

§ 2. A partir de 55 ans, les ouvriers/ouvrières occupé(e)s en équipes successives d'un régime de travail à feu continu ne peuvent plus être exclu(e)s du droit aux différentes formes de crédit-temps mentionnées dans la présente convention collective de travail.

L'employeur peut ajourner l'application du droit desdits ouvriers/ouvrières ayant des "fonctions-clés" avec un maximum de 12 mois. Il motivera cet ajournement.

CHAPITRE III. — Modalités

Art. 5. Organisation du travail

§ 1^{er}. Les jours de diminution de carrière sont fixés de commun accord avec l'employeur, étant entendu que l'organisation normale des équipes reste possible.

§ 2. En aucun cas, la diminution de carrière d'un cinquième ne peut être prise la nuit. La diminution de carrière de la semaine pendant laquelle l'ouvrier/ouvrière est normalement occupé(e) dans l'équipe de nuit sera prise soit la semaine suivante, soit plus tard, de commun accord avec l'employeur.

Les jours de diminution de carrière d'1/5ème peuvent être cumulés de commun accord entre l'employeur et le travailleur, à la condition que sur une période de référence de 12 mois, la durée moyenne hebdomadaire de travail de l'ouvrier/ouvrière en question soit respectée.

§ 3. L'employeur peut supprimer ou modifier l'exercice du droit à la diminution de carrière pour des raisons et pendant la durée des raisons fixées par le conseil d'entreprise ou, à défaut, de commun accord entre l'employeur et la délégation syndicale ou, à défaut, par le règlement de travail.

CHAPITRE IV. — Durée d'application

Art. 6. Durée d'application

Cette convention collective de travail remplace la convention collective de travail du 22 juin 2016 (numéro 134345).

Cette convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Chacune des parties peut y mettre fin moyennant respect d'un délai de préavis de 6 mois à notifier par lettre recommandée.

En dérogation, l'article 3, § 3 ne vaut que pour une durée déterminée. Cette disposition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017 et cesse de produire ses effets au 1^{er} janvier 2019.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 30 août 2017.

Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

§ 2. Vanaf de leeftijd van 55 jaar kunnen arbeid(st)ers die tewerkgesteld zijn in opeenvolgende ploegen van een volcontinu arbeidssysteem niet meer uitgesloten worden van het recht op de verschillende soorten tijdskrediet vermeld in deze collectieve arbeidsovereenkomst.

De werkgever kan het ingaan van het recht voor deze arbeid(st)ers met sleutelfuncties met maximum 12 maanden uitstellen. De werkgever dient dit uitstel te motiveren.

HOOFDSTUK III. — Modaliteiten

Art. 5. Arbeidsorganisatie

§ 1. De dagen loopbaanvermindering worden vastgelegd in onderling overleg met de werkgever, met dien verstande dat een normale organisatie van de ploegen mogelijk blijft.

§ 2. Eén vijfde loopbaanvermindering kan in elk geval niet 's nachts worden genomen. De loopbaanvermindering van de week tijdens dewelke de arbeid(st)er normaal in de nachtploeg dient te presteren zal worden genomen, hetzij tijdens de daaropvolgende week, hetzij op een later ogenblik in overleg met de werkgever.

De dagen 1/5de loopbaanvermindering kunnen in onderling overleg tussen werkgever en werknemer gecumuleerd worden, met dien verstande dat over een periode van maximum 12 maanden, de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur van de betrokken werknemer wordt gerespecteerd.

§ 3. De werkgever kan de uitoefening van het recht op loopbaanvermindering intrekken of wijzigen om redenen en voor de duur van de redenen bepaald door de ondernemingsraad of, bij ontstentenis, in overleg tussen werkgever en syndicale delegatie of, bij ontstentenis, door het arbeidsreglement.

HOOFDSTUK IV. — Toepassingsduur

Art. 6. Toepassingsduur

Deze collectieve arbeidsovereenkomst vervangt de collectieve arbeidsovereenkomst van 22 juni 2016 (nummer 134345).

Deze overeenkomst wordt gesloten voor onbepaalde duur. Zij treedt in werking op 1 januari 2017. Elk van de partijen kan ze beëindigen, mits per aangetekende brief een opzegging van 6 maanden wordt betekend.

In afwijking hiervan is artikel 3, § 3 slechts gesloten voor bepaalde duur. Dit artikel treedt in werking op 1 januari 2017 en houdt op van kracht te zijn op 1 januari 2019.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 30 augustus 2017.

De Minister van Werk,
K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2017/13424]

18 SEPTEMBRE 2017. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} 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, § 1^{er} 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 34^{quater}, 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;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/13424]

18 SEPTEMBER 2017. — Koninklijk besluit 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 34^{quater}, 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;

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

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10 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 61.798/2/V du Conseil d'Etat, donné le 16 août 2016, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} 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 1^{re}, comportant les articles 6 et 7, rédigée comme suit :

« Section 1^{re}. — 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 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. 6. 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

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

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van 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 61.798/2/V van de Raad van State, gegeven op 16 augustus 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 verplegingsinrichting;

2) de bedragen toegekend in toepassing van artikel 4 van de Nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de 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 psychiatische 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 akkoord- of overeenkomstencommissie, of, voor zorgverleners zonder akkoord- of overeenkomstencommissie, door het Verzekeringscomité bij een in artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van

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 visées à l'alinéa 1^{er} est fixée par la commission concernée ou par le Comité de l'assurance lorsqu'il fixe ces modalités.

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 1^{re}. — 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, 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;

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, wordt de zorgverlener voor 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 verzocht om de derdebetalersregeling toe te passen indien de rechthebbende daarom vraagt.

De datum van inwerkingtreding van de in het eerste lid bedoelde modaliteiten wordt bepaald door de betrokken commissie of door het Verzekeringscomité indien deze de modaliteiten vaststelt.

Deze modaliteiten verbinden de zorgverleners van de betrokken categorie, ongeacht of ze zijn toegetreden 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 artikels 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 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° 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, § 1^{er}, 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 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. »

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 Bruxelles, le 18 septembre 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

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 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. 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 Brussel, 18 september 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

INSTITUT NATIONAL
D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

[C - 2017/13491]

25 SEPTEMBRE 2017. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les articles 22, 11° et 53 § 1^{er}, modifié en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

RIJKSINSTITUUT
VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

[C - 2017/13491]

25 SEPTEMBER 2017. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikels 22, 11° en 53 § 1, laatstelijk gewijzigd door de wet van 17 juli 2015;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;