

61798/21

SERVICE PUBLIC FEDERAL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST

SECURITE SOCIALE

CONSEIL D'ETAT
LEGISLATION

SOCIALE ZEKERHEID

05-07-2017

RAAD VAN STATE
WETGEVING

Arrêté royal du XX XX 2016 portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 53, §1^{er}, alinéa 13, modifié en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé;

Vu l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant;

Vu le règlement du 29 décembre 1986 pris en exécution de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 34quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 14 septembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 19 septembre 2016;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 25 novembre 2016 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10

Koninklijk besluit van XX XX 2016 houdende wijziging van 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

FILIP, Koning der Belgen,

***Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
Onze Groet.***

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 53, §1, dertiende lid, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid;

Gelet op 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;

Gelet op de verordening van 29 december 1986 genomen in uitvoering van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 34quater, vierde lid, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 14 september 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 19 september 2016;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 25 november 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van

février 2017;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative ;

Vu l'avis XXXXX du Conseil d'Etat, donné le XX XX 2016, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales, et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :

Article 1er. Dans l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

“En ce qui concerne les prestations octroyées par un médecin généraliste à un bénéficiaire dont il gère le dossier médical global, l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent est remplie par la vérification de l'identité du bénéficiaire au moment de l'ouverture du dossier médical global, telle que visée à l'article 5 ou 8 de l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global, d'une part, et au moment de la prolongation du dossier médical global, telle que visée à l'article 9 du même arrêté, d'autre part. »

Art. 2. Dans le chapitre V du même arrêté, il est inséré une section 1re, comportant les articles 6 et 7, rédigée comme suit :

« Section 1re. Tiers payant obligatoire »

Art. 3. L'article 6 du même arrêté est complété par deux alinéas, rédigés comme suit :

“On entend par « l'intervention de l'assurance dans le prix de la journée d'entretien et les prestations y assimilées » :

- 1) l'intervention de l'assurance dans le montant par admission et le montant par jour dans un établissement hospitalier;
- 2) les montants alloués en application de l'article 4 de la convention nationale conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes

Begroting, d.d. 10 februari 2017;

Gelet op de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op het advies XXXXX van de Raad van State, gegeven op XX XX 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

Artikel 1. In artikel 3, §1 van 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, wordt het tweede lid vervangen als volgt:

“Inzake de verstrekkingen verleend door een algemeen geneeskundige aan een rechthebbende waarvan hij het globaal medisch dossier beheert, wordt gevolg gegeven aan de verplichting bedoeld in het vorig lid door de verificatie van de identiteit van de rechthebbende op het ogenblik van opening van het globaal medisch dossier zoals bedoeld in artikel 5 of 8 van het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier enerzijds en van verlenging van het globaal medisch dossier zoals bedoeld in artikel 9 van hetzelfde besluit anderzijds.”

Art. 2. In hoofdstuk V van hetzelfde besluit wordt een afdeling 1 ingevoegd die de artikelen 6 en 7 bevat, luidende:

« Afdeling 1. Verplichte derdebetalen »

Art. 3. Artikel 6 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met twee leden, luidende:

“Onder “verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen” wordt verstaan :

- 1) de verzekeringstegemoetkoming in het bedrag per opname en het bedrag per dag bij een opname in een verplegingsinstelling;
- 2) de bedragen toegekend in toepassing van artikel 4 van de Nationale overeenkomst tussen de verplegingsinstellingen en de

assureurs pour le maxi-forfait, le forfait hospitalisation de jour, le forfait salle de plâtre, les forfaits douleur chronique et pour la manipulation d'un cathéter à chambre;

3) le montant accordé en application de l'article 2, § 4, de la convention nationale conclue entre les établissements psychiatriques et les organismes assureurs;

4) les frais attestés à la suite de soins urgents qui justifient une admission dans un lit d'hôpital et/ou à la suite de l'administration d'un médicament ou de sang/d'un produit sanguin labile par perfusion intraveineuse.

Par « prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation » on entend les prestations dispensées dans les situations énoncées à l'alinéa précédent. »

Art. 4. Dans le même arrêté, le chapitre VI est remplacé par une section 2, insérée dans le chapitre V, comportant l'article 8, rédigée comme suit :

« Section 2. Tiers payant obligatoire à la demande du bénéficiaire ».

Art. 5. L'intitulé du chapitre VII du même arrêté, qui devient le chapitre VI, est remplacé par ce qui suit :

« Chapitre VI – Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est facultative »

Art. 3. A l'article 9 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« Le régime du tiers payant peut, selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans une décision séparée de la commission de conventions ou d'accords compétente ou, lorsqu'il s'agit de dispensateurs de soins sans commission de conventions ou d'accords, par le Comité de l'assurance par voie de règlement visé à l'article 22, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, toujours être appliqué pour l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé. »

2° quatre alinéas rédigés comme suit sont insérés entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2:

« Sans préjudice de l'alinéa précédent, le dispensateur de soins est exhorté à appliquer le régime du tiers payant pour les prestations de santé visées aux articles 27, 28, § 8, 29, 30 et 31 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 et ce si le bénéficiaire le demande.

La date d'entrée en vigueur des modalités

verzekeringsinstellingen voor het maxiforfait, de forfaits dagziekenhuis, de gipskamer, de forfaits chronische pijn en voor de manipulatie poortkatheter;

3) het bedrag toegekend in toepassing van artikel 2, § 4, van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische inrichtingen en diensten en de verzekeringsinstellingen;

4) de kosten aangerekend naar aanleiding van dringende verzorging die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt en/of naar aanleiding van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

Onder "geneeskundige verstrekkingen die worden verleend tijdens een hospitalisatie" worden verstaan, de verstrekkingen die worden verleend in de in het vorig lid vermelde situaties."

Art. 4. In hetzelfde besluit wordt hoofdstuk VI vervangen door een afdeling 2, ingevoegd in hoofdstuk V, die artikel 8 bevat, luidende:

« Afdeling 2. Verplichte derdebetalen op vraag van rechthebbende »

Art. 5. Het opschrift van hoofdstuk VII van hetzelfde besluit, dat hoofdstuk VI wordt, wordt vervangen als volgt:

« Hoofdstuk VI – Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling facultatief is »

Art. 6. In artikel 9 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

« De derdebetalersregeling kan, onder de modaliteiten zoals die worden vastgesteld in een afzonderlijke beslissing van de bevoegde akkoorden- of overeenkomstencommissie, of, voor zorgverleners zonder akkoorden- of overeenkomstencommissie, door het Verzekeringscomité bij een in artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde verordening, steeds worden toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming in de kost van alle geneeskundige verstrekkingen."

2° tussen het eerste en tweede lid worden vier leden ingevoegd, luidende:

« Onverminderd het vorig lid, nopen de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in de artikels 27, 28, §8, 29, 30 en 31 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 de zorgverlener ertoe om de derdebetalersregeling toe te passen indien de rechthebbende daarom vraagt.

De datum van inwerkingtreding van de in het eerste

visées à l'alinéa 1er est fixée par la commission concernée.

Ces modalités s'imposent aux dispensateurs de soins de la catégorie concernée, qu'ils aient ou non adhéré à la convention ou l'accord visé à l'article 42 ou 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Elles sont publiées sous forme d'avis au Moniteur belge et restent d'application jusqu'à ce que d'autres modalités soient convenues."

3° l'alinéa 2, qui devient l'alinéa 6, est abrogé.

4° à l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 7, est abrogé.

5° l'alinéa 4, qui devient l'alinéa 8, est abrogé.

6° l'alinéa 5, qui devient l'alinéa 9, est abrogé.

Art. 7. Dans le même arrêté, il est inséré un chapitre VII, rédigé comme suit :

« Chapitre VII – Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est interdite.

Section 1re. Interdiction

Art. 9/1. Par dérogation à l'article 9, l'application du régime du tiers payant est, sous réserve des articles 6, 7 et 8, interdit pour le paiement de l'intervention de l'assurance :

1° dans le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

2° dans les frais de déplacement fixés conformément à l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

3° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

4° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros de code repris sous la rubrique « TRAITEMENTS PREVENTIFS » figurant à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

5° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés,

lid bedoelde modaliteiten wordt bepaald door de betrokken commissie.

Deze modaliteiten verbinden de zorgverleners van de betrokken categorie, ongeacht of ze zijn toegetreten tot de in artikel 42 of 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde overeenkomst of akkoord.

Ze worden bekendgemaakt in de vorm van een bericht in het Belgisch Staatsblad en blijven van toepassing tot andere modaliteiten worden afgesproken."

3° het tweede lid, dat het zesde lid wordt, wordt opgeheven.

4° het derde lid, dat het zevende lid wordt, wordt opgeheven.

5° het vierde lid, dat het achtste lid wordt, wordt opgeheven.

6° het vijfde lid, dat het negende lid wordt, wordt opgeheven.

Art. 7. In hetzelfde besluit wordt een hoofdstuk VII ingevoegd, luidende:

"Hoofdstuk VII – Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derdebetalersregeling verboden is.

Afdeling 1. Verbod

Art. 9/1. In afwijking van artikel 9, is het toepassen van de derdebetalersregeling, onder voorbehoud van artikel 6, 7 en 8, verboden voor de betaling van de verzekeringstegemoetkoming:

1° in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

2° in de overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde reiskosten;

3° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder de nummers 0401-301011 en 0404-301033 in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;

4° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, vermeld onder de codenummers die zijn opgenomen in de rubriek "PREVENTIEVE BEHANDELINGEN" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

5° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis

mentionnées sous l'intitulé "Soins conservateurs" à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

6° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé "Radiographies" à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

7° dans le coût des prestations de santé visées au chapitre X de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984, qui sont réalisées à l'école.

Section 2. Situations d'exception

Art. 9/2. Les dispositions de l'article 9/1 ne sont cependant pas d'application lorsque ces prestations de santé ont été dispensées :

1° dans le cadre d'un accord visé à l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

2° dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes;

3° dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;

4° à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;

5° à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, sauf en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;

6° aux bénéficiaires de l'intervention majorée, visés à l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

7° à des titulaires et aux personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1er, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

8° à des bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et

opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Conserverende verzorging" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

6° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel "Radiografieën" in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

7° in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk X van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 die worden verricht op school.

Afdeling 2. Uitzonderingssituaties

Art. 9/2. De bepalingen van het artikel 9/1 zijn evenwel niet van toepassing wanneer deze geneeskundige verstrekkingen verleend werden:

1° in het kader van een akkoord bedoeld in artikel 52 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

2° in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen;

3° in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden;

4° aan rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;

5° aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden, behoudens in geval van geneeskundige verstrekkingen vermeld in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984;

6° aan de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

7° aan gerechtigden en aan de personen te hunnen laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 3°, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht overeenkomstig artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

8° aan de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige

indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

9° à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 de la loi générale du 19 décembre 1939 relative aux allocations familiales et les personnes qui sont à leur charge;

10° à des bénéficiaires du statut affection chronique, visé à l'article 37vicies/1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

11° à des patients palliatifs au sens de l'article 7octies, § 2, 1° à 5°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un service de garde organisé visé à l'article 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ou d'un service de garde de médecine générale organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. »

verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en in de zin van laatstgenoemde reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn;

9° aan de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en van de personen die te hunnen laste zijn;

10° aan de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, bedoeld in artikel 37vicies/1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

11° aan palliatieve patiënten in de zin van artikel 7octies, §2, 1° tot 5° van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

De toepassing van de derdebetalersregeling is evenmin verboden wanneer de verstrekkingen worden geleverd in het kader van een georganiseerde wachtdienst zoals bedoeld in artikel 28 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of van een huisartsenwachtdienst georganiseerd overeenkomstig afdeling II van Hoofdstuk II van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen."

Art. 8. L'article 2 du règlement du 29 décembre 1986 pris en exécution de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 34quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par le règlement du 17 mars 2014, est abrogé.

Art. 9. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à _____, le _____

PAR LE ROI :

Art. 8. Artikel 2 van de verordening van 29 december 1986 genomen in uitvoering van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 34quater, vierde lid, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd door de verordening van 17 maart 2014, wordt opgeheven.

Art. 9. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te _____, _____

VAN KONINGSWEGE :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK