

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2024

22 augustus 2024

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende  
de verplichte verzekering  
voor geneeskundige verzorging en  
uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,  
met het oog op een veralgemeende  
verplichting van de toepassing  
van de derdebetalersregeling**

(ingediend door mevrouw Petra De Sutter c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2024

22 août 2024

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative  
à l'assurance obligatoire  
soins de santé et indemnités  
coordonnée le 14 juillet 1994  
en vue d'une obligation généralisée  
d'application du régime  
du tiers payant**

(déposée par Mme Petra De Sutter et consorts)

SAMENVATTING

*Dit wetsvoorstel strekt ertoe de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling in de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden naar alle terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen die werden verricht door alle categorieën van zorgverleners en voor alle rechthebbenden. Het behelst de mogelijkheid om binnen bepaalde perken de datum van inwerkingtreding te doen variëren naargelang van de categorie zorgverleners.*

RÉSUMÉ

*Cette proposition de loi a pour objet d'étendre l'application obligatoire du régime du tiers payant dans l'assurance maladie à l'ensemble des prestations de santé remboursées, effectuées par toutes les catégories de dispensateurs de soins et pour tous les ayants droit. Elle prévoit la possibilité, dans certaines limites, de différencier la date d'entrée en vigueur en fonction de la catégorie de dispensateurs 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 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer                                                   | DOC 56 0000/000                                     | Document de la 56 <sup>e</sup> 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 toespraken (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 derdebetalersregeling zorgt ervoor dat patiënten enkel hun deel van de kosten – het zogenaamde remgeld – aan de zorgverlener betalen. Het resterende gedeelte betalen de verzekeringsinstellingen rechtstreeks aan de zorgverleners en moet dus niet door de rechthebbende worden voorgeschoten.

De toepassing van de derbetalersregeling wordt omschreven in artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De nadere toepassingsregels zijn vervat in het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling.

Sinds 1 januari 2022 kunnen alle zorgverleners de derbetalersregeling toepassen voor al hun patiënten en voor alle geneeskundige verstrekkingen. In de meeste gevallen ligt de keuze dus bij de zorgverlener zelf, zonder veralgemeende verplichting.

Toch is in een aantal gevallen de derdebetalersregeling wel verplicht, 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.

Voor verzekerden in kwetsbare sociaaleconomische situaties kan het verplicht voorschieten van de volledige bedragen een financiële hindernis voor gezondheidszorg vormen. In de praktijk volgen die financiële belemmeringen qua toegang tot gezondheidszorg een sociale gradiënt. Naarmate de sociaaleconomische omstandigheden van mensen verbeteren, hebben zij financieel ook makkelijker toegang tot gezondheidszorg en omgekeerd. Daarom beoogt dit wetsvoorstel de derdebetalersregeling uit te breiden tot de hele bevolking.

Een WHO-rapport uit 2023, *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*, van de hand van Nicolas Bouckaert, Charline Maertens de Noordhout en Carine Van de Voorde, beveelt daarom aan om af te stappen van terugbetalingen waarbij de patiënt eerst moet voorschieten en achteraf terugbetaald wordt. Daarentegen beveelt het aan om

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le système du tiers-payant garantit que les patients ne paient que leur part des frais au dispensateur de soins, soit le ticket modérateur. La partie restante est payée par les institutions d'assurance directement aux dispensateurs de soins et ne doit donc pas être avancée par l'ayant droit.

L'application du régime du tiers-payant est définie à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Les modalités d'application sont reprises dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, tous les dispensateurs de soins peuvent appliquer le régime du tiers-payant à chaque patient et à chaque prestation de santé. Dans la plupart des cas, le dispensateur de soins a donc le choix de l'appliquer ou non, sans obligation généralisée.

Toutefois, il existe un certain nombre de cas où le système de tiers-payant s'applique obligatoirement. Il s'agit notamment des prestations de soins chez les médecins généralistes pour les bénéficiaires d'une intervention majorée (à l'exception des visites à domicile), des consultations à distance des médecins, de certaines prestations chez les dentistes et du matériel de stomie chez les bandagistes.

Pour les assurés en situation socio-économique précaire, le fait de devoir avancer l'intégralité des montants peut constituer un obstacle financier à l'accès aux soins de santé. En réalité, les difficultés financières d'accès aux soins de santé évoluent sur un gradient social. À mesure que les conditions socio-économiques des individus s'améliorent, l'accès financier aux soins de santé s'améliore; et inversement. C'est pour cette raison que cette proposition de loi vise à généraliser le tiers-payant à toute la population.

Un rapport de l'OMS de 2023 intitulé *"Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium"*, rédigé par Nicolas Bouckaert, Charline Maertens de Noordhout et Carine Van de Voorde, recommande donc de s'éloigner des systèmes de remboursement où le patient doit d'abord avancer la somme et est remboursé par la suite. Le rapport recommande

de derdebetalersregeling verplicht toe te passen op alle gezondheidsdiensten in het verzekerde pakket.

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is een blijvend aandachtspunt voor België, zoals blijkt uit verschillende deskundigenrapporten.

In het KCE-rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem uit 2024 blijkt bijvoorbeeld dat het aandeel Belgen dat zorg om financiële redenen uitstelt of eraan verzaakt in de loop van de tijd sterk is toegenomen en ondanks een recente verbetering hoog blijft. Voor medische zorg – vooral de specialistische – steeg het aantal gevallen van uitstel van 0,5 % van de volwassen bevolking in 2008 naar 2,3 % in 2016; in 2022 ging het nog steeds om 0,9 %. Voor tandzorg gaat het om een stijging van 1,6 % in 2008 naar 3,74 % in 2016 en nog steeds 2,5 % in 2022. De recente resultaten van deze indicator zijn slechter dan in onze buurlanden. Opmerkelijk is dat ook de gezinnen met hogere inkomens tandzorg uitstellen; ook voor hen kan de toegankelijkheid op dit vlak dus beter.

In dat rapport wijst het KCE (op bladzijde 146 van de Nederlandstalige versie) op het belang van de derdebetalersregeling voor de toegankelijkheid van de zorg en in het bijzonder op de rol die de regeling zou kunnen spelen in de specialistische en tandheelkundige zorg: “De conclusie dat de toegang tot huisartsenzorg billijker is dan tot ambulante specialistische en tandheelkundige zorg kan ten minste gedeeltelijk worden verklaard door resultaten van andere indicatoren, zoals de lage conventiepercentages van specialisten en tandartsen ten opzichte van huisartsen (indicatoren A-8 en A-9), het aandeel eigen betalingen dat bijzonder hoog is voor tandheelkundige zorg (als gevolg van supplementen en niet-gedekte diensten, indicator A-2), en door de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling in de huisartsenzorg voor begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming.”

Dit wetsvoorstel ligt ook in lijn met de aanbevelingen van de experten uit het KCE-rapport van 2020 (De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid), waarin te lezen staat: “Zorg waarbij er geen of een lage directe betaling is op het moment van gebruik is billijker verdeeld. De toepassing van de verplichte derdebetalersregeling zou daarom voor financieel zwakke groepen moeten uitgebreid worden naar tandartsen, specialisten en andere soorten zorg waarvoor toegankelijkheidsproblemen worden vastgesteld.”

Daarom strekt dit wetsvoorstel ertoe de verplichte derdebetalersregeling uit te breiden naar alle terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen die worden

d’appliquer obligatoirement le système du tiers payant à tous les services de santé dans le paquet assuré.

L’accessibilité des soins de santé est une préoccupation constante en Belgique, comme le montrent plusieurs rapports d’experts.

Le rapport du KCE sur la performance du système de santé belge à l’horizon 2024, par exemple, montre que la proportion de Belges qui reportent ou renoncent à des soins pour des raisons financières a fortement augmenté au fil du temps et reste élevée malgré une amélioration récente. Pour les soins médicaux, en particulier les soins spécialisés, il s’agit d’une augmentation du report de soins de 0,5 % de la population adulte en 2008 à 2,3 % en 2016 et qui reste à 0,9 % en 2022. Pour les soins dentaires, il s’agit d’une augmentation de 1,6 % en 2008 à 3,74 % en 2016 et qui reste à 2,5 % en 2022. Les résultats récents de cet indicateur sont moins bons que dans les pays voisins. Il est à noter que les familles ayant des revenus plus élevés reportent également les soins dentaires, de sorte que l’accessibilité dans ce domaine pourrait être meilleure pour elles aussi.

Dans ce rapport, à la p. 158 dans la version française, on constate l’importance du système de tiers-payant dans l’accessibilité aux soins, et en particulier le rôle que ce système pourrait jouer dans les soins spécialisés et dentaires: “La conclusion selon laquelle l’accès aux soins de médecine générale est plus équitable que l’accès aux soins ambulatoires spécialisés et aux soins dentaires peut s’expliquer au moins en partie par les résultats d’autres indicateurs, tels que les faibles taux d’adhésion à la convention des médecins spécialistes et des dentistes en comparaison avec les médecins généralistes (indicateurs A-8 et A-9) et la part des contributions personnelles particulièrement élevée pour les soins dentaires (en raison des suppléments et des services non couverts, indicateur A-2), mais aussi par l’application obligatoire du tiers-payant en médecine générale pour les BIM.”

Cette proposition de loi est également conforme aux recommandations des experts du rapport 2020 du KCE intitulé “*The Performance of the Belgian Health System*”, qui stipule ce qui suit: “Les soins pour lesquels le patient ne doit pas s’acquitter d’un paiement direct – ou alors peu élevé – sont répartis de façon plus équitable. Par conséquent, l’application du tiers-payant obligatoire pour les groupes financièrement vulnérables devrait être étendu aux dentistes, spécialistes et autres soins pour lesquels des problèmes d’accessibilité ont été constatés.”

Par conséquent, cette proposition de loi vise à étendre le système de tiers-payant obligatoire à l’ensemble des prestations de santé remboursées, effectuées par toutes

verricht door alle categorieën van zorgverleners en voor alle rechthebbenden.

Aangezien de uitrol van de derdebetalersregeling een elektronisch facturatiesysteem veronderstelt en het tempo waarin die elektronische facturatie wordt uitgerold verschilt naargelang van de beroepsgroep en de categorie van zorgverleners, bevat dit wetsvoorstel tot slot de mogelijkheid om de datum van inwerkingtreding te differentiëren naar de categorie van zorgverleners. Niettemin moet de derdebetalersregeling uiterlijk op 1 januari 2027 algemeen van toepassing zijn.

Petra De Sutter (Ecolo-Groen)  
Rajae Maouane (Ecolo-Groen)  
Staf Aerts (Ecolo-Groen)  
Meyrem Almaci (Ecolo-Groen)  
Sarah Schlitz (Ecolo-Groen)  
Dieter Vanbesien (Ecolo-Groen)  
Matti Vandemaele (Ecolo-Groen)  
Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen)  
Stefaan Van Hecke (Ecolo-Groen)

les catégories de dispensateurs de soins et pour tous les ayants droit.

Enfin, comme la mise en œuvre du tiers payant suppose un système de facturation électronique et que le rythme de mise en œuvre de cette facturation électronique varie selon les professions et les catégories de prestataires de soins, la proposition de loi prévoit la possibilité de différencier la date d'entrée en vigueur selon la catégorie de prestataires de soins. Toutefois, la date limite d'application générale du système de tiers payant est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2027.

**WETVOORSTEL****Artikel 1**

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

**Art. 2**

In artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het veertiende lid wordt vervangen door:

“Vanaf 1 januari 2025 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. 3**

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2025.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum van inwerkingtreding met maximaal 24 maanden uitstellen voor specifieke categorieën van zorgverleners.

Petra De Sutter (Ecolo-Groen)  
 Rajae Maouane (Ecolo-Groen)  
 Staf Aerts (Ecolo-Groen)  
 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen)  
 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen)  
 Dieter Vanbesien (Ecolo-Groen)  
 Matti Vandemaele (Ecolo-Groen)  
 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen)  
 Stefaan Van Hecke (Ecolo-Groen)

**PROPOSITION DE LOI****Article 1<sup>er</sup>**

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

**Art. 2**

Dans l'article 53, § 1<sup>er</sup>, 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 29 novembre 2022, les modifications suivantes sont apportées:

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

“À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025, 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. 3**

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, reporter la date d'entrée en vigueur de 24 mois au maximum pour des catégories spécifiques de dispensateurs de soins.