tussen de forfaitaire medische huizen en de prestatiegeneeskunde aan dat patiënten die kosteloos terecht kunnen in een medisch huis, niet vaker consulteren. Ook de mutualiteiten stellen vast dat zij geen veralgemeend verschil merken in het aantal consultaties na het terugbetalen van remgeld. De maatregel heeft wel een effect bij de laagste inkomensgroep, maar in dat geval gaat het eerder over het wegnemen van onderconsumptie dan over het stimuleren van overconsumptie.

Gelukkig zijn kinderen en jongeren over het algemeen gezond. Het aantal consultaties bij de huisarts in deze leeftijdsgroep is dan ook beperkt. Op basis van de gegevens van de mutualiteiten schatten we de totale kostprijs op maximaal 9 miljoen euro.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Dit artikel schrapt het remgeld voor kinderen en jongeren (tot 18 jaar) voor de raadplegingen bij de huisarts die houder is van hun Globaal Medisch Dossier.

Art. 3

Dit artikel verplicht de derdebetalersregeling voor kinderen en jongeren (tot 18 jaar) voor de raadplegingen bij de huisarts die houder is van hun Globaal Medisch Dossier.

Karin JIROFLÉE (sp.a)
Monica DE CONINCK (sp.a)
Annick LAMBRECHT (sp.a)
Karin TEMMERMAN (sp.a)
Alain TOP (sp.a)
Ann VANHESTE (sp.a)
Peter VANVELTHOVEN (sp.a)

ligne. En 2015, 22 médecins et spécialistes universitaires en soins de santé et lutte contre la pauvreté ont lancé un appel en faveur de la gratuité de la consultation chez le généraliste. Tel est au demeurant déjà le cas dans pas moins de 16 pays européens (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2015).

c. Coût

Contrairement à ce que l'on prétend souvent, le régime du tiers payant comme la gratuité de la consultation ne favorisent pas la surconsommation. Selon les auteurs de l'appel à la gratuité de la médecine générale évoqué ci-avant, il ressort de comparaisons entre les maisons médicales forfaitaires et la médecine rémunérée à l'acte que les patients pouvant se faire soigner gratuitement dans une maison médicale ne consultent pas plus souvent. De même, les mutualités ne constatent pas non plus de différence généralisée dans le nombre de consultations après le remboursement du ticket modérateur. En revanche, la mesure a une incidence sur le groupe des revenus les plus faibles, mais en l'occurrence, il s'agit plutôt de l'élimination d'une sous-consommation que de la promotion d'une surconsommation.

Heureusement, les enfants et les jeunes sont dans l'ensemble en bonne santé. Le nombre de consultations du généraliste est dès lors limité dans cette catégorie d'âge. Sur la base des données fournies par les mutualités, nous estimons le coût total à 9 millions d'euros au maximum.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Cet article supprime le ticket modérateur pour les enfants et les jeunes (jusqu'à l'âge de dix-huit ans) pour les consultations chez le généraliste qui détient leur dossier médical global.

Art. 3

Cet article impose le régime du tiers payant pour les enfants et les jeunes (jusqu'à l'âge de dix-huit ans) pour les consultations chez le généraliste qui détient leur dossier médical global.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 37*bis*, § 1, A, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 21 december 1994, wordt tussen het 1° en het 2° een nieuw punt 2° ingevoegd, luidende:

“2° gebracht op 0,00 euro voor de raadplegingen aangeduid met de rangnummers 101010, 101032, 101054 en 101076 voor alle rechthebbenden tot op de dag voor hun achttiende verjaardag.”

Art. 3

In artikel 53, § 1 van dezelfde wet wordt tussen het zestiende en zeventiende lid, dat het achttiende lid zal vormen, een nieuw lid ingevoegd, luidende:

“De toepassing van de derdebetalersregeling is verplicht voor de raadplegingen met de rangnummers 101010, 101032, 101054 en 101076 voor alle rechthebbenden, voor wie de verstrekking aangeduid met het rangnummer 102771, beoogd in artikel 2, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt verleend, tot op de dag voor hun achttiende verjaardag.”

Art. 4

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2018.

7 juni 2017

Karin JIROFLÉE (sp.a)
Monica DE CONINCK (sp.a)
Annick LAMBRECHT (sp.a)
Karin TEMMERMAN (sp.a)
Alain TOP (sp.a)
Ann VANHESTE (sp.a)
Peter VANVELTHOVEN (sp.a)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Dans l'article 37*bis*, § 1^{er}, A, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 21 décembre 1994, entre le 1° et le 2°, il est inséré un nouveau 2°, rédigé comme suit:

“2° 0,00 euro pour les consultations désignées par les numéros d'ordre 101010, 101032, 101054 et 101076 pour tous les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur dix-huitième anniversaire.”

Art. 3

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, entre l'alinéa 16 et l'alinéa 17, qui deviendra l'alinéa 18, il est inséré un nouvel alinéa, rédigé comme suit:

“L'application du tiers payant est obligatoire pour les consultations désignées par les numéros d'ordre 101010, 101032, 101054 et 101076 pour tous les bénéficiaires pour lesquels est effectuée la prestation désignée par le numéro d'ordre 102771 visée à l'article 2, A, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, jusqu'à la veille de leur dix-huitième anniversaire.”

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

7 juin 2017