

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

11 maart 2025

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet
betreffende de verplichte verzekering
voor geneeskundige verzorging en
uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,
teneinde patiënten kosteloos
naar de zorg te laten gaan**

(ingediend door
mevrouw Natalie Eggermont c.s.)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

11 mars 2025

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 la gratuité de l'accès
aux soins de santé**

(déposée par
Mme Natalie Eggermont et consorts)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel beoogt de toegankelijkheid van de (eerstelijns)gezondheidszorg te verbeteren door een veralgemening van de derdebetalersregeling in de hele gezondheidszorg en de afschaffing van het remgeld in de eerste lijn, voor alle patiënten en voor alle zorgverstrekkingen.

RÉSUMÉ

La présente proposition de loi vise à améliorer l'accessibilité des soins de santé (de première ligne) en généralisant le régime du tiers payant à l'ensemble des soins de santé et en supprimant le ticket modérateur pour les soins de première ligne, et ce pour tous les patients et toutes les prestations de soins.

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

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

DAMES EN HEREN,

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is van bijzonder groot belang om te garanderen dat ieders recht op gezondheid wordt gerespecteerd. Bovendien is de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg ook van groot belang voor het goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel.

De verschillende zorglijnen zijn op zo'n manier ingedeeld dat ze complementair kunnen samenwerken. De vele gezondheidszorgberoepen in de eerste lijn vormen voor de meeste patiënten het eerste aanrakingspunt met de gezondheidszorg wanneer ze gezondheidsklachten ervaren. De zorgverleners in de eerste lijn hebben vaak een nauwere band met hun patiënten en hebben een goed zicht op de problemen in de omgeving. Zij zijn het best geplaatst om zich in te zetten voor een preventieve gezondheidszorg waarbij de brug wordt geslagen tussen individuele gezondheidsproblemen van patiënten en gezondheidsuitdagingen van de lokale bevolking.

Indien patiënten vroeg en vlot de nodige zorg ontvangen in de eerste lijn kan erger worden voorkomen. Indien patiënten daarentegen de drempel naar de eerste lijn te hoog vinden, blijven ze met hun probleem zitten. Een klacht die makkelijk kon worden verzorgd in de eerste lijn kan zo grotere proporties aannemen, waardoor meer ingrijpende, gespecialiseerde zorg nodig wordt. Deze zorg is vaak risicovoller en duurder voor de patiënt en de samenleving.

Vandaag kent de toegang tot de gezondheidszorg verschillende drempels, waarvan de financiële drempel één van de belangrijkste is. De patiënten in België betalen een groot deel van de kosten voor gezondheidszorg uit eigen zak. Belgen betaalden in 2021 18 % van de totale gezondheidsuitgaven zelf¹, een aandeel dat hoger ligt dan in buurlanden zoals Luxemburg (8,9 %), Frankrijk (8,9 %), Nederland (9,3 %) en Duitsland (12,0 %). Bovendien zijn de eigen bijdragen tussen 2011 en 2021 met 30 % gestegen.

Voor gezinnen met beperkte financiële middelen is het moeilijk om deze stijgende eigen betalingen op te vangen. In 2020 hebben bijna 260.000 huishoudens in België

¹ S. Gerkens, M. Lefèvre, N. Bouckaert, M. Levy, C. Maertens de Noordhout, C. Obyn, C. Devos, A. Scohy, A. Vlayen, H. Yaras, C. Janssens, P. Meeus. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376As.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

L'accessibilité des soins de santé est essentielle pour garantir le respect du droit de chacun à la santé. En outre, l'accessibilité des soins de première ligne est très importante pour le fonctionnement des soins de santé dans leur ensemble.

Les différentes lignes de soins de santé ont été structurées de manière à être complémentaires. Pour la plupart des patients confrontés à un problème de santé, les nombreuses professions des soins de santé de première ligne constituent le premier point de contact avec les soins de santé. Les prestataires de soins de première ligne ont souvent un lien plus étroit avec leurs patients et ont une bonne idée des difficultés liées à leur environnement. Ils sont les mieux placés pour s'investir dans la santé préventive en faisant le lien entre les problèmes de santé individuels des patients et les défis en matière de santé de la population locale.

Si les patients bénéficient rapidement et facilement des soins nécessaires en première ligne, ils peuvent s'éviter des complications. En revanche, s'ils estiment que le seuil d'accès aux soins de première ligne est trop élevé, ils ne se font pas soigner. Un trouble qui aurait pu facilement être traité en première ligne peut ainsi s'aggraver, au point de nécessiter des soins spécialisés plus lourds, souvent plus risqués et plus coûteux pour le patient et la société.

À l'heure actuelle, l'accès aux soins de santé est entravé par plusieurs obstacles, le seuil financier étant l'un des plus importants. En Belgique, les patients paient de leur poche une grande partie des coûts de soins de santé. En 2021, les Belges ont dû assumer eux-mêmes 18 % des dépenses totales de santé¹, soit une part plus élevée que dans les pays voisins que sont le Luxembourg (8,9 %), la France (8,9 %), les Pays-Bas (9,3 %) et l'Allemagne (12,0 %). De surcroît, les contributions personnelles ont augmenté de 30 % entre 2011 et 2021.

Pour les ménages aux moyens financiers limités, cette hausse des contributions personnelles est difficile à supporter. En 2020, près de 260.000 ménages belges,

¹ S. Gerkens, M. Lefèvre, N. Bouckaert, M. Levy, C. Maertens de Noordhout, C. Obyn, C. Devos, A. Scohy, A. Vlayen, H. Yaras, C. Janssens, P. Meeus. Performance du système de santé belge: rapport 2024. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 376B.

catastrofale uitgaven voor gezondheidszorg ervaren², wat overeenkomt met 5,2 % van alle huishoudens. Dit betekent dat voor 5,2 % van de Belgische huishoudens de kosten voor de gezondheidszorg zodanig hoog opliepen dat zij financiële moeilijkheden ondervonden om te voorzien in basisbehoeften zoals voeding, huisvesting en verwarming. In 2018 bedroeg dit percentage nog 3,8 %. Met 260.000 getroffen huishoudens in 2020 doet België het slechter dan de meeste andere EU 14-landen.

Een gevolg van hoge facturen is dat de zorg wordt uitgesteld om financiële redenen. Uit de gezondheidssenquête van Sciensano uit 2018 blijkt dat geeft 9,1 % van de huishoudens noodzakelijke medische zorgen, tandverzorging, de aankoop van (voorgeschreven) geneesmiddelen of een bril, of een beroep op psychische zorgverlening moest uitstellen omwille van financiële redenen.³ Uit een enquête van Solidaris onder haar leden in 2024 blijkt dat 41 % van de Franstalige Belgen en 26 % van de Nederlandstalige Belgen het afgelopen jaar minstens één keer zorg hebben uitgesteld om financiële redenen.⁴⁵

Bovendien is de ongelijkheid in onvervulde medische behoeften tussen verschillende socio-economische klassen opmerkelijk. Vooral, maar niet uitsluitend, mensen met een lage socio-economische status stellen zorg uit. Kortgeschoolden stelden in 2020 vier tot vijf keer vaker zorg uit dan langgeschoolden.⁶ Ook de verschillen in zorguitstel naar inkomen zijn aanzienlijk. Van alle West-Europese landen kent België een van de grootste kloven tussen arm en rijk als het gaat over zorguitstel.⁷

Het meest recente rapport van het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg (hierna: KCE) over de performantie van de Belgische gezondheidszorg benadrukt dat hoewel er stappen zijn ondernomen

soit 5,2 % de l'ensemble des ménages, ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques². Autrement dit, 5,2 % des ménages belges ont été confrontés à des dépenses de santé tellement élevées qu'ils ont éprouvé des difficultés à subvenir à plusieurs besoins de base comme l'alimentation, le logement et le chauffage. En 2018, cette proportion n'était encore que de 3,8 %. Avec 260.000 ménages concernés en 2020, la Belgique fait pire que la plupart des autres pays de l'UE-14.

Les factures élevées entraînent des reports de soins pour des raisons financières. L'enquête de santé 2018 de Sciensano révèle que 9,1 % des ménages ont été contraints financièrement de reporter des soins médicaux nécessaires, des soins dentaires, l'achat de médicaments (prescrits) ou de lunettes, ou encore des soins de santé mentale³. Selon une enquête réalisée en 2024 par Solidaris auprès de ses membres, 41 % des Belges francophones et 26 % des Belges néerlandophones ont, au moins une fois au cours de l'année écoulée, reporté des soins pour des raisons financières⁴⁵.

Par ailleurs, pour ce qui est des besoins médicaux non satisfaits, il existe une inégalité notable entre les différentes classes socioéconomiques. Ce sont principalement, mais pas uniquement, les personnes à faible statut socioéconomique qui reportent des soins. En 2020, les personnes peu qualifiées ont ainsi reporté des soins quatre à cinq fois plus souvent que les personnes hautement qualifiées⁶. En matière de report de soins, les différences en fonction du revenu sont, elles aussi, considérables. Dans ce domaine, la Belgique affiche l'un des écarts entre riches et pauvres les plus importants de tous les pays d'Europe occidentale⁷.

Le dernier rapport en date du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur la performance du système de santé belge souligne qu'en dépit des mesures qui ont été prises pour rendre les soins plus abordables

² Bouckaert N., Maertens de Noordhout C., Van de Voorde C. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

³ S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/15. www.gezondheidsenquête.be

⁴ Solidaris, Enquête betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners (2024)

⁵ Solidaris, *Renoncement aux soins pour raisons financières* (2024)

⁶ KCE Reports 376As (2024)

⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), *België: Landenprofiel Gezondheid 2023*, OECD Publishing, Paris.

² Bouckaert N., Maertens de Noordhout C., Van de Voorde C. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. (Les soins de santé sont-ils abordables? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Belgique.) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

³ S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete. Enquête de santé 2018: Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles, Belgique: Sciensano; D/2020/14.440/15. www.enquetesante.be

⁴ Solidaris, Enquête betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners (2024)

⁵ Solidaris, *Renoncement aux soins pour raisons financières* (2024)

⁶ KCE Reports 376B (2024)

⁷ OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2023), *Belgique: Profil de santé par pays 2023*, OECD Publishing, Paris.

om zorg betaalbaarder te maken, wat heeft geleid tot een afname van zorguitstel, er nog steeds belangrijke sociaal-economische verschillen bestaan.

De derdebetalersregeling veralgemenen

Een van de maatregelen die reeds werd ingevoerd om financiële drempels tot de gezondheidszorg weg te werken, is de derdebetalersregeling. Met dit systeem hoeven patiënten niet langer de volledige kostprijs van een medische dienst voor te schieten om daarna een terugbetaling van de mutualiteit te ontvangen. Dit eerdere proces vormde niet alleen een financiële barrière voor velen, maar was ook onnodig omslachtig. Dankzij de derdebetalersregeling betalen patiënten enkel het deel van de kosten dat uit eigen zak moet worden betaald, namelijk het remgeld en eventueel niet-terugbetaalde kosten.

Aanvankelijk was de derdebetalersregeling slechts in uitzonderlijke gevallen toegestaan, maar sinds 2022 kunnen zorgverleners op vrijwillige basis de derdebetalersregeling voor alle patiënten en voor elke geneeskundige verstrekking toepassen. In de meeste gevallen ligt de keuze dus bij de zorgverlener zelf. Maar in bepaalde omstandigheden zijn zorgverleners reeds verplicht de derdebetalersregeling toe te passen, onder meer bij geneeskundige verstrekkingen door huisartsen ten behoeve van rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (behalve voor huisbezoeken), bij raadplegingen op afstand door artsen, bij bepaalde verstrekkingen door tandartsen en wat het stomamateriaal bij bandagisten betreft.

Toch blijven er, ondanks de maatregelen, drempels bestaan in de toegang tot de eerste lijn. Zo is het de zorgverlener die bepaalt of de derdebetalersregeling wordt toegepast. Een patiënt kan er ook zelf om vragen, maar daarvoor moet hij of zij op de hoogte zijn van de regelgeving én de moed hebben om de vraag te stellen. Het risico bestaat dat patiënten de weg niet vinden tot de derdebetalersregeling, omdat ze onvoldoende over hun rechten zijn geïnformeerd.

Onderzoek van Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE) toont dat de meerderheid van experts en stakeholders de veralgemening van de derdebetalersregeling in de ambulante zorg zien als een van de vijf meest doeltreffende maatregelen om de financiële toegang van de gezondheidszorg te verbeteren.⁸ Ook het Netwerk

⁸ Baeten, R. (2021) *Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden*. Brussel: *European Social Observatory*, 176p.

financieel en pour réduire les reports de soins, de grandes inégalités socioéconomiques subsistent.

Généraliser le régime du tiers payant

Une des mesures déjà mises en place pour lever les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé est le régime du tiers payant. Grâce à ce système, les patients ne sont plus tenus d'avancer l'intégralité du prix d'un service médical et de se faire rembourser ensuite par la mutualité. Le dispositif précédent non seulement constituait une barrière financière pour de nombreux patients, mais était en outre inutilement compliqué. Grâce au régime du tiers payant, les patients ne paient plus que la partie des coûts réellement à leur charge, à savoir le ticket modérateur et éventuellement les frais non remboursés.

Au départ, le régime du tiers payant n'était autorisé que dans certains cas exceptionnels, mais depuis 2022, les prestataires de soins ont la possibilité de l'appliquer de manière volontaire à tous leurs patients et à chaque prestation médicale. Dans la plupart des cas, le choix appartient donc au prestataire de soins lui-même. Dans certaines circonstances, toutefois, les prestataires de soins ont déjà l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, entre autres pour les prestations de médecine générale au profit de personnes ayant droit à une intervention majorée (hormis lors des visites à domicile), pour les consultations médicales à distance, pour certaines prestations de dentistes et pour le matériel de stomie fourni par les bandagistes.

Ces mesures n'ont cependant pas permis d'éliminer tous les obstacles à l'accès aux soins de première ligne. Ainsi, c'est le prestataire de soins qui décide d'appliquer ou non le régime du tiers payant. Le patient peut en demander lui-même l'application, mais il faut pour cela qu'il ait connaissance de la réglementation et qu'il ait le courage de poser la question. Le risque est réel que la méconnaissance de leurs droits empêche les patients de profiter du régime du tiers payant.

Une étude de l'Observatoire social européen (OSE) montre que la majorité des experts et parties prenantes considèrent la généralisation du régime du tiers payant dans les soins ambulatoires comme l'une des cinq mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès financier aux soins de santé.⁸ Le *Netwerk Tegen Armoede* (Réseau

⁸ Baeten, R. (2021), *Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden* (Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé. Analyse d'une enquête réalisée auprès des experts et des parties prenantes), Bruxelles, Observatoire social européen, 176 p.

Tegen Armoede, de Gezinsbond en het Vlaams patiëntenplatform vragen al jaren naar de invoering van een veralgemeende derdebetalersregeling.

Naast een verhoogde (financiële) toegankelijkheid draagt een veralgemening van de derdebetalersregeling bij tot eenvoud. De *World Health Organisation* (hierna: WHO) stelde in hun rapport "*Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*" dat het huidige Belgische systeem bijzonder complex is. Ze stellen bovendien dat het "hoogst ongebruikelijk is voor hoge-inkomenslanden" om een systeem te hebben in de ambulante zorg waarbij de patiënt moet voorschieten en het later door de ziekteverzekering wordt terugbetaald.⁹

Dit wetsvoorstel pleit voor eenzelfde universeel systeem, wat de gezondheidszorg voor iedereen simpeler maakt. We kiezen voor een algemene derdebetalersregeling voor elke patiënt, bij elke zorgverlener en in de hele gezondheidszorg.

Voor de patiënt betekent een veralgemeend derdebetalerssysteem niet enkel een grotere financiële toegankelijkheid, maar ook een administratieve verlichting. Zo is de patiënt niet meer verantwoordelijk voor het afleveren van het getuigschrift voor verstrekte hulp bij zijn ziekenfonds om terugbetaling te verkrijgen.

Ook naar de zorgverlener toe draagt dit wetsvoorstel bij tot minder administratie en meer transparantie. De zorgverlener hoeft zich bijvoorbeeld niet langer bezig te houden met het uitzoeken bij wie hij de derdebetalersregeling verplicht moet toepassen en bij wie niet. De zorgverlener hoeft bovendien geen briefjes meer te schrijven voor terugbetaling of hoeft geen tijd te spenderen aan de afrekening.

Remgeld afschaffen

Het "persoonlijk aandeel", beter bekend als het remgeld, is het bedrag dat de patiënt bij de zorgverlener betaalt, maar niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering.

Het remgeld bij de huisarts ligt tussen de 4 en 6 euro. Bij de tandarts varieert het remgeld van 4 tot 44 euro. Voor een sessie bij de kinesist betaal je 6,25 euro remgeld. Logopedisten hanteren bedragen tussen de 5,5 en 11 euro per sessie. Voor een individuele sessie bij een

flamand de lutte contre la pauvreté), la *Gezinsbond* (Ligue flamande des familles) et la *Vlaams patiëntenplatform* (plateforme flamande des patients) réclament eux aussi depuis des années une généralisation du régime du tiers payant.

Outre qu'elle favorise une meilleure accessibilité (financière), la généralisation du régime du tiers payant contribue à la simplicité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) écrit, dans son rapport "Les soins de santé sont-ils abordables? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Belgique" ("*Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*"), que le système belge actuel est particulièrement complexe. Elle ajoute qu'il est très inhabituel pour un pays à revenus élevés de disposer d'un système de soins ambulatoires dans lequel les frais doivent être avancés par le patient et sont remboursés ensuite par l'assurance maladie.⁹

La présente proposition de loi plaide pour un seul et même système universel simplifiant les soins de santé pour tous. Nous prônons un régime de tiers payant généralisé pour chaque patient, auprès de chaque soignant et pour l'ensemble des soins de santé.

Pour le patient, un régime de tiers payant généralisé signifie non seulement une plus grande accessibilité financière, mais aussi un allègement administratif. Le patient n'est ainsi plus responsable de la remise de l'attestation de soins à sa mutualité pour obtenir un remboursement.

Pour le soignant aussi, la présente proposition de loi induit une simplification administrative et une plus grande transparence. Celui-ci ne doit, par exemple, plus s'occuper de vérifier à quel patient il doit obligatoirement appliquer le régime du tiers payant. Il ne doit plus rédiger d'attestation de soins en vue du remboursement et ne doit plus passer du temps à faire les comptes.

Supprimer le ticket modérateur

La "quote-part personnelle", mieux connue sous le nom de "ticket modérateur", est le montant payé par le patient chez le prestataire de soins mais non remboursé par l'assurance obligatoire.

Le ticket modérateur est de 4 à 6 euros pour une consultation chez le médecin généraliste. Pour une visite chez le dentiste, il varie de 4 à 44 euros. Il s'élève à 6,25 euros pour une séance de kinésithérapie et varie de 5,5 à 11 euros pour une séance chez le logopède. Les

⁹ <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058599>

⁹ <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058599>

klinisch psycholoog of orthopedagoog betaal je als persoon ouder dan 23 jaar 11 euro remgeld, terwijl een groepsessie 2,50 euro kost. Voor patiënten met recht op een verhoogde tegemoetkoming zijn de genoemde bedragen lager.

Patiënten worden remgeld aangerekend voor elke consultatie vanuit het idee om overconsumptie in de zorg tegen te gaan. De redenering luidt dat als patiënten kosteloos naar zorgverleners kunnen gaan, zij zullen langsgaan voor onnodige consultaties die vervolgens kosten aan de sociale zekerheid.

Deze redenering strookt echter niet met de werkelijkheid. In de eerste lijn worden we vooral geconfronteerd met onderconsumptie en zorguitstel vanwege financiële redenen, niet zozeer overconsumptie. Het is dan ook bijzonder vreemd om patiënten te willen *remmen* wanneer ze op zoek zijn naar gepaste hulp. Mensen in armoede zijn zich bewust van de ware kostprijs van gezondheidszorg en patiënten zitten niet voor hun plezier in de wachtzaal. Het argument dat remgeld nodig is om patiënten af te remmen, houdt dan ook geen stand.

Onderzoek toont bovendien aan dat eigen zorgbetalingen geen goed instrument zijn om mensen te sturen en ertoe aan te zetten de middelen efficiënter te gebruiken en dat ze de inkomenssolidariteit die ingebouwd zit in de verplichte ziekteverzekering verlagen.¹⁰¹¹

Bepaalde groepen, zoals mensen met een lage socio-economische status, worden onevenredig zwaar belast door eigen betalingen, zoals het remgeld. Deze groep wordt zwaarder getroffen vanwege een hogere zorgbehoefte, grotere prijsgevoeligheid en beperkte financiële middelen vergeleken met andere inkomensgroepen.

Voor bepaalde kwetsbare groepen werden er al regelingen getroffen om hieraan tegemoet te komen. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming betalen 1 euro remgeld bij de huisarts wanneer zij een globaal medisch dossier (GMD) hebben, betalen minder remgeld

personen de plus van 23 jaar 11 euro modérateur de 11 euros pour une séance individuelle chez un psychologue ou orthopédiste clinicien, contre 2,50 euros pour une séance de groupe. Les montants précités sont réduits pour les patients ayant droit à une intervention majorée.

L'imputation d'un ticket modérateur au patient pour chaque consultation procède notamment d'une volonté de lutter contre la surconsommation de soins de santé. Le raisonnement est le suivant: si les patients peuvent se rendre gratuitement chez des prestataires de soins, ils le feront pour des consultations inutiles qui coûteront, *a posteriori*, à la sécurité sociale.

Ce raisonnement ne résiste toutefois pas à l'épreuve des faits. En première ligne, nous sommes surtout confrontés à une sous-consommation et à un report de soins pour des raisons financières, plutôt qu'à une surconsommation. Il est dès lors pour le moins étrange de vouloir freiner des patients qui sont à la recherche de soins appropriés. Les personnes en situation de pauvreté ont conscience du coût véritable des soins de santé, et ce n'est pas par plaisir que des patients se retrouvent dans une salle d'attente. L'argument selon lequel le ticket modérateur serait nécessaire pour freiner les patients ne tient donc pas la route.

Des études montrent en outre, d'une part, que les contributions personnelles ne sont pas un instrument adéquat pour infléchir les comportements et promouvoir une utilisation plus efficiente des moyens et, d'autre part, que ces contributions affaiblissent la solidarité des revenus intégrée dans l'assurance maladie obligatoire.¹⁰¹¹

Les contributions personnelles, telles que le ticket modérateur, pèsent de manière disproportionnée sur certains groupes, notamment les personnes à faible statut socioéconomique. Ce groupe est plus affecté en raison d'un besoin de soins plus élevé, d'une plus grande sensibilité aux coûts et de moyens financiers limités comparativement à d'autres groupes de revenus.

Des dispositions ont déjà été prises pour remédier à ce problème pour certains groupes vulnérables. Les patients bénéficiaires de l'intervention majorée paient un ticket modérateur d'un euro pour une visite chez leur médecin généraliste lorsqu'ils ont un dossier médical

¹⁰ KCE Reports 376As (2024)

¹¹ Bouckaert Nicolas, Maertens de Noordhout Charline, Van de Voorde Carine. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid. *Health Services Research (HSR)*. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334A

¹⁰ KCE Reports 376B (2024)

¹¹ Bouckaert Nicolas, Maertens de Noordhout Charline, Van de Voorde Carine. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334B

bij andere eerstelijnszorgverleners en kunnen in aanmerking komen voor een sociale maximumfactuur (MAF).

Deze selectieve maatregelen voor de laagste inkomens zijn een stap in de goede richting, maar blijven onvoldoende. De studie van het KCE stelt dat het beperken van de remgelden onvoldoende is om zorguitstel tegen te gaan.¹² Ook het WHO stelt dat veel Belgische huishoudens met een laag inkomen in aanmerking komen voor een afschaffing van het remgeld, maar dat niet iedereen er ook effectief de toegang toe heeft of gebruik van maakt vanwege administratieve belemmeringen.¹³

Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat ook mensen zonder verhoogde tegemoetkoming hoge gezondheidszorgkosten kunnen hebben en in een financieel moeilijke situatie kunnen zitten. Wanneer er maatregelen worden genomen met een strikte grens, zoals bij de verhoogde tegemoetkoming het geval is, dreigen deze mensen uit de boot te vallen.

Dit wetsvoorstel ijvert daarom naast de veralgemening van de derdebetalersregeling, ook voor een afschaffing van het remgeld in de eerste lijn. Om daartoe te komen brengt dit wetsvoorstel wijzigingen aan in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 1994. Het remgeld wordt afgeschaft bij alle geneeskundige verstrekkingen, zorg of hulp verricht door huisartsen, tandartsen, kinesisten, logopedisten, klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en voor de geneeskundige verstrekkingen door thuisverpleging bij huisbezoeken.

Met de uitbreiding van de derdebetalersregeling naar de volledige zorg, en het afschaffen van het remgeld in de eerstelijnszorg, wordt een bezoek aan eerstelijnszorgverleners volledig kosteloos voor de patiënt, terwijl de kosten in de tweede- en derdelijnszorg beperkt blijven tot het remgeld.

Welke kosten en opbrengsten brengt dit wetsvoorstel met zich mee?

Onze samenleving oordeelt dat onderwijs voor minderjarigen van zodanig maatschappelijk belang is, dat het aan iedereen kosteloos moet worden aangeboden. De kosten voor de organisatie van het onderwijs neemt

global (DMG), ils paient également un ticket modérateur moins élevé chez les autres prestataires de soins de première ligne et entrent en ligne de compte pour le MâF (maximum à facturer) social.

Ces mesures sélectives en faveur des revenus les plus bas sont un pas dans la bonne direction, mais restent insuffisantes. L'étude réalisée par le KCE affirme que la limitation des tickets modérateurs est insuffisante pour contrer le phénomène de report des soins.¹² L'OMS estime, elle aussi, que de nombreux ménages belges à faibles revenus entrent en ligne de compte pour une suppression du ticket modérateur, mais que tout le monde n'y a pas effectivement accès ou recours, en raison d'obstacles administratifs.¹³

Par ailleurs, il est important de souligner que des personnes non bénéficiaires de l'intervention majorée peuvent, elles aussi, être confrontées à des dépenses de soins de santé élevées et à des difficultés financières. Lorsque des mesures assorties d'un plafond strict sont prises, comme c'est le cas avec l'intervention majorée, ces personnes risquent d'être laissées sur le carreau.

C'est pourquoi la présente proposition de loi vise à généraliser le régime du tiers payant, mais également à supprimer le ticket modérateur pour les soins de première ligne. Pour réaliser cet objectif, elle apporte des modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités de 1994. Le ticket modérateur est supprimé pour l'ensemble des prestations de santé et soins dispensés par les médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens, ainsi que pour les prestations de soins infirmiers à domicile.

Avec l'élargissement du régime du tiers payant à l'ensemble des soins et la suppression du ticket modérateur pour les soins de première ligne, une consultation chez un prestataire de soins de première ligne sera totalement gratuite pour le patient, tandis que le coût des soins de deuxième et troisième lignes restera limité au ticket modérateur.

Quels sont les coûts et bénéfices de la présente proposition de loi?

Notre société estime que l'enseignement pour les mineurs est d'une telle importance sociale qu'il faut en garantir la gratuité pour tous. La société prend en charge les frais d'organisation de l'enseignement. Nous pensons

¹² KCE Reports 334As (2020)

¹³ WHO: *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium.* (2023)

¹² KCE Reports 334B (2020)

¹³ OMS: *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium.* (2023) (Les soins de santé sont-ils abordables? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Belgique. (2023))

de samenleving op zich. Wij menen dat de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg van hetzelfde maatschappelijk belang is. Gezondheidszorg is een basisrecht. Een veralgemening van het derdebetalers-systeem in de volledige gezondheidszorg en het afschaffen van het remgeld in de eerstelijns dragen bij aan een gezondheidszorg waar ieders recht op gezondheid wordt gerespecteerd.

Het realiseren van dit wetsvoorstel vraagt investeringen, die zich op termijn omzetten in besparingen in onze zorg in de vorm van gezondheidswinst. In de volgende alinea's volgt een overzicht van de directe en indirecte kosten, evenals de directe en indirecte besparingen.

Er komen geen directe kosten voort uit het veralgemenen van de derdebetalersregeling. Het geldt dat de huisarts eerder van de patiënt kreeg, wordt nu rechtstreeks via de ziekenfondsen uitbetaald. Het afschaffen van het remgeld brengt wel directe kosten met zich mee. Volgens budgettaire ramingen van zowel het Rekenhof, als het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV), zou het bedrag dat in 2019 nodig zou zijn geweest om het remgeld terug te betalen voor alle huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken 154 miljoen euro bedragen.¹⁴ De budgettaire impact van de afschaffing van remgelden in de volledige eerstelijnszorg is nog niet geraamd. De kost van de afschaffing van het remgeld is de grootste kost voortvloeiend uit dit wetsvoorstel.

Dit voorstel brengt naast enkele directe kosten, ook enkele indirecte kosten met zich mee. Zo vereist een snelle en efficiënte vergoeding van zorgverleners door de ziekenfondsen bij de uitbreiding van het derdebetalerssysteem de implementatie van een elektronisch facturatiesysteem. Dit systeem bestaat vandaag al, maar wordt nog niet door elke zorgverstrekker gebruikt. De verdere uitrol hiervan gaat gepaard met kosten en inspanningen, maar dit zijn investeringen die vroeg of laat onvermijdelijk zijn in de digitaliserende samenleving. Voor artsen wordt het systeem bijvoorbeeld verplicht toegepast vanaf september 2025. De implementatie van een elektronisch facturatiesysteem betreft een bijkomstige, eerder marginale uitgave.

Daarnaast stellen het Rekenhof en het RIZIV in hun adviezen over de afschaffing van het remgeld bij de huisarts dat het wegvallen van het financieel struikelblok bij veel patiënten zal leiden tot een toename van de huisartsbezoeken, meer voorschriften van geneesmiddelen, meer

que l'accessibilité des soins de santé de première ligne revêt le même intérêt pour la société. Les soins de santé constituent un droit fondamental. Une généralisation du système du tiers payant à l'ensemble des soins de santé et la suppression du ticket modérateur pour la première ligne contribueront à la mise en place de soins de santé garantissant à chacun le droit à la santé.

La mise en œuvre de la présente proposition de loi requiert des investissements qui, à terme, se traduiront par des économies dans nos soins de santé, sous la forme de gains en termes de santé. Les paragraphes qui suivent présentent un aperçu des coûts directs et indirects, ainsi que des économies directes et indirectes.

La généralisation du régime du tiers payant n'entraînera pas de coûts directs. L'argent que le médecin généraliste recevait auparavant du patient lui sera dorénavant versé directement par les mutualités. En revanche, la suppression du ticket modérateur entraînera des coûts directs. Selon des estimations budgétaires réalisées tant par la Cour des comptes que par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après: l'INAMI), le montant qu'il aurait fallu déboursier en 2019 pour rembourser le ticket modérateur de toutes les consultations chez les médecins généralistes ou à domicile s'élèverait à 154 millions d'euros.¹⁴ L'incidence budgétaire de la suppression du ticket modérateur dans l'ensemble des soins de première ligne n'a pas encore été évaluée. Le coût de la suppression du ticket modérateur est le coût le plus élevé résultant de la présente proposition de loi.

Outre quelques coûts directs, la proposition de loi induit également plusieurs coûts indirects. Ainsi, un remboursement rapide et efficace des prestataires de soins par les mutualités en cas de généralisation du système du tiers payant requiert la mise en œuvre d'un système de facturation électronique. Ce système existe déjà, mais tous les prestataires de soins ne l'utilisent pas encore. La poursuite de son déploiement implique des coûts et des efforts, mais dans une société en pleine numérisation, ce sont des investissements qui seront tôt ou tard inévitables. Pour les médecins, par exemple, le système deviendra obligatoire à partir de septembre 2025. La mise en œuvre d'un système de facturation électronique représente une dépense supplémentaire plutôt marginale.

Dans leurs avis sur la suppression du ticket modérateur chez le médecin généraliste, la Cour des comptes et l'INAMI affirment par ailleurs que la levée de l'obstacle financier que le ticket modérateur représente pour de nombreux patients entraînera une augmentation des

¹⁴ Adviezen van het Rekenhof en het RIZIV op wetsvoorstel 55K0476 van 15 december 2020.

¹⁴ Avis de la Cour des comptes et de l'INAMI sur la proposition de loi DOC 55 0476 du 15 décembre 2020.

verwijzingen naar specialistische geneeskunde en een mogelijk gevolg op het aantal opnames in ziekenhuizen. De verbeterde toegankelijkheid van de zorg zal leiden tot een toename van de zorgverlening, doordat mensen die eerder werden tegengehouden door een financiële drempel nu wel toegang hebben. Dat is uiteraard het opzet van dit wetsvoorstel. Het gaat erom onvervulde zorgnood te vervullen.

Deze investeringen leiden tot enkele besparingen, zowel direct als indirect.

Volgens het RIZIV en het Rekenhof brengt de afschaffing van het remgeld in de eerstelijnszorg een directe besparing met zich mee voor de ziekteverzekering. Deze besparing ontstaat door het lagere bedrag dat zal worden opgenomen in de tellers van de maximumfactuur. Als patiënten niet langer remgeld moeten betalen bij de eerste lijn, dalen hun jaarlijkse uitgaven en de kosten die nog volgen nadat het bedrag van de maximumfactuur is bereikt. Vervolgens daalt ook de tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De belangrijkste besparing is de gezondheidswinst die deze maatregelen kunnen opleveren. Voorkomen is beter dan genezen. Dit is een indirecte besparing op de lange termijn. Dit wetsvoorstel zorgt ervoor dat preventie wordt versterkt en dat ook de kwetsbare groepen die nu vaak door financiële drempels uit de boot vallen, worden bereikt. Een lagere drempel tot de gezondheidszorg, leidt ertoe dat mensen zich beter kunnen verzorgen en gezondheidsproblemen sneller worden opgepikt, wat leidt tot besparingen in onder meer de urgentiegeneeskunde en het gebruik van specialistische zorg. De maatregel verbetert preventie en zorgt ervoor dat laattijdige, ingrijpende en vaak duurdere ingrepen kunnen worden vermeden. Naast het RIZIV en het Rekenhof wijst ook een studie van het KCE hierop. In een forfaitair systeem, waarin patiënten geen eigen bijdragen hoeven te betalen, liggen de uitgaven voor tweedelijnszorg aanzienlijk lager dan in systemen met eigen betalingen. Dit geldt zowel voor doorverwijzingen naar specialistische zorg als voor ziekenhuisopnames. Ook de uitgaven voor medicijnen zijn in dit systeem minder hoog.¹⁵

Kortom, investeringen in een kosteloze eerste lijn en een meer toegankelijke tweede en derde lijn zijn maatregelen die zichzelf ruimschoots terugbetalen in

visites chez le médecin généraliste, des prescriptions de médicaments, des renvois vers des médecins spécialistes et peut-être du nombre d'hospitalisations. La meilleure accessibilité des soins se traduira par une augmentation des soins prodigués, dès lors que les personnes auparavant empêchées d'accéder à des soins en raison d'un obstacle financier y auront désormais accès. C'est évidemment le but poursuivi par la présente proposition de loi: combler un besoin de soins non satisfait.

Ces investissements induiront aussi quelques économies, tant directes qu'indirectes.

Selon l'INAMI et la Cour des comptes, la suppression du ticket modérateur pour les soins de première ligne se traduira par une économie directe pour l'assurance maladie. Cette économie résulte du montant plus faible qui sera inclus dans les compteurs du maximum à facturer. Si les patients ne doivent plus payer de ticket modérateur pour la première ligne, cela fera baisser leurs dépenses annuelles et les frais supportés ultérieurement après que le montant du maximum à facturer a été atteint. Par ailleurs, l'intervention de l'assurance soins de santé diminuera également.

L'économie principale est le gain en termes de santé que ces mesures pourront générer. Mieux vaut prévenir que guérir. Il s'agit d'une économie indirecte à long terme. La présente proposition de loi veille à renforcer la prévention et à atteindre également les groupes vulnérables qui, aujourd'hui, sont souvent laissés pour compte à cause d'obstacles financiers. En baissant le seuil d'accès aux soins de santé, on permet aux personnes de mieux se soigner et de détecter plus rapidement les problèmes de santé, ce qui conduit à des économies notamment dans la médecine d'urgence et les soins spécialisés. La mesure préconisée améliore la prévention et permet de prévenir des interventions tardives, lourdes et souvent plus chères. Cet aspect est mis en évidence non seulement par l'INAMI et par la Cour des comptes, mais aussi par une étude du KCE. Dans un système forfaitaire auquel les patients ne doivent pas contribuer personnellement, les dépenses pour les soins de deuxième ligne sont nettement plus faibles que dans des systèmes qui imposent une participation personnelle. Cela vaut aussi bien pour les renvois vers des soins spécialisés que pour les hospitalisations. Dans ce système, les dépenses en matière de médicaments sont, elles aussi, moins élevées.¹⁵

En résumé, investir dans des soins de première ligne gratuits et rendre une deuxième et une troisième lignes plus accessibles sont des mesures qui s'auto-remboursent

¹⁵ KCE Reports 85A (2008), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België.

¹⁵ KCE Reports 85B (2008), Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique.

de vorm van gezondheidswinst, die zowel de patiënt als de gehele samenleving ten goede komt.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2

Dit artikel schaft het remgeld af voor alle geneeskundige verstrekkingen, zorg of hulp verricht door huisartsen, tandartsen, kinesisten, logopedisten, klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en voor de geneeskundige verstrekkingen door thuisverpleging bij huisbezoeken.

Art. 3

Dit artikel veralgemeent de derdebetalersregeling voor alle geneeskundige verstrekkingen, zorg of hulp verricht door huisartsen, tandartsen, kinesisten, logopedisten, klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en voor de geneeskundige verstrekkingen door thuisverpleging bij huisbezoeken. In haar advies op wetsvoorstel 55K0476 wees de Raad van State erop dat de twee leden die onmiddellijk volgen op het veertiende lid van artikel 53, § 1, van die wet van 14 juli 1994, nutteloos worden wanneer het veertiende lid wordt aangepast zoals voorgesteld door artikel 3 van het wetsvoorstel. Daarom worden het vijftiende en het zestiende lid opgeheven.

Art. 4

Dit artikel bepaalt dat de wet in werking treedt op 1 januari 2026.

De Koning kan de datum van inwerkingtreding vastleggen op een latere datum. Hij mag de inwerkingtreding evenwel met maximaal 24 maanden voor bepaalde categorieën van zorgverstrekkers.

Natalie Eggermont (PVDA-PTB)
Sofie Merckx (PVDA-PTB)
Ayse Yigit (PVDA-PTB)
Nabil Boukili (PVDA-PTB)
Nadia Muscufo (PVDA-PTB)
Raoul Hedebouw (PVDA-PTB)
Robin Tonniau (PVDA-PTB)

largement sous la forme d'un gain en matière de santé, au bénéfice à la fois du patient et de l'ensemble de la société.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Cet article supprime le ticket modérateur pour l'ensemble des prestations de santé et soins dispensés par les médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues cliniciens et orthopédaogues cliniciens, ainsi que pour les prestations de soins infirmiers à domicile.

Art. 3

Cet article généralise l'application du régime du tiers payant à l'ensemble des prestations de santé et soins dispensés par les médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues cliniciens et orthopédaogues cliniciens, ainsi que pour les prestations de soins infirmiers à domicile. Dans son avis relatif à la proposition de loi n° 55-0476, le Conseil d'État fait observer que les deux alinéas qui suivent immédiatement l'alinéa 14 de l'article 53, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 deviennent sans objet si l'alinéa 14 est adapté comme le propose l'article 3 de la proposition de loi. Les alinéas 15 et 16 sont donc abrogés.

Art. 4

Cet article prévoit que la loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Le Roi peut fixer l'entrée en vigueur à une date ultérieure. Il peut toutefois reporter l'entrée en vigueur de 24 mois au maximum pour certaines catégories de prestataires de soins.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 20 december 2024, wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

“Voor alle geneeskundige verstrekkingen, zorg of hulp verricht door huisartsen, tandartsen, kinesisten, logopedisten, klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en voor de geneeskundige verstrekkingen door thuisverpleging bij huisbezoeken bedraagt de verzekeringstegemoetkoming de volledige overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld in artikel 42 en artikel 44, §§ 1 en 2, van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 50 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel.”

Art. 3

In artikel 53, § 1, van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het veertiende lid wordt vervangen als volgt:

“Vanaf 1 januari 2026 wordt de derdebetalersregeling verplicht voor de in artikel 34 beoogde, terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels voor de toepassing van het voorgaande lid.”;

2° het vijftiende lid wordt opgeheven;

3° het zestiende lid wordt opgeheven.

Art. 4

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2026.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een datum van inwerkingtreding bepalen na de datum in het eerste lid. Hij kan de inwerkingtreding

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, § 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 20 décembre 2024, il est inséré, avant le premier alinéa, un alinéa rédigé comme suit:

“Pour l'ensemble des prestations de santé et soins dispensés par les médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens, ainsi que pour les prestations de soins infirmiers à domicile, l'intervention de l'assurance représente l'intégralité des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés aux articles 42 et 44, §§ 1^{er} et 2, des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 ou des honoraires déterminés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier.”

Art. 3

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 14 est remplacé par ce qui suit:

“À partir du 1^{er} juillet 2026, l'application du régime du tiers payant est obligatoire pour les prestations de santé remboursées, visées à l'article 34. Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'application de l'alinéa précédent.”;

2° l'alinéa 15 est abrogé;

3° l'alinéa 16 est abrogé.

Art. 4

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

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer une date d'entrée en vigueur postérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1^{er}. Il peut reporter l'entrée

met maximaal 24 maanden uitstellen voor specifieke categorieën van zorgverleners.

22 januari 2025

Natalie Eggermont (PVDA-PTB)
Sofie Merckx (PVDA-PTB)
Ayse Yigit (PVDA-PTB)
Nabil Boukili (PVDA-PTB)
Nadia Muscufo (PVDA-PTB)
Raoul Hedeboom (PVDA-PTB)
Robin Tonniau (PVDA-PTB)

en vigueur de 24 mois au maximum pour des catégories spécifiques de prestataires de soins.

22 janvier 2025