

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

25 november 2025

WETSVOORSTEL

**tot wijziging 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,
wat betreft de Hoge Commissie
van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

25 novembre 2025

PROPOSITION DE LOI

**modifiant 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,
en ce qui concerne
la Commission supérieure
du Conseil médical de l'invalidité**

(déposée par Mme Irina De Knop)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel beoogt de hervorming van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI), om de onafhankelijkheid en objectiviteit van beslissingen bij langdurige arbeidsongeschiktheid te versterken.

De samenstelling van de Commissie wordt aangepast door de artsen van de verzekeringsinstellingen te vervangen, zodat beslissingen onafhankelijk van institutionele belangen worden genomen. Daarnaast wordt de samenwerking tussen de Geneeskundige Raad, adviserend artsen en bedrijfsartsen versterkt, zodat medische beoordelingen beter aansluiten bij preventie en re-integratie.

RÉSUMÉ

La présente proposition de loi vise à réformer la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CMI) en vue de renforcer l'indépendance et l'objectivité des décisions en matière d'incapacité de travail de longue durée.

La proposition adapte la composition de la Commission en remplaçant les médecins des organismes assureurs, afin que la Commission puisse prendre ses décisions indépendamment des intérêts institutionnels. La proposition renforce en outre la collaboration entre le Conseil médical de l'invalidité, les médecins-conseils et les médecins du travail, de telle manière que les évaluations médicales soient davantage en adéquation avec la prévention et la réintégration.

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
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 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,

België kampt met een structureel groeiend probleem van langdurige arbeidsongeschiktheid. Eind 2023 waren volgens het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 526.507 personen langdurig ziek of invalide, een recordaantal en een stijging van 4,6 procent tegenover het voorgaande jaar. In absolute cijfers gaat het om een verdubbeling in amper tien jaar tijd.

Het fenomeen van langdurige ziekte heeft verstrekende gevolgen, zowel sociaal als economisch. De jaarlijkse kostprijs voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen bedroeg in 2023 meer dan 9 miljard euro, ruim dubbel zoveel als in 2013. Naast de financiële impact is er ook een menselijke tol: langdurige ziekte leidt vaak tot sociaal isolement, verlies van eigenwaarde en een moeilijk herstelpad.

Een derde van de langdurige zieken lijdt aan mentale aandoeningen – zoals depressie, burn-out of angststoornissen – terwijl een ander derde kampt met musculoskeletale aandoeningen zoals rugklachten, artrose of andere chronische pijnproblemen. Deze twee categorieën alleen al zijn samen goed voor meer dan twee derde van de totale groep langdurige zieken.

Daarnaast valt op dat steeds meer personen arbeidsongeschikt verklaard worden tot aan hun pensioenleeftijd. Eind 2024 ging het om 259.636 mensen, bijna de helft van alle langdurige zieken.

Een interne steekproef van het RIZIV bij 1840 dossiers, waarvan 768 uit deze categorie, leverde verontrustende inzichten op. Slechts 16,7 procent van de onderzochte personen bleek terecht erkend tot aan de pensioenleeftijd. In meer dan de helft van de gevallen (55,6 procent) was de arbeidsongeschiktheid op zich terecht, maar werd de duur onterecht als permanent beschouwd. En bij 27,2 procent van de gecontroleerde dossiers werd de invaliditeit volledig stopgezet.

Deze resultaten wijzen erop dat een aanzienlijk deel van de dossiers te snel of onvoldoende zorgvuldig wordt geëvalueerd. Bovendien blijkt dat herevaluaties in de praktijk te weinig plaatsvinden, hoewel die wettelijk mogelijk zijn via de Geneeskundige Raad of de adviserend arts van het ziekenfonds.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La Belgique fait face à un problème de croissance structurelle des incapacités de travail de longue durée. Selon l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), à la fin de l'année 2023, 526.507 personnes étaient malades de longue durée ou invalides, ce qui constitue un record et une hausse de 4,6 % par rapport à l'année précédente. En chiffres absolus, le nombre a doublé en à peine dix ans.

Le phénomène des maladies de longue durée est lourd de conséquences tant sur le plan social que sur le plan économique. En 2023, le coût annuel des indemnités de maladie et d'invalidité s'élevait à plus de 9 milliards d'euros, soit plus de deux fois autant qu'en 2013. Outre l'impact financier, il y a aussi un coût humain: la maladie de longue durée entraîne souvent un isolement social, une perte d'estime de soi et une difficile convalescence.

Un tiers des malades de longue durée souffrent d'affections mentales – comme la dépression, le burn-out ou les troubles anxieux – tandis qu'un autre tiers fait face à des troubles musculosquelettiques comme les maux de dos, l'arthrose ou d'autres problèmes de douleurs chroniques. À elles seules, ces deux catégories représentent déjà plus de deux tiers de l'ensemble des malades de longue durée.

De plus, il est frappant de constater que de plus en plus de personnes sont déclarées en incapacité de travail jusqu'à l'âge de la pension. Fin 2024, il s'agissait de 259.636 personnes, soit près de la moitié de tous les malades de longue durée.

Une enquête interne de l'INAMI portant sur 1840 dossiers, dont 768 de cette catégorie, a livré des conclusions préoccupantes. Seuls 16,7 % des personnes examinées s'avéraient avoir été déclarées à juste titre en incapacité de travail jusqu'à l'âge de la pension. Dans plus de la moitié des cas (55,6 %), l'incapacité de travail était justifiée, mais sa durée avait été considérée à tort comme permanente. Et dans 27,2 % des dossiers contrôlés, il a été totalement mis fin à l'invalidité.

Ces résultats montrent qu'une partie importante des dossiers ont été évalués trop rapidement ou de manière trop peu rigoureuse. De plus, il apparaît que les réévaluations sont trop rares dans la pratique, alors que la loi en prévoit la possibilité par l'intermédiaire du Conseil médical de l'invalidité ou du médecin-conseil de la mutualité.

De maatschappelijke impact van langdurige arbeidsongeschiktheid is dan ook groot. Volgens recente cijfers vloeide in 2025 11 miljard euro naar ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. Naast de structurele vergrijzing spelen ook de verzwakking van de arbeidsmarktparticipatie, toenemende mentale druk en gebrekkige opvolging van dossiers een rol.

In dat kader is de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) een sleutelinstituut. Deze commissie, opgericht bij koninklijk besluit van 3 juli 1996, oordeelt over individuele dossiers van arbeidsongeschiktheid, de duur van invaliditeit, de goedkeuring van trajecten beroepsherscholing en over de toelating voor gedeeltelijke werkhervatting.

De Hoge Commissie telt 18 leden:

- a) 9 artsen van de verzekeringsinstellingen;
- b) 9 artsen van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV.

Hoewel dit evenwichtig lijkt, zorgt deze samenstelling in de praktijk voor een institutionele verstrengeling van belangen. Mutualiteiten spelen immers een dubbele rol: zij volgen langdurig zieken op, maar beslissen tegelijk mee over het behoud of de beëindiging van hun invaliditeitsstatuut.

Dat roept vragen op over de onafhankelijkheid van beslissingen, zeker aangezien mutualiteiten jaarlijks meer dan 2 miljard euro aan financiering ontvangen – waarvan ruim 1 miljard euro rechtstreeks van de overheid, en 1,1 tot 1,36 miljard euro via ledenbijdragen. Hun financiële middelen hangen deels samen met hun ledenaantal. Dit betekent dat beslissingen over het schrappen van een lid uit langdurige ziekte in theorie ook een invloed kunnen hebben op dat ledenaantal.

Een instelling die beslist over de duur en rechtmatigheid van arbeidsongeschiktheid moet echter volledig objectief, onafhankelijk en op medische gronden kunnen handelen.

Een herziening van de samenstelling van de Hoge Commissie is dan ook noodzakelijk om de geloofwaardigheid en de rechtvaardigheid van deze beslissingen te garanderen. Door artsen zonder institutionele belangenconflicten te laten zetelen, kan het evenwicht hersteld worden tussen expertise, neutraliteit en maatschappelijk vertrouwen.

L'incapacité de travail de longue durée a donc une incidence sociale considérable. D'après des chiffres récents, en 2025, 11 milliards d'euros ont été consacrés au paiement d'indemnités de maladie et d'invalidité. Les facteurs qui jouent un rôle sont le vieillissement structurel de la population, mais aussi la réduction de la participation au marché du travail, l'augmentation de la charge mentale et le suivi défaillant des dossiers.

Dans ce cadre, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CMI) est une institution clé. Créée par l'arrêté royal du 3 juillet 1996, elle statue sur les dossiers individuels d'incapacité de travail, sur la durée de l'invalidité, sur l'approbation des parcours de réadaptation professionnelle et sur l'autorisation de reprise partielle du travail.

La Commission supérieure compte 18 membres:

- a) 9 médecins des organismes assureurs;
- b) 9 médecins du Service des indemnités de l'INAMI.

Bien qu'elle semble équilibrée, cette composition génère, dans les faits, des conflits d'intérêts institutionnels. En effet, les mutualités jouent un double rôle: elles suivent les malades de longue durée, mais elles décident en même temps du maintien ou de la fin de leur statut d'invalidité.

Cela pose question quant à l'indépendance des décisions, d'autant que les mutualités reçoivent chaque année un financement de plus de 2 milliards d'euros – dont plus d'un milliard d'euros sont versés directement par les pouvoirs publics, et 1,1 à 1,36 milliard d'euros proviennent des cotisations des membres. Leurs moyens financiers dépendent en partie du nombre de leurs affiliés. Cela signifie qu'en théorie, des décisions de suppression du statut de malade de longue durée d'un membre peuvent également influencer le nombre de leurs affiliés.

Or, une institution qui décide de la durée et du bien-fondé d'une incapacité de travail doit pouvoir agir en toute objectivité et indépendance, en se basant sur des motifs médicaux.

Il y a donc lieu de revoir la composition de la Commission supérieure pour garantir la crédibilité et la légitimité de ces décisions. Faire siéger des médecins qui n'ont pas de conflits d'intérêts institutionnels permettrait de rétablir l'équilibre entre expertise, neutralité et confiance sociale.

Een hervormde Hoge Commissie kan bovendien nauwer samenwerken met andere actoren zoals adviserend artsen en bedrijfsartsen. De erkenning van langdurige arbeidsongeschiktheid zou niet enkel een eindpunt mogen zijn, maar ook een startpunt voor begeleiding en re-integratie.

Het beleid moet uitgaan van de vraag wat iemand nog wél kan, eerder dan van wat niet meer kan. Alleen door correcte en onafhankelijke beoordelingen kunnen langdurige zieken op een eerlijke manier worden beschermd, én aangemoedigd tot herstel en terugkeer naar werk wanneer dat mogelijk is.

Tegelijk is het duidelijk dat op termijn de volledige architectuur rond arbeidsongeschiktheid, begeleiding en beslissingen tot invaliditeit herzien zal moeten worden. De huidige structuur is complex, gefragmenteerd en gedeeltelijk verouderd. Maar die bredere hervorming mag geen reden zijn tot uitstel. In geen geval mogen we toelaten dat de situatie nog verder ontspoot.

Dit wetsvoorstel heeft niet de pretentie om het volledige probleem van langdurige ziekte in België op te lossen; de uitdaging is daarvoor te groot en te complex. Maar het wil wél een eerste stap zetten: het systeem eerlijker, neutraler en menselijker maken, door te beginnen bij het fundament, de wijze waarop beslissingen worden genomen over mensen die vaak jaren van hun leven afhankelijk zijn van dat oordeel.

De Hoge Commissie en de Geneeskundige Raad vervullen in dat systeem een cruciale rol als poortwachter voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid van meer dan één jaar. Hun taak is niet enkel administratief, maar fundamenteel in het bepalen van het verdere traject van tienduizenden mensen. Net daarom is het essentieel dat deze poortwachter onafhankelijk, deskundig en vrij van institutionele belangen kan opereren.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Art. 2

Dit artikel wijzigt artikel 168 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 (ZIV-KB) inzake de samenstelling van de Hoge Commissie: de

Une Commission supérieure réformée pourrait en outre collaborer plus étroitement avec d'autres acteurs, tels que les médecins-conseils et les médecins du travail. La reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée ne devrait pas constituer simplement le point final d'une procédure, mais aussi le point de départ d'un encadrement et d'une réintégration.

La politique doit se baser sur la question de savoir ce que la personne peut encore faire, plutôt que sur celle de savoir ce qu'elle ne peut plus faire. Ce n'est qu'en procédant à des évaluations correctes et indépendantes que l'on pourra protéger les malades de longue durée de manière équitable et les encourager à se rétablir et à reprendre le travail lorsque c'est possible.

Parallèlement, il est clair qu'à terme, il faudra revoir toute l'architecture de l'incapacité de travail, de l'encadrement et des décisions en matière d'invalidité. La structure actuelle est complexe, fragmentée et partiellement obsolète. Mais cette réforme plus large ne doit pas être un motif pour la différer. Nous ne pouvons en aucun cas tolérer que la situation se dégrade davantage.

La présente proposition de loi n'a pas la prétention de résoudre toute la problématique des maladies de longue durée en Belgique; le défi que cela représente est trop large et trop complexe. Mais elle se veut être une première étape à franchir: rendre le système plus équitable, plus neutre et plus humain, en commençant par la base, à savoir la manière dont les décisions sont prises quant à des personnes qui dépendent souvent pendant des années de cette évaluation.

Dans ce système, la Commission supérieure et le Conseil médical jouent un rôle crucial en tant que superviseurs de l'évaluation de l'incapacité de travail de plus d'un an. Leur tâche est non seulement administrative, mais fondamentale dans la détermination du parcours futur de dizaines de milliers de personnes. C'est précisément pour cette raison qu'il est essentiel que ces superviseurs puissent agir de manière indépendante, avec expertise et sans être soumis à des conflits d'intérêts institutionnels.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2

Cet article modifie l'article 168 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 (AR AML), relatif à la composition de la Commission supérieure: la commission mixte est

gemengde samenstelling wordt vervangen door een College dat uitsluitend bestaat uit artsen van de Dienst voor Uitkeringen (RIZIV). De aanwijzing gebeurt door de Koning na openbare oproep en op basis van objectieve selectiecriteria. Dit waarborgt onafhankelijke, belangenconflictvrije besluitvorming.

De Koning past, waar nodig, de overige leden van artikel 168 aan om de interne evenwichten en de werkwijze van de Hoge Commissie te waarborgen.

Art. 3

Artikel 170 structureerde de afdelingen met medezeggenschap van adviserend artsen/medewerkers van de verzekeringsinstellingen. Nu mutualiteiten geen rol meer spelen in de besluitvorming, verliest artikel 170 zijn functie.

Art. 4

Dit artikel wijzigt het laatste lid van artikel 171: de mogelijkheid om een bijeenkomst van de afdeling te vragen wordt opgeheven; behouden blijft enkel de mogelijkheid om een bijkomend medisch onderzoek door een andere RIZIV-arts te laten verrichten. Dit laat het beslissingspad aansluiten op een model zonder afdelingen en zonder mutualiteiten in de besluitvorming.

Art. 5

Dit artikel voegt artikel 171/1 in: regelt structurele samenwerking tussen Hoge Commissie, adviserend artsen en bedrijfsartsen (en, waar relevant, re-integratie/preventie), met eerbiediging van ieders medische onafhankelijkheid; de Koning bepaalt de nadere regels. Met als doel om de afstemming en informatiestroom te verbeteren, zonder de beslissingsbevoegdheid te vermengen.

Art. 6

Dit artikel heft artikel 172, over het bijeenroepen van de afdelingen, op omdat de afdelingen functioneel verlaten worden in het nieuwe model.

Art. 7

Dit artikel heft artikel 173, over de werkwijze binnen de afdelingen, op omdat overlegregeling tussen adviserend

remplacée par un collège composé exclusivement de médecins du Service des indemnités (INAMI). La désignation est effectuée par le Roi après appel public aux candidats et sur la base de critères de sélection objectifs. Cela garantit un processus décisionnel indépendant, à l'abri des conflits d'intérêts.

Le Roi adaptera le cas échéant les autres alinéas de l'article 168 afin de garantir les équilibres internes et la méthode de travail de la Commission supérieure.

Art. 3

L'article 170 structurait les sections en prévoyant une cogestion par les médecins-conseils/collaborateurs des organismes assureurs. Dès lors que les mutualités ne jouent plus aucun rôle dans le processus décisionnel, l'article 170 perd sa raison d'être.

Art. 4

Cet article modifie le dernier alinéa de l'article 171: il supprime la possibilité de demander une réunion de la section; il maintient seulement la possibilité de faire réaliser un examen médical supplémentaire par un autre médecin de l'INAMI. Cela permet d'aligner le chemin de décision sur un modèle sans intervention des sections ni des mutualités dans le processus décisionnel.

Art. 5

Cet article insère un article 171/1, qui règle la coopération structurelle entre la Commission supérieure, les médecins-conseils et les médecins du travail (ainsi que, le cas échéant, la réinsertion/prévention), en respectant l'indépendance médicale de chaque acteur; le Roi fixera les modalités. L'objectif est d'améliorer l'adéquation et le flux d'informations, en faisant en sorte que le pouvoir de décision ne soit pas aux mains de trop d'acteurs différents.

Art. 6

Cet article abroge l'article 172 relatif à la convocation des sections parce que celles-ci deviennent fonctionnellement obsolètes dans le nouveau modèle.

Art. 7

Cet article abroge l'article 173 relatif à la méthode de travail au sein des sections parce que le régime de

arts en RIZIV-arts overbodig wordt zonder afdelingen/
mutualiteiten in de besluitvorming.

Art. 8

Dit artikel heft artikel 182, over het quorum voor de
afdelingen, op omdat de quorumregels voor afdelingen
niet langer relevant zijn.

Irina De Knop (Open Vld)

concertation entre le médecin-conseil et le médecin de
l'INAMI devient superflu dans un modèle où les sec-
tions/mutualités n'interviennent pas dans le processus
décisionnel.

Art. 8

Cet article abroge l'article 182 relatif au quorum requis
pour les sections, dès lors que les règles de quorum
pour les sections ne sont plus pertinentes.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

Het eerste lid van artikel 168 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, wordt vervangen door twee nieuwe leden, luidende:

“De Hoge commissie is samengesteld uit achttien werkende leden en achttien plaatsvervangende leden, onafhankelijke medische experten met bewezen medische en deontologische bekwaamheid, aangewezen door de Koning op voorstel van de minister bevoegd voor Sociale Zaken, na openbare oproep en op basis van objectieve selectiecriteria;

De leden bedoeld in het vorige lid mogen geen institutionele banden hebben met verzekeringsinstellingen of ziekenfondsen gedurende het mandaat en gedurende de twee jaren die daaraan voorafgaan.”

Art. 3

Artikel 170 van hetzelfde koninklijk besluit wordt opgeheven.

Art. 4

In artikel 171, laatste lid, van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden “verzoekt hij om een bijeenkomst van de afdeling van de Hoge commissie of” opgeheven.

Art. 5

In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 171/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 171/1. De Hoge Commissie organiseert een structurele samenwerking met de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen, de bedrijfsartsen en de terug-naar-werkcoördinatoren, gericht op een optimale afstemming tussen medische beoordeling, preventie

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

L'alinéa 1^{er} de l'article 168 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est remplacé par deux nouveaux alinéas rédigés comme suit:

“La Commission supérieure est composée de dix-huit membres effectifs et de dix-huit membres suppléants, experts médicaux indépendants disposant d'une compétence médicale et déontologique établie, désignés par le Roi sur proposition du ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, après une procédure d'appel public et sur la base de critères de sélection objectifs;

Les membres visés à l'alinéa précédent ne peuvent entretenir de liens institutionnels avec des organismes assureurs ou des mutualités pendant leur mandat ni pendant les deux années qui le précèdent.”

Art. 3

L'article 170 du même arrêté royal est abrogé.

Art. 4

Dans l'article 171, dernier alinéa, du même arrêté royal, les mots “une réunion de la section de la Commission supérieure ou” sont abrogés.

Art. 5

Dans le même arrêté royal, il est inséré un article 171/1 rédigé comme suit:

“Art. 171/1. La Commission supérieure organise une coopération structurelle avec les médecins-conseils des organismes assureurs, les médecins du travail et les coordinateurs du retour au travail, en vue d'une adéquation optimale entre l'évaluation médicale, la prévention

en re-integratie, met eerbiediging van de medische onafhankelijkheid van iedere actor. De Koning bepaalt de nadere regels.”

Art. 6

Artikel 172 van hetzelfde koninklijk besluit wordt opgeheven.

Art. 7

Artikel 173 van hetzelfde koninklijk besluit wordt opgeheven.

Art. 8

Artikel 182 van hetzelfde koninklijk besluit wordt opgeheven.

Art. 9

De Koning kan de bepalingen, gewijzigd door de artikelen 2 tot 8, opnieuw wijzigen, opheffen, aanvullen of vervangen.

23 oktober 2025

Irina De Knop (Open Vld)

et la réinsertion, dans le respect de l'indépendance médicale de chaque acteur. Le Roi fixe les modalités.”

Art. 6

L'article 172 du même arrêté royal est abrogé.

Art. 7

L'article 173 du même arrêté royal est abrogé.

Art. 8

L'article 182 du même arrêté royal est abrogé.

Art. 9

Le Roi peut à nouveau modifier, abroger, compléter ou remplacer les dispositions modifiées par les articles 2 à 8.

23 octobre 2025