

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

22 april 2025

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende
de verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen gecoördineerd op
14 juli 1994, voor wat betreft het schrappen
van het remgeld en de invoering
van de derde-betalersregeling
voor kinderen en jongeren**

(ingediend door de heer Jan Bertels)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

22 avril 2025

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative
à l'assurance obligatoire soins de santé et
indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,
en ce qui concerne la suppression
du ticket modérateur et l'instauration
du régime du tiers payant
pour les enfants et les jeunes**

(déposée par M. Jan Bertels)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe om het remgeld te schrappen voor kinderen en jongeren tot 24 jaar voor de consultaties bij hun vaste huisarts (houder van hun Globaal Medisch Dossier), en tevens voor deze consultaties een verplichte derdebetalersregeling in te voeren.

RÉSUMÉ

Cette proposition de loi vise à supprimer le ticket modérateur pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de vingt-quatre ans auprès de leur médecin généraliste attitré (détenteur de leur dossier médical global), et à introduire un régime du tiers payant obligatoire pour ces consultations.

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,

Dit voorstel neemt, met enkele aanpassingen, de tekst over van het voorstel DOC 55 1102/001.

1. Context

In een goede gezondheidszorg neemt de eerste lijn een cruciale plaats in. De huisarts(enpraktijk) staat centraal in het aansturen van de 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 (hierna: GMD) bijhouden. Ook dit is een essentieel instrument in het verzekeren van de kwaliteit, maar ook de doelmatigheid van onze zorg, doordat aldus dubbelonderzoeken worden vermeden.

2. Gezondheidsongelijkheid

“In 2022 gaf driekwart van de Belgen aan in goede of zeer goede gezondheid te verkeren, een percentage dat hoger ligt dan het EU-gemiddelde van 68 %. Net als in andere Europese landen gaven mensen met een lager inkomen minder vaak aan dat ze in goede gezondheid verkeren. Van de Belgische volwassenen gaf slechts 59 % in het laagste inkomenskwintiel aan in goede gezondheid te verkeren, tegenover 89 % in het hoogste kwintiel. Deze sociaaleconomische kloof is aanzienlijk groter dan in de meeste andere EU-landen.”¹ De gezondheidsongelijkheid in België blijft met andere woorden groot. Door financiële drempels voor de zorg af te bouwen kunnen we die ongelijkheid verkleinen.

3. Toegankelijkheid gezondheidszorg

“In 2022 was de door Belgen gemelde prevalentie van onvervulde medische zorgbehoeften laag, namelijk 1,0 %, vergeleken met het EU-gemiddelde van 2,2 %. De onvervulde behoeften waren echter onevenredig

¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), België: Landenprofiel Gezondheid 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend, en le modifiant, le texte de la proposition DOC 55 1102/001.

1. 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. 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 l'accès à 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 (ci-après: 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.

2. Inégalités en matière de santé

“En 2022, trois quarts des Belges se déclaraient en bonne ou très bonne santé – une part supérieure à la moyenne de l'UE (68 %). Comme dans d'autres pays européens, les personnes disposant de plus faibles revenus étaient moins susceptibles de se déclarer en bonne santé. Parmi les adultes belges, 59 % seulement des personnes du quintile de revenus inférieur se déclaraient en bonne santé contre 89 % dans le quintile supérieur. Cet écart socioéconomique est nettement plus important que dans la plupart des autres pays de l'Union.”¹ En d'autres termes, de fortes inégalités en matière de santé subsistent en Belgique. Nous pourrions réduire ces inégalités en éliminant les obstacles financiers qui compliquent l'accès aux soins.

3. Accessibilité des soins de santé

“En 2022, la prévalence des besoins médicaux non satisfaits déclarés par les Belges était faible (1,0 %) par rapport à la moyenne de l'UE (2,2 %) Cependant, les besoins non satisfaits étaient concentrés de manière

¹ OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Belgique: Profils de santé par pays 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

geconcentreerd onder individuen in het laagste inkomenskwintiel, van wie 2,8 % onvervulde behoeften meldde tegenover 0 % van de personen in het hoogste kwintiel.”

“Hoewel een iets bovengemiddeld aantal Belgen een vrijwillige ziekteverzekering heeft, bedraagt het aandeel van de eigen bijdragen nog steeds 18 % – een percentage dat hoger is dan het EU-gemiddelde van 15 %.”²

Belgen betalen met andere woorden nog steeds een stuk meer uit eigen zak voor hun gezondheidszorg dan de gemiddelde Europeaan. Bijna een kwart van die eigen bijdrage gaat naar ambulante zorg (24 %). Een gevolg daarvan is dat vooral kwetsbare patiënten (uit het laagste inkomenskwintiel) te kampen hebben met onvervulde zorgnoden.

4. Ons voorstel

Ons voorstel beoogt het kosteloos maken van consultaties bij de vaste huisarts voor kinderen en jongeren tot 24 jaar. Enerzijds wordt de derde-betalersregeling verplicht voor een beperkt aantal nomenclatuurnummers (consultaties bij de huisarts) voor elke jongere met een GMD en daarnaast wordt hiervoor ook het persoonlijk aandeel geschrapt.

a. Derde-betaler

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 van bewust is. In het verleden werd voor rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming eerst een recht op, en nadien een verplichte, derde-betaler ingevoerd.

Vervolgens werd het recht op de derde-betalersregeling uitgebreid naar alle burgers, ongeacht het recht op de verhoogde tegemoetkoming.

² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), België: Landenprofiel Gezondheid 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

disproportionnée parmi les personnes du quintile de revenus inférieur, dont 2,8 % déclaraient des besoins non satisfaits contre 0 % parmi le quintile supérieur.”

“Si une proportion de Belges légèrement supérieure à la moyenne possède une assurance maladie volontaire, la part des dépenses non remboursées est néanmoins de 18 % – une proportion supérieure à la moyenne de l’UE (15 %).”²

En d’autres termes, la contribution personnelle des Belges à leurs soins de santé reste nettement supérieure à celle de l’Européen moyen. Près d’un quart de cette contribution personnelle est consacré aux soins ambulatoires (24 %). Il en résulte, entre autres, que les personnes confrontées à des besoins de soins non satisfaits sont surtout des patients vulnérables (du quintile de revenus inférieur).

4. 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 vingt-quatre ans. D’une part, le régime du tiers payant est rendu obligatoire pour un nombre limité de numéros de nomenclature (consultations chez le généraliste) pour les jeunes qui ont un DMG. D’autre part, l’intervention personnelle est également supprimée.

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.

Par la suite, le droit au régime du tiers payant a été étendu à tous les citoyens, qu’ils aient droit ou non à l’intervention majorée.

² OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Belgique: Profils de santé par pays 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

Met dit wetsvoorstel wordt een stap verdergezet door de derde-betalersregeling ook voor jongeren (jonger dan 24 jaar) te verplichten.

b. *Schrapping remgeld*

Maar ons voorstel strekt verder dan enkel de invoering van een derde-betalersregeling. We schrappen ook het remgeld. Net zoals we dat in het verleden reeds deden voor patiënten onder de 24 met een recht op een verhoogde tegemoetkoming. Zo nemen we elke mogelijke drempel weg, ook voor wie vandaag net buiten het recht op de verhoogde tegemoetkoming valt. 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.

c. *Kostprijs*

In tegenstelling tot wat vaak wordt beweerd, werken zowel de derde-betalersregeling als het kosteloos consulteren overconsumptie niet in de hand. Vergelijkingen tussen de forfaitaire medische huizen en de prestatiege-neeskunde tonen 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 de terug-betaling van het remgeld. De maatregel heeft wel een effect bij de laagste inkomensgroep, maar in dat geval gaat het eerder over het wegnemen van de ondercon-sumptie dan wel het stimuleren van de overconsumptie.

Gelukkig zijn kinderen en jongeren over het algemeen gezond. Het aantal consultaties bij de huisarts in deze leeftijdsgroep is dan ook beperkt.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Art. 2

Dit artikel schrapt het remgeld voor kinderen en jongeren (tot 24 jaar) voor de raadplegingen bij de huisarts die houder is van hun Globaal Medisch Dossier.

La présente proposition de loi va plus loin en rendant également le tiers payant obligatoire pour les jeunes (de moins de 24 ans).

b. *Suppression du ticket modérateur*

Notre proposition ne se limite toutefois pas à introduire un régime du tiers payant puisque nous supprimons également le ticket modérateur, comme nous l'avons fait par le passé pour les patients de moins de 24 ans qui bénéficient de l'intervention majorée. De cette manière, nous éliminons tous les obstacles possibles, y compris pour ceux qui ne satisfont pas, de peu, aux conditions pour bénéficier de l'allocation majorée à l'heure actuelle. Nous améliorons par ailleurs 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.

c. *Coût*

Contrairement à ce que l'on prétend souvent, ni le régime du tiers payant ni la gratuité de la consultation ne favorisent la surconsommation. 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 chez le généraliste est dès lors limité dans cette catégorie d'âge.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2

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

Art. 3

Dit artikel verplicht de derde-betalersregeling voor kinderen en jongeren (tot 24 jaar) voor de raadplegingen bij de huisarts die houder is van hun Globaal Medisch Dossier.

Art. 4

Dit artikel bepaalt de inwerkingtreding.

Jan Bertels (Vooruit)

Art. 3

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

Art. 4

Cet article fixe l'entrée en vigueur.

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 koninklijk besluit van 3 oktober 2011, wordt de bepaling onder 2°, opgeheven bij koninklijk besluit van 19 februari 2013, hersteld als volgt:

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

Art. 3

In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij wet van 18 mei 2022, wordt tussen het zestiende en zeventiende lid, dat het achttiende lid wordt, een lid ingevoegd, luidende:

“De toepassing van de derde-betalersregeling 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, bedoeld in artikel 2 B 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 vierentwintigste verjaardag.”

Art. 4

Deze wet treedt in werking de zesde maand die volgt na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

PROPOSITION DE LOI

Art. 1

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 l'arrêté royal du 3 octobre 2011, le 2°, abrogé par l'arrêté royal du 19 février 2013, est rétabli dans la rédaction suivante:

“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 vingt-quatrième anniversaire.”

Art. 3

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 18 mai 2022, il inséré, entre l'alinéa 16 et l'alinéa 17, qui deviendra l'alinéa 18, un alinéa rédigé comme suit:

“Pour les consultations désignées par les numéros d'ordre 101010, 101032, 101054 et 101076, l'application du tiers payant est obligatoire pour tous les bénéficiaires pour lesquels est effectuée la prestation désignée par le numéro d'ordre 102771 visée à l'article 2 B 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 vingt-quatrième anniversaire.”

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le premier jour du sixième mois suivant celui de sa publication au *Moniteur belge*.

De Koning kan een datum van inwerkingtreding bepalen die voorafgaat aan de datum vermeld in het eerste lid.

2 april 2025

Jan Bertels (Vooruit)

Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1^{er}.

2 avril 2025