

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

23 juli 2026

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990
betreffende de ziekenfondsen en
de landsbonden van ziekenfondsen,
om de tenlasteneming
van het wettelijk persoonlijk aandeel
via de aanvullende diensten
te verbieden**

Advies van het Rekenhof

*Zie:*Doc 56 **1555/ (2025/2026):**

001: Wetsvoorstel van de dames Bertrand en De Knop.

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

23 juillet 2026

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi du 6 août 1990
relative aux mutualités et
aux unions nationales de mutualités
en vue d'interdire aux mutualités
d'inclure la prise en charge
de l'intervention personnelle
dans leurs services complémentaires**

Avis de la Cour des comptes

*Voir:*Doc 56 **1555/ (2025/2026):**

001: Proposition de loi de Mmes Bertrand et De Knop.

04316

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
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

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



Advies van het Rekenhof

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen om de tenlasteneming van het wettelijk aandeel via de aanvullende diensten te verbieden

DOC 56/1555/001



Adviesvraag

Het wetsvoorstel DOC nr. 56/1555/001 werd ingediend op 20 mei 2026.

Het Rekenhof ontving op 8 juni 2026 een brief van de heer Peter De Roover, voorzitter van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, met de vraag om – op verzoek van de Commissie Sociale Zaken, Werk en Pensioenen – de budgettaire impact te ramen die de goedkeuring van dit wetsvoorstel als gevolg zou hebben.

Het gaat om een adviesvraag overeenkomstig artikel 79, eerste lid, van het Reglement van de Kamer.

De algemene vergadering van het Rekenhof keurde dit advies goed op 22 juli 2026.

1. Inhoud van het wetsvoorstel

De verzekeringsinstellingen staan voor de uitvoering van de ZIV-wetgeving¹ waaronder de (terug)betaling van kosten voor gezondheidszorgen aan hun leden. De hoogte van die terugbetaling varieert naargelang het statuut van de verzekerde maar er is altijd een persoonlijk aandeel voor de verzekerde dat als doel heeft medische overconsumptie tegen te gaan. Sommige ziekenfondsen nemen echter via de aanvullende verzekering een deel van dat persoonlijk aandeel zelf ten laste.

De indieners van dit wetsvoorstel vrezen dat deze praktijk de consumptie van geneeskundige verzorging (verder het zorggebruik) aantrekt en willen de wet op de ziekenfondsen wijzigen zodat de tenlasteneming van het persoonlijk aandeel door het ziekenfonds wordt verboden. Een uitzondering zou worden voorzien voor rechthebbenden onder de 18 jaar waarvoor bij koninklijk besluit een maximaal percentage voor de tussenkomst zou kunnen worden vastgelegd.

¹ Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994



Voor de opmaak van dit advies heeft het Rekenhof informatie ingewonnen bij het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Controledienst der Ziekenfondsen CDZ). Deze laatste werkt aan een inventaris van diensten die worden aangeboden via de aanvullende verzekering. In dit advies zijn de voorlopige resultaten hiervan gebruikt.

Dit wetsvoorstel houdt nog geen rekening met het ontwerp van hervormingspact met de ziekenfondsen waarin een bepaling is opgenomen die de terugbetaling van remgelden via de aanvullende verzekering verbiedt².

2. Budgettaire impact

2.1. Rechtstreekse impact op de verplichte ziekteverzekering

De tenlasteneming van remgelden door een aantal ziekenfondsen is voor rekening van de aanvullende verzekering die aan het lidmaatschap is gekoppeld. Bijgevolg is er geen rechtstreekse impact op het budget van de verplichte ziekteverzekering.

2.2 Onrechtstreekse impact op de verplichte verzekering

Zoals de indieners van het wetsontwerp beamen, kan er wel een onrechtstreekse impact bestaan tussen enerzijds het bedrag van de remgelden dat ziekenfondsen ten laste nemen en anderzijds het zorggebruik. Een afschaffing van die tenlasteneming door de ziekenfondsen zou het zorggebruik doen dalen met aldus mindere uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering tot gevolg. Het Rekenhof kan die onrechtstreekse impact echter om diverse redenen niet berekenen.

Ontbrekende gegevens

Noch bij het RIZIV noch bij de CDZ zijn voldoende gegevens beschikbaar.

Het RIZIV meldt zelf slechts een beperkt zicht te hebben op de aard en omvang van deze terugbetalingen binnen de aanvullende diensten van de ziekenfondsen.

De CDZ heeft wel een inventaris. Op basis van de voorlopige resultaten blijken 17 ziekenfondsen dergelijke terugbetalingen aan te bieden. De modaliteiten van de terugbetalingsregeling kunnen sterk verschillen. Deze kan beperkingen hebben, bv. inzake bepaalde types van gezondheidsproblemen, bepaalde types van zorg, de leeftijdscategorie van de verzekerde en de woonplaats van de verzekerde, of een combinatie. Soms wordt een vrijstelling bepaald, waardoor de tenlasteneming voor bepaalde prestaties hetzelfde effect heeft als een verlaagde maximumfactuur. Al die verrichtingen in de aanvullende verzekering worden echter in de jaarrekening van de ziekenfondsen geboekt onder prestaties aan de leden en zijn niet te herleiden tot een bepaald type product of dienst.

Ongekende correlatie tussen de hoogte van het remgeld en het zorggebruik

De relatie tussen de hoogte van het remgeld en het zorggebruik is niet gekend en kan evenmin worden berekend. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft een aanbeveling geformuleerd om meer onderzoek te doen naar de gedragseffecten van een remgeldverandering op het gebruik van zorg³ maar het Rekenhof heeft geen kennis van het mogelijk gevolg dat hieraan is gegeven. De

² Zie https://vandenbroucke.belgium.be/sites/default/files/2026-05/Hervormingspact_ziekenfondsen_DEF.pdf

³ KCE, De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid, 2020, synthese p.48. Zie <https://www.kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-evaluatie-van-de-billijkheid>



bestaande studies tonen wel aan dat er ook andere factoren zoals uitgestelde zorg een rol spelen.

Ontbrekende invulling van de uitzondering voor rechthebbenden onder de 18 jaar

De uitgaven van de aanvullende verzekering die volgens het wetsvoorstel worden uitgesloten van het verbod zullen bij koninklijk besluit worden vastgesteld en zijn dus ook nog niet gekend.

3. Conclusie

Het Rekenhof benadrukt dat de vermindering van het remgeld door sommige ziekenfondsen geen rechtstreekse impact heeft op de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering, maar bevestigt dat een onrechtstreekse impact plausibel is.

Die onrechtstreekse financiële impact op de ziekteverzekering door een mogelijk gewijzigd zorggebruik kan niet worden geraamd door ontbrekende gegevens en onduidelijkheid over het verband tussen wijzigingen van het remgeld en het zorggebruik.



Avis de la Cour des comptes

Proposition de loi modifiant la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités en vue d'interdire aux mutualités d'inclure la prise en charge de l'intervention personnelle dans leurs services complémentaires

DOC 56 1555/001



Demande d'avis

La proposition de loi DOC 56 1555/001 a été déposée le 20 mai 2026.

Le 8 juin 2026, la Cour des comptes a reçu une lettre du président de la Chambre des représentants adressée à la demande de la commission des Affaires sociales, de l'Emploi et des Pensions, invitant la Cour à estimer l'incidence budgétaire qui découlerait de l'adoption de la proposition de loi.

Il s'agit d'une demande d'avis adressée en application de l'article 79, alinéa 1^{er}, du règlement de la Chambre.

L'assemblée générale de la Cour des comptes a approuvé cet avis le 22 juillet 2026.

1. Objet de la proposition de loi

Les organismes assureurs sont chargés de la mise en œuvre de la législation AMI¹, notamment du paiement (remboursement) des frais de soins de santé à leurs affiliés. Si le montant de ce remboursement varie en fonction du statut de l'assuré, celui-ci doit toujours s'acquitter d'une intervention personnelle, qui vise à lutter contre la consommation excessive de soins médicaux. Certaines mutualités prennent toutefois en charge une partie de cette intervention personnelle via l'assurance complémentaire.

Les auteurs de cette proposition de loi craignent que cette pratique encourage la consommation de soins médicaux (ci-après : « recours aux soins ») et souhaitent modifier la loi sur les mutualités afin d'interdire la prise en charge par celles-ci de l'intervention personnelle. Une exception serait prévue pour les ayants droit de moins

¹ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.



de 18 ans, pour lesquels un pourcentage maximum d'intervention pourrait être fixé par arrêté royal.

Pour rédiger le présent avis, la Cour des comptes a recueilli des informations auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et de l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Ce dernier élabore actuellement un inventaire des services proposés dans le cadre de l'assurance complémentaire. Le présent avis en utilise les résultats provisoires.

Cette proposition de loi ne tient pas encore compte du projet de pacte de réforme des mutualités, qui comprend une disposition interdisant le remboursement des tickets modérateurs par le biais de l'assurance complémentaire².

2. Incidence budgétaire

2.1. Incidence directe sur l'assurance maladie obligatoire

La prise en charge des tickets modérateurs par certaines mutualités est pour le compte de l'assurance complémentaire liée à l'affiliation. Par conséquent, il n'y a pas d'incidence directe sur le budget de l'assurance maladie obligatoire.

2.2 Incidence indirecte sur l'assurance obligatoire

Comme le reconnaissent les auteurs de la proposition de loi, il peut toutefois y avoir une incidence indirecte entre, d'une part, le montant des tickets modérateurs pris en charge par les mutualités et, d'autre part, le recours aux soins. La suppression de cette prise en charge par les mutualités entraînerait une diminution du recours aux soins, qui se traduirait par une baisse des dépenses pour l'assurance maladie obligatoire. La Cour des comptes ne peut toutefois pas calculer cette incidence indirecte, et ce pour diverses raisons.

Données manquantes

Ni l'Inami ni l'OCM ne dispose de données suffisantes.

L'Inami indique lui-même n'avoir qu'une vue limitée sur la nature et l'ampleur de ces remboursements dans le cadre des services complémentaires des mutualités.

L'OCM dispose toutefois d'un inventaire. D'après les résultats provisoires, il s'avère que dix-sept mutualités proposent de tels remboursements. Les modalités du système de remboursement peuvent varier considérablement. Celui-ci peut comporter des restrictions, par exemple concernant certains types de problèmes de santé, certaines catégories de soins, la tranche d'âge de l'assuré et son lieu de résidence, ou une combinaison de ces éléments. Une exonération est parfois prévue, de sorte que la prise en charge de certaines prestations a le même effet qu'une diminution du maximum à facturer. Toutes ces opérations relevant de l'assurance complémentaire sont toutefois comptabilisées dans les comptes annuels des mutualités comme prestations aux affiliés et ne peuvent pas être rattachées à un type particulier de produit ou de service.

² Voir https://vandenbroucke.belgium.be/sites/default/files/2026-05/Pacte-de-reforme_DEF.pdf



Corrélation inconnue entre le montant du ticket modérateur et le recours aux soins

La relation entre le montant du ticket modérateur et le recours aux soins n'est pas connue et ne peut pas non plus être calculée. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a formulé une recommandation visant à approfondir les recherches quant aux effets sur le comportement de recours au soin d'une modification du ticket modérateur³, mais la Cour des comptes n'a pas connaissance des suites qui auraient pu être données à cette recommandation. Les études existantes montrent toutefois que d'autres facteurs, tels que le report des soins, jouent également un rôle.

Absence de vision quant à l'exception applicable aux ayants droit de moins de 18 ans

Les dépenses de l'assurance complémentaire qui, selon la proposition de loi seront exclues de l'interdiction, seront fixées par arrêté royal et ne sont donc pas encore connues non plus.

3. Conclusion

La Cour des comptes souligne que la diminution du ticket modérateur appliquée par certaines mutualités n'a pas d'incidence directe sur les dépenses de l'assurance maladie obligatoire, mais confirme qu'une incidence indirecte est plausible.

Cette incidence financière indirecte sur l'assurance maladie, résultant d'une éventuelle modification du recours aux soins, ne peut pas être estimée en raison de l'absence de données et du manque de clarté quant au lien entre les modifications du ticket modérateur et le recours aux soins.

³ KCE, Performance du système de santé belge : évaluation de l'équité, 2020, synthèse p. 51. Voir <https://www.kce.fgov.be/fr/health-system-performance-assessment-wie-gerecht-ist-das-belgische-gesundheitssystem-o>