

Art. 7. Deze wet treedt in werking de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 16 juli 2020.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Mobiliteit,
Fr. BELLOT

Met 's Lands zegel gezegd :

De Minister van Justitie,

K. GEENS

Nota

Parlementaire verwijzingen :

Stukken van de Kamer van volksvertegenwoordigers :

Doc 55 0589/ (2019/2020):

- 001: Wetsvoorstel van de heer Raskin c.s.

- 002 tot 003: Amendementen.

- 004: Verslag.

- 005: Tekst aangenomen door de commissie.

- 006: Amendementen.

- 007: Aanvullende verslag.

- 008: Aangenomen tekst door de commissie.

- 009: tekst aangenomen door de plenaire vergadering en aan de Koning ter bekrachtiging voorgelegd.

Art. 7. La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 16 juillet 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de la Mobilité
Fr. BELLOT

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,

K. GEENS

Note

Références parlementaires :

Documents de la Chambre des représentants :

Doc 55 0589/ (2019/2020):

- 001: Proposition de loi de M. Raskin et consorts.

- 002 à 003 : Amendements.

- 004 : Rapport.

- 005 : Texte adopté par la commission.

- 006 : Amendements.

- 007 : Rapport complémentaire.

- 008 : Texte adopté par la commission.

- 009 : Texte adopté par la séance plénière et soumis à la sanction Royale.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2020/31434]

30 SEPTEMBER 2020. — Koninklijk besluit tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Ik heb de eer U hierbij een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie voor te leggen.

Het voorgestelde ontwerpbesluit geeft uitvoering aan de artikelen 71 en 72 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, genomen op basis van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II).

Artikel 1 van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt het principe in van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen voor alle zorgverleners die zijn opgenomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De artikelen 2 tot 5 van het voorgestelde ontwerpbesluit beschrijven de voorwaarden en de regels van de financiële tussenkomst, die variëren naargelang de categorie van zorgverleners tot wie het zich richt (forfaitaire tussenkomst of niet, bedrag, ...).

Deze verschillen in behandeling zijn gebaseerd op de specificiteiten van de sectoren en op de realiteit van het terrein en rechtvaardigen zich in het licht van het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel zoals hierna wordt uiteengezet.

Artikel 2, eerste en tweede lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit somt de categorieën zorgverleners op ten gunste waarvan de verplichte verzekering tussenkomt per patiëntencontact waarvoor een vergoedbare geneeskundige verstrekking werd geattesteerd.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2020/31434]

30 SEPTEMBRE 2020. — Arrêté royal fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

RAPPORT AU ROI

Sire,

J'ai l'honneur de vous présenter un projet d'arrêté royal fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19.

Le projet d'arrêté proposé tend à donner exécution aux articles 71 et 72 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé adopté sur la base de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II).

L'article 1^{er} du projet d'arrêté proposé instaure le principe d'une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel pour l'ensemble des dispensateurs de soins repris dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Les articles 2 à 5 du projet d'arrêté proposé décrivent les conditions et modalités de l'intervention financière, lesquelles varient selon les catégories de dispensateurs de soins auxquelles elle s'adresse (intervention forfaitaire ou non, montant,...).

Ces différences de traitement se fondent sur la spécificité des secteurs et sur la réalité du terrain, et se justifient au regard du principe d'égalité et de non-discrimination comme explicité ci-après.

L'article 2, alinéa 1^{er} et alinéa 2, du projet d'arrêté proposé énumère les catégories de dispensateurs de soins en faveur desquels l'assurance obligatoire intervient par contact-patient pour lequel une prestation de santé remboursable a été attestée.

Artikel 2, derde lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit benadrukt de vereiste van een patiëntencontact. Dit wordt verklaard door het feit dat de verstrekkingen die worden gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het algemeen plaats moeten vinden in aanwezigheid van de patiënt en de zorgverlener.

In het kader van de pandemie werden echter specifieke verstrekkingen op afstand gecreëerd door de artikelen 8 en volgende van het voornoemde koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020. Het is belangrijk om te preciseren dat deze verstrekkingen niet worden gedekt. Hetzelfde geldt voor de verstrekkingen waarbij er geen patiëntencontact is, zoals bijv. de hernieuwing van het globaal medisch dossier.

Deze verstrekkingen kunnen worden geïdentificeerd door de verzekeringsinstellingen gezien ze het voorwerp zijn van een aparte tarificatie via een andere nomenclatuurcode of ze bij de facturatie vergezeld gaan van een pseudocode.

Artikel 2, vierde lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit bepaalt dat de financiële tussenkomst niet verschuldigd is voor de geneeskundige verstrekkingen die worden aangerekend door een ziekenhuis. Deze uitzondering is niet van toepassing voor de psychologische zorg verleend door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in het kader van de overeenkomsten gesloten op basis van artikel 22, 6^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Onder geneeskundige verstrekkingen die worden aangerekend door een ziekenhuis verstaat men de verstrekkingen die door het ziekenhuis via het elektronisch facturatiebestand aan de verzekeringsinstellingen gefactureerd worden. De papieren facturatie valt dus wel onder het toepassingsgebied.

Artikel 2, vierde lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt in dat opzicht een dubbel verschil in behandeling in, dat kan worden gerechtvaardigd als volgt.

De vraag van de financiering van beschermingsmateriaal voor de zorg gefactureerd door de ziekenhuizen wordt geregeld door andere bepalingen aangenomen op basis van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen zoals gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 8 van 19 april 2020 tot wijziging van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en rekening houdend met het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020 voor de toekenning van en de regels voor de verdeling en vereffening van een voorschot aan de ziekenhuizen in het kader van de epidemie door het coronavirus COVID-19, gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 35 van 24 juni 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020 voor de toekenning van en de regels voor de verdeling en vereffening van een voorschot aan de algemene ziekenhuizen in het kader van de epidemie door het coronavirus COVID-19.

De uitsluiting van de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen van deze uitzondering wordt verklaard door het specifiek facturatiecircuit dat is voorzien voor de facturatie van eerstelijns psychologische zorg verleend door de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen en die worden terugbetaald door de verzekering voor geneeskundige verzorging via overeenkomsten gesloten op basis van artikel 22, 6^obis, van de voornoemde wet betreffende de verplichte verzekering. Dit facturatiecircuit voorziet immers dat het ziekenhuis voor de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen factureert aan de verzekeringsinstellingen. De klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen hebben dus geen andere keuze dan via het ziekenhuis te factureren en dit zelfs als de terugbetaalde verstrekkingen niet zijn uitgevoerd in het ziekenhuis. Dit circuit werd voorzien om toe te laten dat de geschikte controles zouden worden uitgevoerd. Deze uitzondering niet voorzien zou deze categorieën elke tussenkomst ontzeggen.

Artikel 3 van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt de bedragen vast van de in artikel 2 bedoelde financiële tussenkomst per patiëntencontact. Ze wordt per zorgverlener maximum 200 maal per maand verleend.

Het feit dat het bedrag van de financiële tussenkomst voor de tandheilkundigen, de artsen-specialisten in de otorhinolaryngologie en de artsen-specialisten in de stomatologie hoger is dan het bedrag van de financiële tussenkomst voor de andere zorgverleners bedoeld in artikel 2 wordt gerechtvaardigd als volgt.

De verhoging van het bedrag van de financiële tussenkomst voor de tandheilkundigen, de artsen-specialisten in de otorhinolaryngologie en de artsen-specialisten in de stomatologie wordt gemotiveerd door het feit dat deze zorgverleners door de aard van hun specialisme geroepen zijn om in contact te treden met de mond en de neus van de patiënt.

Vermits het gaat om handelingen die het risico op contact met het virus verhogen en die dus bijkomende beschermingsmaatregelen vereisen, werd het opportuun geacht om de tussenkomst voor deze categorieën te verhogen om zorgverleners die wegens de aard van de handelingen die ze stellen substantieel hogere kosten hebben om zich te beschermen, niet op gelijke wijze te behandelen.

L'article 2, alinéa 3, du projet d'arrêté proposé insiste sur l'exigence du contact-patient; cela s'explique du fait que, de manière générale, les prestations couvertes par l'assurance soins de santé doivent avoir lieu en présence du patient et du dispensateur de soins.

Dans le cadre de la pandémie, des prestations spécifiques à distance ont toutefois été instaurées par les articles 8 et suivants de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 précité. Il est important de préciser que ces prestations ne sont pas couvertes. Il en va de même pour les prestations qui ne traduisent pas un contact-patient comme, par exemple, le renouvellement du dossier médical global.

Ces prestations pourront être identifiées par les organismes assureurs puisqu'elles font l'objet d'une tarification séparée via un autre code de nomenclature ou s'accompagnent d'un pseudocode lors de la facturation.

L'article 2, alinéa 4, du projet d'arrêté proposé précise que l'intervention financière n'est pas due pour les prestations de santé portées en compte par un établissement hospitalier. Cette exception n'est pas d'application en ce qui concerne les soins psychologiques fournis par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 22, 6^obis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Par prestations de santé portées en compte par un établissement hospitalier, on entend les prestations qui sont facturées par l'établissement hospitalier aux organismes assureurs via le fichier de facturation électronique. La facturation papier tombe donc bien dans le champ d'application.

L'article 2, alinéa 4, du projet d'arrêté proposé instaure à cet égard une double différence de traitement qui peut se justifier comme suit.

La question du financement du matériel de protection pour les soins facturés par les hôpitaux a vocation à être réglée par d'autres dispositions adoptées sur base de l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tel que modifié par l'AR n° 8 du 19 avril 2020 modifiant l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tenant compte de l'AR n° 10 du 19 avril 2020 permettant l'octroi, les modalités de répartition et de liquidation d'une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 modifié par l'AR n° 35 du 24 juin 2020 modifiant l'arrêté royal n° 10 du 19 avril 2020 permettant l'octroi, les modalités de répartition et de liquidation d'une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19.

Quant à l'exclusion des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens prévue par cette exception, elle s'explique par le circuit de facturation spécifique prévu pour la facturation des soins de psychologie de première ligne effectués par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens et qui sont remboursés par l'assurance soins de santé via des conventions conclues sur base de l'article 22, 6^obis, de la loi relative à l'assurance obligatoire précitée. En effet, ce circuit de facturation prévoit que l'hôpital opère la facturation aux organismes assureurs pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens. Les psychologues et orthopédagogues cliniciens n'ont donc d'autre choix que de facturer via l'hôpital et ce même si les prestations remboursées ne sont pas effectuées dans l'hôpital. Ce circuit a été prévu pour permettre que les contrôles idoines soient opérés. Ne pas prévoir cette exception reviendrait à priver ces catégories de toute intervention.

L'article 3 du projet d'arrêté proposé fixe les montants de l'intervention financière par contact-patient prévue à l'article 2. Elle est octroyée par dispensateur de soins maximum 200 fois par mois.

Le fait que le montant de l'intervention financière soit plus élevé pour les praticiens de l'art dentaire, les médecins spécialistes en oto-rhinolaryngologie et les médecins spécialistes en stomatologie par rapport au montant de l'intervention financière pour les autres dispensateurs de soins visés à l'article 2 peut se justifier comme suit.

La majoration de l'intervention financière pour les praticiens de l'art dentaire, les médecins spécialistes en oto-rhinolaryngologie et les médecins spécialistes en stomatologie se justifie par le fait que ces dispensateurs sont par la nature de leurs spécialités appelés à entrer en contact avec la bouche et le nez du patient.

S'agissant d'actes qui augmentent le risque de contact avec le virus et requièrent donc des mesures de protection complémentaires, il a été jugé opportun d'augmenter l'intervention pour ces catégories pour ne pas traiter de manière similaire des dispensateurs qui avaient vocation, de par la nature des actes qu'ils sont amenés à poser, à subir des coûts substantiellement plus élevés pour se protéger.

Artikel 4, eerste lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit bepaalt dat de verzekeringsinstellingen de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 op intermutualistische wijze betalen en ten laatste op 31 december 2020.

De vermelding “op intermutualistische wijze” heeft tot doel dat één enkele betaling zou gebeuren aan elke zorgverlener door middel van een tussen de verzekeringsinstellingen overlegde procedure en na verzameling van de informatie betreffende de facturatie die werd ontvangen door de verschillende verzekeringsinstellingen om de door de reglementering voorziene plafonds te kunnen verifiëren.

Met dat doel houden de verzekeringsinstellingen voor elke zorgverlener, d.w.z. voor elke natuurlijke persoon, een gemeenschappelijke teller bij van het aantal patiëntencontacten op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 oktober 2020. Als eenzelfde natuurlijke persoon meerdere hoedanigheden als zorgverlener heeft, wordt de meest voordelige hoedanigheid weerhouden.

De vraag stelt zich wat er gebeurt met de betaling van de financiële tussenkomst verbonden aan vergoedbare geneeskundige verstrekkingen die werden uitgevoerd tussen 4 mei 2020 en 31 augustus 2020 maar waarvoor de verzekeringsinstellingen nog geen informatie hebben in hun gegevensbank op 31 oktober 2020, vermits de patiënten wettelijk over een termijn van 2 jaar beschikken om aanvragen tot terugbetaling in te dienen.

Het risico om bepaalde zorgverleners de financiële tussenkomst te ontzeggen door de enkele omstandigheid dat – afhankelijk van hun wil – hun patiënten de aanvraag tot tegemoetkoming niet hebben ingediend bij hun ziekenfonds binnen de door het ontwerp weerhouden termijn moet worden afgewogen tegen de doelstelling van efficiëntie en snelheid van het systeem, enerzijds, en de administratieve haalbaarheid van het systeem, anderzijds.

Bij de voorstelling van het ontwerpbesluit op het Verzekeringscomité van 29 juni 2020 werd trouwens duidelijk gezegd dat de voorgestelde financiële tussenkomst bestaat in een tussenkomst in de kosten en niet in een volledige terugbetaling van de kosten.

Voor de zorgverleners waarvoor een verstrekking aanleiding kan geven tot meerdere contacten is de tussenkomst in elk geval beperkt tot 200 contacten per maand, wat niet noodzakelijk de volledige activiteit van de zorgverleners dekt.

Het risico moet tevens worden gerelativeerd omdat bepaalde sectoren gebruik maken van de elektronische overdracht van gegevens aan de verzekeringsinstellingen via Mycarenet (in plaats van het papieren circuit), wat een quasi directe overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstellingen impliceert.

In het kader van de toepassing van de derdebetalersregeling tenslotte, worden de getuigschriften voor verstrekte hulp door de zorgverleners zelf aan de verzekeringsinstellingen van hun patiënten overgemaakt, wat eveneens het risico op een latere afgifte van de getuigschriften voor verstrekte hulp aan de verzekeringsinstellingen vermindert.

Uit de statistische gegevens en simulaties van de verzekeringsinstellingen blijkt hoe dan ook dat het overgrote merendeel van de getuigschriften voor verstrekte hulp ingediend worden binnen de twee maanden na datum van de verstrekkingen.

Artikel 4, tweede lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt de regels vast betreffende het indienen van de aanvraag voor de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2. De betalingen zullen worden uitgevoerd op het rekeningnummer dat de zorgverlener meedeelt via de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV (MyRIZIV).

Artikel 5, § 1, eerste en tweede lid, somt de categorieën van zorgverleners op voor dewelke een financiële tussenkomst wordt toegekend, niet per patiëntencontact zoals voor de zorgverleners bedoeld in artikel 2, maar op een forfaitaire basis, waarbij het bedrag van het forfait kan verschillen van categorie tot categorie.

Dit verschil in behandeling wordt gerechtvaardigd als volgt.

Voor de meeste individuele zorgverleners werd beslist om rekening te houden met het aantal patiëntencontacten om toe te laten niet tussen te komen voor de verstrekkingen op afstand die geen bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen vereisen en om niet tussen te komen voor de zorgverleners die geen of bijna geen verstrekking hebben verricht tijdens de bedoelde periode.

Voor de structuren (d.w.z. de zorgverleners die patiënten ontvangen in een voor het publiek toegankelijke ruimte) werd beschouwd dat het feit dat ze beschikbaar zijn gebleven voor de patiënten (open apotheek, ...) het nemen van beschermingsmaatregelen vereiste. Die opening heeft vaste kosten meegebracht (plaatsen van plexiglas, markeringen op de vloer, ...) die van een andere aard zijn dan deze die werden gemaakt door de individuele zorgverleners. Op die manier leek het aantal patiëntencontacten minder pertinent als aanknopingspunt en dit criterium gebruiken zou erop neerkomen om fundamenteel verschillende situaties op gelijke wijze te behandelen.

L'article 4, alinéa 1^{er}, du projet d'arrêté proposé dispose que les organismes assureurs paient l'intervention financière visée à l'article 2 de façon intermutualiste et au plus tard le 31 décembre 2020.

La mention “de façon intermutualiste” a pour objectif qu'un seul paiement soit effectué à chaque dispensateur au moyen d'une procédure concertée entre les organismes assureurs et après regroupement des informations de facturation reçues par les différents organismes assureurs pour pouvoir vérifier les plafonds prévus par la réglementation.

A cette fin, les organismes assureurs tiennent, pour chaque dispensateur de soins, c'est-à-dire pour chaque personne physique, un compteur commun du nombre de contacts-patients sur base des données dont ils disposent au 31 octobre 2020. Si une même personne physique exerce avec plusieurs qualités comme dispensateur de soins, la qualité la plus avantageuse est retenue.

La question se pose de savoir ce qu'il advient du paiement de l'intervention financière liée aux prestations de santé remboursables qui ont été effectuées entre le 4 mai 2020 et le 31 août 2020 mais pour lesquelles les organismes assureurs ne disposent pas d'information dans leur banque de donnée au 31 octobre 2020, étant donné que les patients disposent légalement d'un délai de deux ans pour introduire les demandes de remboursement.

Le risque de priver certains dispensateurs de soins de l'intervention financière due par la seule circonstance – indépendante de leur volonté – que leurs patients n'ont pas remis leur formulaire d'intervention auprès de leur mutualité dans le délai retenu par le projet, doit être mis en balance avec la poursuite d'un objectif d'efficacité et de rapidité du système, d'une part, et de faisabilité du système sur le plan administratif, d'autre part.

Lors de la présentation au Comité de l'assurance du 29 juin 2020 du projet d'arrêté proposé, il a d'ailleurs été clairement spécifié que l'intervention financière proposée consiste en une intervention dans les coûts et non en un remboursement complet des coûts.

Ainsi, concernant les dispensateurs de soins pour lesquels une prestation peut donner lieu à plusieurs contacts, l'aide est de toute façon limitée à 200 contacts par mois, ce qui ne couvrira pas nécessairement l'entièreté de l'activité des dispensateurs de soins, quels qu'ils soient.

Le risque doit également être relativisé du fait que certains secteurs font usage de la transmission électronique aux organismes assureurs de leurs données via Mycarenet (en lieu et place du circuit papier), ce qui implique une transmission des données vers les organismes assureurs quasi en temps réel.

Enfin, dans le cadre de l'application du tiers payant, les attestations de soins donnés sont transmises par les dispensateurs de soins eux-mêmes aux organismes assureurs de leurs patients, ce qui réduit également le risque de remise différée des attestations de soins donnés aux organismes assureurs.

Des statistiques et simulations des organismes assureurs, il ressort en tout état de cause que la plupart des attestations de soins donnés sont introduites endéans les deux mois qui suivent la date des prestations.

L'article 4, alinéa 2, du projet d'arrêté proposé fixe les modalités relatives à l'introduction de la demande d'intervention financière visée à l'article 2. Les paiements seront effectués sur le numéro de compte communiqué par le dispensateur de soins via l'application web INAMI prévue à cet effet (MyINAMI).

L'article 5, §1^{er}, alinéa 1^{er} et 2, énumère les catégories de dispensateurs de soins pour lesquelles une intervention financière est octroyée, non pas par « contact-patient », comme pour les dispensateurs de soins visés à l'article 2, mais sur une base forfaitaire, le montant du forfait pouvant différer d'une catégorie à l'autre.

Cette différence de traitement se justifie comme suit.

Pour la majorité des dispensateurs de soins individuels, il a été décidé de prendre en compte un nombre de contacts-patients pour permettre de ne pas intervenir pour les prestations à distance qui n'ont pas nécessité de mesures de protection spécifiques et de matériel et pour ne pas intervenir pour les dispensateurs qui n'auraient effectué aucune ou quasi-aucune prestation pendant la période visée.

Pour les structures (c.-à-d. les prestataires qui accueillent des patients dans un espace ouvert au public), il a été considéré que c'est le fait qu'elles soient restées disponibles pour les patients (officine ouverte,...) qui avait imposé l'adoption de mesures de protection. Cette ouverture a engendré des coûts fixes (placement de plexiglas, marquages au sol,...) qui sont d'une nature différente de ceux qui ont été faits par les dispensateurs individuels. De sorte que le nombre de contacts-patients semblait moins pertinent comme élément déclencheur et qu'utiliser ce critère serait revenu à traiter de manière identique des situations fondamentalement différentes.

Voor de diëtisten, de ergotherapeuten, de orthoptisten en de podologen (paramedische beroepen) werd op vraag van de sectoren tijdens het Verzekeringscomité van 29 juni 2020 gekozen voor een verminderd maandforfait ten opzichte van het maximum voor de andere zorgverleners, rekening houdend met het feit dat deze beroepen talrijke verstrekkingen realiseren die niet zijn voorzien door de nomenclatuur.

Artikel 5, § 1, derde lid, van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt de regels vast voor de toekenning van de tussenkomst voorzien in het eerste en het tweede lid. De uitsluiting van twee revalidatiecentra van het genot van de financiële tussenkomst wordt gerechtvaardigd als volgt.

In vergelijking met de andere revalidatiecentra die niet zijn geïntegreerd in een ziekenhuis en die een lopende overeenkomst hebben met het Verzekeringscomité in uitvoering van artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bevinden de centra Clairs Vallons en Zeepreventorium zich in een bijzondere situatie die impliceert dat hun uitgaven voor beschermingsmateriaal duidelijk hoger zijn dan de uitgaven van de andere centra. Om die reden is het de bedoeling om een specifieke maatregel uit te werken voor de tussenkomst ten aanzien van deze twee centra in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie.

De situatie van de centra Clairs Vallons en Zeepreventorium is immers verschillend van de situatie van de andere bedoelde revalidatiecentra. Clairs Vallons en Zeepreventorium zijn centra met een zeer grote opvangcapaciteit (respectievelijk 116 en 160 patiënten per dag) die bijna al hun patiënten ontvangen in een internaatformule (24 uur per dag), terwijl de andere bedoelde revalidatiecentra centra zijn met een dagelijkse opvangcapaciteit die duidelijk lager is en die enkel ambulante patiënten ontvangen die maximum enkele uren in die centra verblijven. Volgend op die verschillen zou het toekennen van een financiële tussenkomst van 500 euro neerkomen op een gelijke behandeling van centra die zich in een fundamenteel verschillende situatie bevinden.

Artikel 5, § 2, van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt een forfaitaire financiële tussenkomst vast voor de diëtisten, de ergotherapeuten, de orthoptisten en de podologen, die gelijk is aan 100 euro per maand tijdens dewelke vergoedbare geneeskundige verstrekkingen werden verleend. Dit bedrag wordt vastgesteld, zoals hierboven verduidelijkt, ermee rekening houdend dat deze beroepen talrijke verstrekkingen realiseren die niet zijn voorzien door de nomenclatuur. De betalingen zullen worden uitgevoerd op het rekeningnummer dat de zorgverlener meedeelt via de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV (MyRIZIV).

Artikel 5, § 3, van het voorgestelde ontwerpbesluit stelt de financiële tussenkomst vast voor elk triage- en afnamecentrum zoals bedoeld in titel 4, hoofdstuk 2 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 5, § 4, van het ontwerpbesluit stelt de regels vast voor de betaling van de financiële tussenkomsten bedoeld in artikel 5 evenals de regels betreffende het indienen van de aanvraag van de tussenkomst.

Artikel 6 van het voorgestelde ontwerpbesluit bepaalt de buitenwerking-treding van de artikelen 62 tot 64 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het betreft het systeem dat tot eind augustus 2020 werd toegepast voor de sector verpleegkundigen. Daaruit volgt dat het systeem dat werd gebruikt voor de verpleegkundigen enkel zal worden aangepast in geval van verlenging van het systeem ingesteld krachtens dit ontwerpbesluit.

Artikel 7 van het voorgestelde ontwerpbesluit regelt zijn toepassingsgebied in de tijd. Zoals onderstreept door de Raad van State moet vastgesteld worden dat het ontwerpbesluit aan de verzekeringsinstellingen verplichtingen oplegt na de datum van 31 augustus 2020, namelijk de verplichting om een gezamenlijke teller bij te houden van het aantal patiëntencontacten op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 oktober 2020, alsook de verplichting om de verschuldigde financiële tussenkomsten ten laatste op 31 december 2020 te betalen, zodat de buitenwerking-treding van het voorgestelde ontwerpbesluit niet kan overeenstemmen met de datum van 31 augustus 2020.

Opdat die verplichtingen nog een rechtsgrond hebben op die datums dient veeleer bepaald te worden dat de financiële tussenkomsten enkel op de bedoelde periode betrekking kunnen hebben, namelijk van 4 mei 2020 tot 31 augustus 2020.

Pour les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthoptistes et les podologues (professions paramédicales), un forfait mensuel réduit par rapport au maximum prévu pour les autres dispensateurs a été choisi à la demande des secteurs lors du Comité de l'assurance du 29 juin 2020 en tenant compte du fait que ces professions réalisent de nombreuses prestations qui ne sont pas prévues par la nomenclature.

L'article 5, §1^{er}, alinéa 3, du projet d'arrêté proposé fixe les modalités d'octroi de l'intervention prévue aux alinéas 1^{er} et 2. L'exclusion de deux centres de rééducation du bénéfice de l'intervention financière est justifiée comme suit.

En comparaison avec les autres centres de rééducation non intégrés dans un hôpital et ayant conclu une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution de l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire précitée, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est une situation particulière qui implique que leurs dépenses pour le matériel de protection sont nettement plus élevées que les dépenses dans les autres centres. C'est pourquoi le but est d'élaborer une mesure spécifique pour l'intervention vis-à-vis de ces deux centres dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

En effet, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est différente de la situation des autres centres de rééducation visés. Clairs Vallons et Zeepreventorium sont des centres avec une très grande capacité d'accueil (respectivement 116 et 160 patients par jour) qui admettent presque tous leurs patients en formule internat (24 heures par jour), alors que les autres centres de rééducation visés sont des centres avec une capacité d'accueil journalière nettement inférieure qui voient uniquement des patients ambulatoires qui séjournent au maximum quelques heures dans ces centres. Suite à ces différences, leur octroyer une intervention financière de 500 euros reviendrait à traiter de manière identique des centres se trouvant dans une situation fondamentalement différente.

L'article 5, § 2, du projet d'arrêté proposé fixe l'intervention financière forfaitaire pour les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthoptistes et les podologues, laquelle équivaut à 100 euros par mois durant lequel des prestations de santé remboursables ont été fournies. Ce montant est fixé, comme précisé ci-dessus, compte tenu de ce que ces professions réalisent de nombreuses prestations qui ne sont pas prévues par la nomenclature. Les paiements seront effectués sur le numéro de compte communiqué par le dispensateur de soins via l'application web INAMI prévue à cet effet (MyINAMI).

L'article 5, § 3, du projet d'arrêté proposé fixe l'intervention financière pour chaque centre de triage et de prélèvement visé au titre 4, chapitre 2, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.

L'article 5, § 4, du projet d'arrêté proposé fixe les modalités de paiement des interventions financières visées à l'article 5 ainsi que les modalités relatives à l'introduction des demandes d'intervention.

L'article 6 du projet d'arrêté proposé détermine la fin de vigueur des articles 62 à 64 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé. Il s'agit du système appliqué pour le secteur infirmier jusque fin août 2020. Il en découle que ce n'est qu'en cas de prolongation du système instauré en vertu du présent projet d'arrêté que le système utilisé pour les infirmiers sera adapté.

L'article 7 du projet d'arrêté proposé règle son champ d'application dans le temps. Comme souligné par le Conseil d'Etat, force est de constater que le projet d'arrêté proposé impose des obligations aux organismes assureurs au-delà de la date du 31 août 2020, à savoir l'obligation de tenir un compteur commun du nombre de contacts-patients sur la base des données dont ils disposent au 31 octobre 2020, ainsi que l'obligation de payer les interventions financières dues au plus tard pour le 31 décembre 2020, de telle sorte que la fin de vigueur du projet d'arrêté proposé ne peut pas correspondre à la date du 31 août 2020.

Afin que ces obligations conservent un fondement juridique à ces dates, il convient plutôt de prévoir que les interventions financières ne peuvent porter que sur la période visée, à savoir du 4 mai 2020 au 31 août 2020.

Artikel 8 van het voorgestelde ontwerpbesluit laat de bepalingen in werking treden met terugwerkende kracht tot 4 mei 2020, de datum waarop de bedoelde periode begint.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

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

RAAD VAN STATE,
afdeling Wetgeving

Advies 67.983/2/V van 10 september 2020 over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie'

Op 3 september 2020 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie verzocht binnen een termijn van vijf werkdagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie'.

Het ontwerp is door de tweede vakantiekamer onderzocht op 10 september 2020. De kamer was samengesteld uit Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Patrick RONVAUX en Christine HOREVOETS, staatsraden, en Béatrice DRAPIER, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Anne-Stéphanie RENSON, adjunct-auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Pierre VANDERNOOT.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 10 september 2020.

Volgens artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten 'op de Raad van State', gecoördineerd op 12 januari 1973, moeten in de adviesaanvraag in het bijzonder de redenen worden opgegeven tot staving van het spoedeisend karakter ervan.

De motivering in de brief met de adviesaanvraag luidt als volgt:

"Het verzoek om spoedbehandeling is gemotiveerd door de omstandigheid dat het noodzakelijk is om de modaliteiten van de tijdelijke financiële tussenkomst in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen in het kader van de COVID-19 pandemie snel te beveiligen voor de zorgverleners, vermits sedert 4 mei 2020 geen enkel bedrag aan de rechthebbende kan worden aangerekend".

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten 'op de Raad van State', gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat die drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. Het ontwerpbesluit strekt ertoe uitvoering te geven aan de artikelen 71 en 72 van koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 'houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging'.

Dat koninklijk besluit nr. 20 is een bijzonderemachtigingsbesluit dat is vastgesteld op basis van de wet van 27 maart 2020 'die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II)'. Overeenkomstig artikel 7, tweede en derde lid, van die wet moet dat koninklijk besluit bij wet worden bekrachtigd binnen een termijn van een jaar vanaf zijn inwerkingtreding; anders wordt het geacht nooit uitwerking te hebben gehad.¹

De aandacht van de steller van het ontwerp wordt gevestigd op het feit dat, ingeval het koninklijk besluit nr. 20 niet bij wet bekrachtigd zou zijn binnen de termijn bepaald in artikel 7 van de voornoemde wet van 27 maart 2020, het ontworpen besluit eveneens geacht zou worden nooit uitwerking te hebben gehad.

L'article 8 du projet d'arrêté proposé fait rétroagir les dispositions à la date du 4 mai 2020, date à laquelle débute la période visée.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

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

CONSEIL D'ÉTAT,
section de législation

Avis 67.983/2/V du 10 septembre 2020 sur un projet d'arrêté royal 'fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures et du matériel de protection spéciaux, dans le cadre de la pandémie COVID-19'

Le 3 septembre 2020, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration à communiquer un avis, dans un délai de cinq jours ouvrables, sur un projet d'arrêté royal 'fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures et du matériel de protection spéciaux, dans le cadre de la pandémie COVID-19'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre des vacances le 10 septembre 2020. La chambre était composée de Pierre VANDERNOOT, président de chambre, Patrick RONVAUX et Christine HOREVOETS, conseillers d'État, et Béatrice DRAPIER, greffier.

Le rapport a été présenté par Anne-Stéphanie RENSON, auditeur adjoint.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de Pierre VANDERNOOT.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 10 septembre 2020.

Suivant l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la demande d'avis doit spécialement indiquer les motifs qui en justifient le caractère urgent.

La lettre s'exprime en ces termes :

« Het verzoek om spoedbehandeling is gemotiveerd door de omstandigheid dat het noodzakelijk is om de modaliteiten van de tijdelijke financiële tussenkomst in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen in het kader van de COVID-19 pandemie snel te beveiligen voor de zorgverleners, vermits sedert 4 mei 2020 geen enkel bedrag aan de rechthebbende kan worden aangerekend ».

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

OBSERVATIONS GENERALES

1. Le projet d'arrêté tend à donner exécution aux articles 71 et 72 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 'portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé'.

L'arrêté royal n° 20 est un arrêté de pouvoirs spéciaux adopté sur la base de la loi du 27 mars 2020 'habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II)'. Conformément à l'article 7, alinéas 2 et 3, de cette loi, il doit être confirmé par la loi dans un délai d'un an à partir de son entrée en vigueur, à défaut de quoi il sera réputé n'avoir jamais produit ses effets¹.

L'attention de l'auteur du projet est attirée sur le fait qu'au cas où l'arrêté royal n° 20 n'aurait pas été confirmé par la loi dans le délai fixé par l'article 7 de la loi précitée du 27 mars 2020, l'arrêté en projet serait également réputé n'avoir jamais produit ses effets.

2. Bij verschillende bepalingen van het voorliggende ontwerp worden regelgevende bevoegdheden gedelegeerd aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.²

Het is in principe niet toelaatbaar dat een regelgevende bevoegdheid wordt opgedragen aan een ambtenaar die geen politieke verantwoordelijkheid draagt ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering, omdat daarmee afbreuk wordt gedaan aan het beginsel van de eenheid van verordenende macht en aan het beginsel van de politieke verantwoordelijkheid van de ministers. Enkel wanneer het gaat om maatregelen die een beperkte en technische draagwijdte hebben, kan een dergelijke delegatie worden aanvaard.

Het vaststellen van de (bijkomende)³ regels voor de betaling van de financiële tussenkomst, bedoeld in artikel 4, kan weliswaar worden beschouwd als een maatregel met een beperkte en puur technische draagwijdte, maar dat geldt niet voor het vaststellen van de regels betreffende het indienen van de aanvraag om financiële tussenkomst, bedoeld in artikel 5, § 4, eerste en tweede lid.⁴

Ofwel worden bijgevolg de regels in kwestie in het ontworpen besluit zelf bepaald, ofwel worden de machtigingen die bij de voorliggende bepalingen aan de leidend ambtenaar worden verleend, vervangen door machtigingen verleend aan de bevoegde minister, bij een besluit dat dan in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Artikel 5, § 4, eerste en tweede lid, moet bijgevolg worden herzien.

3. In het voorliggende ontwerp worden meerdere verschillen in behandeling vastgelegd die men ten aanzien van het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie zou moeten rechtvaardigen.

Naar aanleiding van een verzoek om uitleg daarover heeft de gemachtigde van de minister de volgende verantwoording gegeven:

– Voor het feit dat er geen financiële tussenkomst is voor de geneeskundige verstrekingen aangerekend door een ziekenhuis, met uitzondering van de “psychologische zorg verleend door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in het kader van de overeenkomsten gesloten op basis van artikel 22, 6^obis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994” (artikel 2, vierde lid):

« La question du financement du matériel de protection pour les soins facturés par les hôpitaux a vocation à être réglée par d’autres dispositions adoptées sur base de l’article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tel que modifié par l’AR n° 8 du 19 avril 2020 modifiant l’article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tenant compte de l’AR n° 10 du 19 avril 2020 permettant l’octroi, les modalités de répartition et de liquidation d’une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l’épidémie de coronavirus COVID–19 modifié par l’AR n° 35 du 24 juin 2020 modifiant l’arrêté royal n° 10 du 19 avril 2020 permettant l’octroi, les modalités de répartition et de liquidation d’une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l’épidémie de coronavirus COVID–19.

L’exclusion des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens prévue par cette exception s’explique par le circuit de facturation spécifique prévu pour la facturation des soins de psychologie de première ligne effectués par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens et qui sont remboursés par l’assurance soins de santé via des conventions conclues sur base de l’article 22, 6^obis de la LSSI. En effet, ce circuit de facturation prévoit que l’hôpital opère la facturation aux organismes assureurs pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens. Les psychologues et orthopédagogues cliniciens n’ont donc d’autre choix que de facturer via l’hôpital et ce même si les prestations remboursées ne sont pas effectuées dans l’hôpital. Ce circuit a été prévu pour permettre que les contrôles idoines soient opérés. Ne pas prévoir cette exception reviendrait à priver ces catégories de toute intervention ».

– Voor het feit dat voor de tandheelkundigen, de artsen-specialisten in de otorhinolaryngologie en de artsen-specialisten in de stomatologie een hogere financiële tussenkomst geldt dan voor de andere zorgverleners bedoeld in artikel 2 (artikel 3):

« La majoration de l’intervention financière pour les praticiens de l’art dentaire, les médecins-spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins-spécialistes en stomatologie se justifie par le fait que ces dispensateurs sont par la nature de leurs spécialités appelés à entrer en contact avec la bouche et le nez du patient.

S’agissant d’actes qui augmentent le risque de contact avec le virus et requièrent donc des mesures de protection complémentaires, il a été jugé opportun d’augmenter l’intervention pour ces catégories pour ne

2. Plusieurs dispositions du projet à l’examen délèguent des pouvoirs réglementaires au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité².

L’attribution d’un pouvoir réglementaire à un fonctionnaire qui n’est pas politiquement responsable devant une assemblée démocratiquement élue n’est en principe pas admissible dès lors qu’elle porte atteinte au principe de l’unité du pouvoir réglementaire et à celui de la responsabilité politique des ministres. Une telle délégation ne peut être acceptée que lorsqu’il s’agit de mesures ayant une portée limitée et technique.

Si la fixation des modalités (supplémentaires³) de paiement de l’intervention financière visée à l’article 4 peut être considérée comme une mesure ayant une portée limitée et purement technique, il n’en va pas de même pour la fixation des modalités relatives à l’introduction de la demande d’intervention financière visée à l’article 5, § 4, alinéas 1^{er} et 2^e⁴.

Par conséquent, soit l’arrêté en projet définit lui-même les modalités concernées, soit les habilitations conférées au fonctionnaire dirigeant par les dispositions à l’examen sont remplacées par des habilitations conférées au ministre compétent, dont l’arrêté sera alors publié au *Moniteur belge*.

L’article 5, § 4, alinéas 1^{er} et 2, sera par conséquent revu.

3. Le projet à l’examen consacre plusieurs différences de traitement qu’il conviendrait de justifier au regard du principe d’égalité et de non-discrimination.

Interrogé à cet égard, le délégué de la Ministre a apporté les justifications suivantes :

– Quant à l’absence d’intervention financière pour les prestations de santé portées en compte par un établissement hospitalier, à l’exception des « soins psychologiques fournis par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens dans le cadre des conventions conclues sur base de l’article 22, 6^obis, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 » (article 2, alinéa 4) :

« La question du financement du matériel de protection pour les soins facturés par les hôpitaux a vocation à être réglée par d’autres dispositions adoptées sur base de l’article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tel que modifié par l’AR n° 8 du 19 avril 2020 modifiant l’article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins tenant compte de l’AR n° 10 du 19 avril 2020 permettant l’octroi, les modalités de répartition et de liquidation d’une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l’épidémie de coronavirus COVID–19 modifié par l’AR n° 35 du 24 juin 2020 modifiant l’arrêté royal n° 10 du 19 avril 2020 permettant l’octroi, les modalités de répartition et de liquidation d’une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l’épidémie de coronavirus COVID–19.

L’exclusion des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens prévue par cette exception s’explique par le circuit de facturation spécifique prévu pour la facturation des soins de psychologie de première ligne effectués par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens et qui sont remboursés par l’assurance soins de santé via des conventions conclues sur base de l’article 22, 6^obis de la LSSI. En effet, ce circuit de facturation prévoit que l’hôpital opère la facturation aux organismes assureurs pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens. Les psychologues et orthopédagogues cliniciens n’ont donc d’autre choix que de facturer via l’hôpital et ce même si les prestations remboursées ne sont pas effectuées dans l’hôpital. Ce circuit a été prévu pour permettre que les contrôles idoines soient opérés. Ne pas prévoir cette exception reviendrait à priver ces catégories de toute intervention ».

– Quant au fait que le montant de l’intervention financière soit plus élevé pour les praticiens de l’art dentaire, les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins spécialistes en stomatologie par rapport au montant de l’intervention financière pour les autres dispensateurs de soins visés à l’article 2 (article 3) :

« La majoration de l’intervention financière pour les praticiens de l’art dentaire, les médecins-spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins-spécialistes en stomatologie se justifie par le fait que ces dispensateurs sont par la nature de leurs spécialités appelés à entrer en contact avec la bouche et le nez du patient.

S’agissant d’actes qui augmentent le risque de contact avec le virus et requièrent donc des mesures de protection complémentaires, il a été jugé opportun d’augmenter l’intervention pour ces catégories pour ne

pas traiter de manière similaire des dispensateurs qui avaient vocation, de par la nature des actes qu'ils sont amenés à poser, à subir des coûts substantiellement plus élevés pour se protéger ».

– Voor het feit dat twee revalidatiecentra niet in aanmerking komen voor de financiële tussenkomst (artikel 5, § 1, derde lid):

« Les deux centres visés ont une capacité qui dépasse largement celle des autres centres de rééducation :

* 116 patients pour Clairs Vallons

* 160 patients pour Zeepreventorium

En comparaison avec les autres centres de rééducation non intégrés dans un hôpital et ayant conclu une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution de l'article 22, 6° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est une situation particulière qui implique que leurs dépenses pour le matériel de protection sont nettement plus élevées que les dépenses dans les autres centres. C'est pourquoi le but est d'élaborer une mesure spécifique pour l'intervention vis-à-vis de ces deux centres dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

En effet, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est différente de la situation des autres centres de rééducation visés. Clairs Vallons et Zeepreventorium sont des centres avec une très grande capacité d'accueil (respectivement 116 et 160 patients par jour) qui admettent presque tous leurs patients en formule internat (24 heures par jour), alors que les autres centres de rééducation visés, sont des centres avec une capacité d'accueil journalière nettement inférieure qui voient uniquement des patients ambulatoires qui séjournent au maximum quelques heures dans ces centres. Suite à ces différences, leur octroyer une intervention financière de 500 € reviendrait à traiter de manière identique des centres se trouvant dans une situation fondamentalement différente ».

– Voor het feit dat, voor sommige zorgverleners, vermeld in artikel 5, § 2, een forfaitaire financiële tussenkomst geldt, tegenover een financiële tussenkomst per "patiëntencontact" voor de andere zorgverleners, vermeld in artikel 2:

« Pour la majorité des dispensateurs de soins individuels, il a été décidé de prendre en compte un nombre de contacts-patients pour permettre de ne pas intervenir pour les prestations à distance qui n'ont pas nécessité de mesures et de matériels de protection et pour ne pas intervenir pour les dispensateurs qui n'auraient effectué aucune ou quasi-aucune prestation pendant la période visée.

Pour les structures (c.-à-d. les prestataires qui accueillent des patients dans un espace ouvert au public), il a été considéré que c'est le fait qu'elle soit restée disponible pour les patients (officine ouverte, ...) qui avait imposé l'adoption de mesures de protection. Cette ouverture a engendré des coûts fixes (placement de plexiglas, marquages au sol, ...) qui sont d'une nature différente de ceux qui ont été faits par les dispensateurs individuels. De sorte que le nombre de contact-patient semblait moins pertinent comme élément déclencheur et qu'utiliser ce critère serait revenu à traiter de manière identique des situations fondamentalement différentes.

Pour les diététiciens, les ergothérapeutes et les podologues (professions paramédicales), un forfait mensuel réduit par rapport au maximum prévu pour les autres dispensateurs a été choisi à la demande des secteurs (Comité de l'assurance du 29 juin) en tenant compte du fait que ces professions réalisent de nombreuses prestations qui ne sont pas prévues par la nomenclature ».

Gelet op de talrijke verschillen in behandeling die hierboven worden genoemd, wordt sterk aanbevolen deze verantwoordingen op te nemen in een verslag aan de Koning, dat bij het voorliggende ontwerpbesluit moet worden gevoegd.

BIJZONDERE OPMERKINGEN

OPSCHRIFT

In het Franse opschrift moeten de woorden "des mesures et du matériel de protection spéciaux" vervangen worden door de woorden "des mesures de protection spécifiques et du matériel" ter wille van de overeenstemming met de machtiging die vervat is in artikel 71, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 20.

Dezelfde opmerking geldt voor artikel 1.

AANHEF

1. De wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994, verleent strikt genomen geen rechtsgrond aan het ontworpen besluit.

Die wet moet dus niet vermeld worden in de aanhef maar er kan melding van gemaakt worden in een overweging.

pas traiter de manière similaire des dispensateurs qui avaient vocation, de par la nature des actes qu'ils sont amenés à poser, à subir des coûts substantiellement plus élevés pour se protéger ».

– Quant à l'exclusion de deux centres de rééducation du bénéfice de l'intervention financière (article 5, § 1^{er}, alinéa 3) :

« Les deux centres visés ont une capacité qui dépasse largement celle des autres centres de rééducation :

* 116 patients pour Clairs Vallons

* 160 patients pour Zeepreventorium

En comparaison avec les autres centres de rééducation non intégrés dans un hôpital et ayant conclu une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution de l'article 22, 6° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est une situation particulière qui implique que leurs dépenses pour le matériel de protection sont nettement plus élevées que les dépenses dans les autres centres. C'est pourquoi le but est d'élaborer une mesure spécifique pour l'intervention vis-à-vis de ces deux centres dans les coûts des mesures de protections spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

En effet, la situation des centres Clairs Vallons et Zeepreventorium est différente de la situation des autres centres de rééducation visés. Clairs Vallons et Zeepreventorium sont des centres avec une très grande capacité d'accueil (respectivement 116 et 160 patients par jour) qui admettent presque tous leurs patients en formule internat (24 heures par jour), alors que les autres centres de rééducation visés, sont des centres avec une capacité d'accueil journalière nettement inférieure qui voient uniquement des patients ambulatoires qui séjournent au maximum quelques heures dans ces centres. Suite à ces différences, leur octroyer une intervention financière de 500 € reviendrait à traiter de manière identique des centres se trouvant dans une situation fondamentalement différente ».

– Quant au fait que l'intervention financière soit forfaitaire pour certains dispensateurs de soins visés à l'article 5, § 2, par rapport à une intervention financière par « contact-patient » pour les autres dispensateurs de soins visés à l'article 2 :

« Pour la majorité des dispensateurs de soins individuels, il a été décidé de prendre en compte un nombre de contacts-patients pour permettre de ne pas intervenir pour les prestations à distance qui n'ont pas nécessité de mesures et de matériels de protection et pour ne pas intervenir pour les dispensateurs qui n'auraient effectué aucune ou quasi-aucune prestation pendant la période visée.

Pour les structures (c.-à-d. les prestataires qui accueillent des patients dans un espace ouvert au public), il a été considéré que c'est le fait qu'elle soit restée disponible pour les patients (officine ouverte, ...) qui avait imposé l'adoption de mesures de protection. Cette ouverture a engendré des coûts fixes (placement de plexiglas, marquages au sol, ...) qui sont d'une nature différente de ceux qui ont été faits par les dispensateurs individuels. De sorte que le nombre de contact-patient semblait moins pertinent comme élément déclencheur et qu'utiliser ce critère serait revenu à traiter de manière identique des situations fondamentalement différentes.

Pour les diététiciens, les ergothérapeutes et les podologues (professions paramédicales), un forfait mensuel réduit par rapport au maximum prévu pour les autres dispensateurs a été choisi à la demande des secteurs (Comité de l'assurance du 29 juin) en tenant compte du fait que ces professions réalisent de nombreuses prestations qui ne sont pas prévues par la nomenclature ».

Au vu des nombreuses différences de traitement relevées supra, il est fortement recommandé d'inscrire ces justifications dans un rapport au Roi à joindre au présent arrêté en projet.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

INTITULE

Dans la version française de l'intitulé, les mots « des mesures et du matériel de protection spéciaux » seront remplacés par les mots « des mesures de protection spécifiques et du matériel », afin de se conformer à l'habilitation figurant à l'article 71, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 20.

La même observation vaut pour l'article 1^{er}.

PREAMBULE

1. La loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994, ne procure pas, à proprement parler, un fondement juridique à l'arrêté en projet.

Cette loi ne doit donc pas être visée au préambule mais il peut en être fait mention dans un considérant.

2. De gemachtigde van de minister is het ermee eens dat in het derde lid de datum van “8 juni 2020” vervangen moet worden door de datum van “8 juli 2020”.

Het derde en het vierde lid moeten bijgevolg onderling van plaats verwisseld worden zodat de chronologische volgorde in acht genomen wordt.

Bovendien kan erop gewezen worden dat de procedure ter raadpleging van de Commissie voor begrotingscontrole via videoconferentie verlopen is, door in het lid waarin naar het advies van dat orgaan wordt verwezen te vermelden dat dat advies gegeven is met toepassing van artikel 2, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 20.⁵

Hetzelfde geldt wat het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging betreft, aangezien de gemachtigde van de minister tevens bevestigd heeft dat de procedure ter raadpleging van dat comité via videoconferentie verlopen is.

3. Het vijfde lid dient aangevuld te worden met de melding van de datum waarop de inspecteur van Financiën zijn advies gegeven heeft.

4. Het zesde lid dient aangevuld te worden met de melding van de datum waarop de minister van Begroting het ontwerp akkoord bevonden heeft.

DISPOSITIEF

Artikel 1

Het woord “nadere” moet weggelaten worden, aangezien er geen andere regels bestaan met betrekking tot het verlenen van de financiële tussenkomst dan die welke bij het voorliggende ontwerp vastgesteld worden.

Artikel 2

Het derde lid bepaalt dat

“[d]e financiële tussenkomst (...) enkel [kan] worden verleend als de verstrekkingen werden verleend in de fysieke aanwezigheid van de patiënt en de zorgverlener”.

Op een vraag in dat verband heeft de gemachtigde van de minister het volgende geantwoord:

« De manière générale, les prestations couvertes par l'assurance soins de santé doivent avoir lieu en présence du patient et du dispensateur. Dans le cadre de la pandémie, des prestations spécifiques ‘à distance’ ont toutefois été instaurées par les articles 8 et suivants de l'AR n° 20 de sorte qu'il était important de préciser que ces prestations n'étaient pas couvertes.

Ces prestations pourront être identifiées par les organismes assureurs puisqu'elles font l'objet d'une tarification séparée via un autre code de nomenclature ou s'accompagnent d'un pseudocode lors de la facturation ».

Het verdient aanbeveling die toelichting op te nemen in het verslag aan de Koning, dat, zoals hierboven is aanbevolen, bij het voorliggende ontwerp zou moeten worden gevoegd.

Artikel 3

1. Aangezien het voorliggende ontwerp op verscheidene financiële tussenkomsten betrekking heeft, dient ter wille van de rechtszekerheid in artikel 3 gepreciseerd te worden dat het de in artikel 2 bedoelde financiële tussenkomst betreft.

Dezelfde opmerking geldt, mutatis mutandis, voor artikel 4.

2. Het woord “kalendermaand” moet vervangen worden door het woord “maand”. Er is immers geen reden om in de tekst te spreken van “kalendermaand”: wanneer een termijn in maanden uitgedrukt wordt, gaat het automatisch om “kalendermaanden”.⁶

Dezelfde opmerking geldt voor artikel 5, § 1, tweede lid, § 2, tweede lid, en § 3, tweede lid.

Artikel 4

1. Op de vraag wat de strekking is van de woorden “op intermutualistische wijze”, heeft de gemachtigde van de minister het volgende geantwoord:

« La mention ‘de façon intermutualiste’ a pour objectif qu'un seul paiement soit effectué à chaque dispensateur au moyen d'une procédure concertée entre les organismes assureurs et après regroupement des informations de facturation reçues par les différents organismes assureurs pour pouvoir vérifier les plafonds prévus par la réglementation ».

Het verdient aanbeveling die toelichting op te nemen in het verslag aan de Koning, dat, zoals hierboven is aanbevolen, bij het voorliggende ontwerp zou moeten worden gevoegd.

2. De l'accord du délégué de la Ministre, à l'alinéa 3, la date du « 8 juin 2020 » sera remplacée par celle du « 8 juillet 2020 ».

Pour respecter l'ordre chronologique, les alinéas 3 et 4 seront par conséquent intervertis.

En outre, dès lors que la procédure de consultation de la Commission de contrôle budgétaire s'est faite par visioconférence, cette réalité peut être exprimée en indiquant, dans le visa de l'avis de cet organe, qu'il a été donné en faisant application de l'article 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 20⁵.

Il en va de même pour ce qui concerne l'avis du Comité de l'assurance soins de santé dès lors que le délégué de la Ministre a également confirmé que la procédure de consultation de ce Comité s'était faite par visioconférence.

3. L'alinéa 5 doit être complété par la mention de la date à laquelle l'Inspecteur des Finances a rendu son avis.

4. L'alinéa 6 doit être complété par la mention de la date à laquelle l'accord du Ministre du Budget a été donné.

DISPOSITIF

Article 1^{er}

Le mot « supplémentaires » sera omis dès lors qu'il n'existe pas d'autres règles relatives à l'octroi de l'intervention financière que celles établies par le projet à l'examen.

Article 2

L'alinéa 3 dispose que

« [l']intervention financière peut seulement être octroyée si les prestations ont été fournies en présence physique du patient et du dispensateur de soins ».

Interrogé à cet égard, le délégué de la Ministre a précisé ce qui suit :

« De manière générale, les prestations couvertes par l'assurance soins de santé doivent avoir lieu en présence du patient et du dispensateur. Dans le cadre de la pandémie, des prestations spécifiques ‘à distance’ ont toutefois été instaurées par les articles 8 et suivants de l'AR n° 20 de sorte qu'il était important de préciser que ces prestations n'étaient pas couvertes.

Ces prestations pourront être identifiées par les organismes assureurs puisqu'elles font l'objet d'une tarification séparée via un autre code de nomenclature ou s'accompagnent d'un pseudocode lors de la facturation ».

Cette explication gagnerait à figurer dans le rapport au Roi qu'il est recommandé de joindre au projet à l'examen.

Article 3

1. Dans un souci de sécurité juridique, dès lors que le projet à l'examen concerne plusieurs interventions financières, il convient de préciser à l'article 3 que l'intervention financière est celle visée à l'article 2.

La même observation vaut, mutatis mutandis, pour l'article 4.

2. Le mot « calendrier » doit être omis. En effet, cette notion de « mois calendrier » ne doit pas figurer dans le texte : lorsqu'un délai est exprimé en « mois », il vise nécessairement les « mois calendrier »⁶.

La même observation vaut pour l'article 5, § 1^{er}, alinéa 2, § 2, alinéa 2, et § 3, alinéa 2.

Article 4

1. Interrogé quant à la portée des termes « de façon intermutualiste », le délégué de la Ministre a précisé ce qui suit :

« La mention ‘de façon intermutualiste’ a pour objectif qu'un seul paiement soit effectué à chaque dispensateur au moyen d'une procédure concertée entre les organismes assureurs et après regroupement des informations de facturation reçues par les différents organismes assureurs pour pouvoir vérifier les plafonds prévus par la réglementation ».

Cette explication gagnerait à figurer dans le rapport au Roi qu'il est recommandé de joindre à l'arrêté en projet.

2. Artikel 4 bepaalt dat de verzekeringinstellingen de financiële tussenkomst ten laatste op 31 december 2020 betalen. Met het oog op die betalingen wordt bepaald dat

“[d]e verzekeringinstellingen (...) voor elke zorgverlener een gezamenlijke teller [bijhouden] van het aantal patiëntencontacten op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 oktober 2020”.

De vraag rijst wat er gebeurt met de betaling van de financiële tussenkomst voor de vergoedbare geneeskundige verstrekkingen die tussen 4 mei 2020 en 31 augustus 2020 verricht zijn, maar waarvoor de patiënten op 31 oktober 2020 nog geen aanvraag tot terugbetaling ingediend zouden hebben bij hun ziekenfonds.⁷ Overeenkomstig artikel 2 is er voor die verstrekkingen immers in principe een financiële tussenkomst verschuldigd. De regeling waarin het voorliggende ontwerp voorziet, kan ertoe leiden dat sommige zorgverleners de verschuldigde financiële tussenkomst niet krijgen louter door de omstandigheid – waar ze geen vat op hebben – dat hun patiënten hun formulier voor het aanvragen van een tussenkomst niet binnen de in het ontwerp bepaalde termijn ingediend hebben bij hun ziekenfonds.

Een dergelijke regeling is niet aanvaardbaar in het licht van het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel en moet dienovereenkomstig herzien worden.

Artikel 5

1. In paragraaf 1, eerste lid, dient het volledige opschrift vermeld te worden van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 “betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”.

2. In paragraaf 2, tweede lid, moet het woord “geneeskundige” ingevoegd worden tussen het woord “vergoedbare” en het woord “verstrekkingen”.

3. De gemachtigde van de minister is het ermee eens dat in paragraaf 4, tweede lid, de woorden “ten laatste op 31 december 2020” ingevoegd moeten worden tussen het woord “wordt” en de woorden “aan het triage- en afnamecentrum”.

In de Nederlandse tekst schrijve men overigens “bedoeld in paragraaf 3” in plaats van “bedoeld in de paragraaf 3”.

Artikel 7

1. Het eerste lid bepaalt dat het voorliggende ontwerp “buiten werking [treedt] op 31 augustus 2020”.

Er moet evenwel vastgesteld worden dat bij het voorliggende ontwerp ná die datum verplichtingen opgelegd worden aan de verzekeringinstellingen, namelijk de verplichting om een gezamenlijke teller bij te houden van het aantal patiëntencontacten op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 oktober 2020, alsook de verplichting om de verschuldigde financiële tussenkomsten ten laatste op 31 december 2020 te betalen. Volgens de logica van het eerste lid van het voorliggende artikel zullen die verplichtingen op die datums dan ook geen rechtsgrond meer hebben, aangezien het ontworpen koninklijk besluit buiten werking getreden zal zijn. Hetzelfde geldt voor de aanvragen tot financiële tussenkomst bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, die slechts ingediend zullen kunnen worden zodra de nadere regels vastgesteld zijn, dat wil zeggen op een datum waarop het ontworpen koninklijk besluit buiten werking getreden zal zijn.

Er dient veeleer bepaald te worden dat de financiële tussenkomsten enkel op de bedoelde periode betrekking kunnen hebben, namelijk van 4 mei 2020 tot 31 augustus 2020.

De bepaling moet dienovereenkomstig herzien worden.

2. In het tweede lid verleent de Koning zichzelf een machtiging.

Een dergelijke zelfmachtiging is zinloos en moet weggelaten worden.

De griffier,
Béatrice DRAPIER

De voorzitter,
Pierre VANDERNOOT

Nota's

1 Op te merken valt dat onlangs een voorontwerp van wet tot bekrachtiging van het koninklijk besluit nr. 20 – alsook van verschillende andere koninklijke bijzonderemachtenbesluiten, vastgesteld met toepassing van de voornoemde wet van 27 maart 2020 – om advies is voorgelegd aan de afdeling Wetgeving van de Raad van State. Daarover is op 3 juli 2020 advies 67.578/1-2-3 uitgebracht (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/67578.pdf>).

2 De artikelen 4 (vaststelling van de nadere regels voor de betaling van de financiële tussenkomst) en 5, § 4, eerste en tweede lid (vaststelling van de nadere regels om een financiële tussenkomst aan te vragen).

2. L'article 4 prévoit le paiement de l'intervention financière par les organismes assureurs au plus tard le 31 décembre 2020. Afin d'assurer ce paiement, il est prévu que

« [l]es organismes assureurs tiennent, pour chaque dispensateur de soins, un compte commun du nombre de contact-patients sur base des données dont ils disposent au 31 octobre 2020 ».

La question se pose de savoir ce qu'il advient du paiement de l'intervention financière liée aux prestations de santé remboursables qui ont été effectuées entre le 4 mai 2020 et le 31 août 2020 mais dont les demandes de remboursement n'auraient pas encore été introduites par les patients auprès de leur mutualité à la date du 31 octobre 2020⁷. En effet, conformément à l'article 2, une intervention financière est en principe due pour ces prestations. Le système envisagé par le projet à l'examen risque de priver certains dispensateurs de soins de l'intervention financière due par la seule circonstance – indépendante de leur volonté – que leurs patients n'ont pas remis leur formulaire d'intervention auprès de leur mutualité dans le délai retenu par le projet.

Pareil système n'est pas admissible au regard du principe d'égalité et de non-discrimination et sera revu en conséquence.

Article 5

1. Au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, il convient de mentionner l'intitulé complet de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 « relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ».

2. Au paragraphe 2, alinéa 2, les mots « de santé » seront insérés entre les mots « des prestations » et le mot « remboursables ».

3. Au paragraphe 4, alinéa 2, de l'accord du délégué de la Ministre, les mots « au plus tard le 31 décembre 2020 » seront ajoutés après les mots « de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ».

En outre, dans le texte néerlandais, on écrira « bedoeld in paragraaf 3 » au lieu de « bedoeld in de paragraaf 3 ».

Article 7

1. L'alinéa 1^{er} dispose que le projet à l'examen « cesse d'être en vigueur le 31 août 2020 ».

Force est toutefois de constater que le projet à l'examen impose des obligations aux organismes assureurs au-delà de cette date, à savoir l'obligation de tenir un compte commun du nombre de contacts-patients sur la base des données dont ils disposent au 31 octobre 2020, ainsi que l'obligation de payer les interventions financières dues au plus tard pour le 31 décembre 2020. À suivre la logique de l'alinéa 1^{er} de l'article 7, ces obligations n'auront par conséquent plus de fondement juridique à ces dates puisque l'arrêté royal en projet aura cessé d'être en vigueur. Il en va de même des demandes d'intervention financière visées à l'article 5, §§ 4 et 5, qui ne pourront être introduites qu'une fois les modalités arrêtées, c'est-à-dire à une date où l'arrêté royal en projet aura cessé d'être en vigueur.

Il convient plutôt de prévoir que les interventions financières ne peuvent porter que sur la période visée, à savoir du 4 mai 2020 au 31 août 2020.

La disposition sera revue en conséquence.

2. L'alinéa 2 consacre une auto-habilitation au Roi.

Une telle auto-habilitation est inutile et doit être omise.

Le greffier,
Béatrice DRAPIER

Le président,
Pierre VANDERNOOT

Notes

1 On notera qu'un avant-projet de loi portant confirmation de l'arrêté royal n° 20 – ainsi que de divers autres arrêtés royaux de pouvoirs spéciaux pris en application de la loi précitée du 27 mars 2020 – a été récemment soumis à la section de législation du Conseil d'État. Il a fait l'objet de l'avis n° 67.578/1-2-3 du 3 juillet 2020 (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/67578.pdf>).

2 Articles 4 (fixer les modalités de paiement de l'intervention financière) et 5, § 4, alinéas 1^{er} et 2 (fixer les modalités relatives à l'introduction de la demande d'intervention financière).

3 In artikel 4 worden namelijk al bepaalde regels voor de betaling vastgesteld: de betaling vindt “op intermutualistische wijze” plaats (door een rechtspersoon die door de verzekeringsinstellingen is aangewezen), “ten laatste op 31 december 2020” en “op basis van de gegevens waarover [de verzekeringsinstellingen] beschikken op 31 oktober 2020”.

4 Zie in die zin advies 66.289/2, op 24 juni 2019 gegeven over een ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 17 augustus 2019 ‘tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de verpleegkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/66289.pdf>).

5 Zie in die zin advies 67.697/2, op 7 juli 2020 gegeven over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 20 juli 2020 ‘tot uitvoering van de artikelen 47, § 1 en 51, § 5 van het koninklijk besluit n° 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/67697.pdf>).

6 Zie in dezelfde zin advies 28.129/4, op 8 maart 1999 gegeven over een ontwerp dat geleid heeft tot het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 6 mei 1999 ‘houdende het administratief statuut en de bezoldigingsregeling van de ambtenaren van het Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/28129.pdf>) en advies 33.745/4, op 30 oktober 2002 gegeven over een voorontwerp dat geleid heeft tot het kaderdecreet van 10 april 2003 ‘betreffende de erkenning en de subsidiëring van de beroepssector van de Podiumkunsten’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/33745.pdf>). Zie naar analogie Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, www.raadvanstate.be, tab “Wetgevingstechniek”, aanbeveling 95, a).

7 Overeenkomstig artikel 174 van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994, beschikken de patiënten immers over een termijn van twee jaar om hun medische attesten bij hun ziekenfonds in te dienen.

30 SEPTEMBER 2020. — Koninklijk besluit tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de artikelen 71 en 72;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 29 juni 2020 met toepassing van artikel 2, eerste lid, van het voornoemde koninklijk besluit nr. 20;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 8 juli 2020 met toepassing van artikel 2, eerste lid, van het voornoemde koninklijk besluit nr. 20;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 31 juli 2020;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 2 september 2020;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat het noodzakelijk is om de modaliteiten van de tijdelijke financiële tussenkomst in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen in het kader van de COVID-19 pandemie snel te beveiligen voor de zorgverleners, vermits sedert 4 mei 2020 geen enkel bedrag aan de rechthebbende kan worden aangerekend;

Gelet op het advies nr. 67.983/2/V van de Raad van State, gegeven op 10 september 2020, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3 L'article 4 fixe en effet déjà certaines modalités du paiement, à savoir qu'il se fera « de façon intermutualiste » (par le biais d'une personne morale désignée par les organismes assureurs), « au plus tard le 31 décembre 2020 » et « sur la base des données dont disposent les mutualités au 31 octobre 2020 ».

4 Voir en ce sens l'avis n° 66.289/2 donné le 24 juin 2019 sur un projet devenu l'arrêté royal du 17 août 2019 ‘fixant les conditions et dispositions en vertu desquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art infirmier pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/66289.pdf>).

5 Voir en ce sens l'avis n° 67.697/2 donné le 7 juillet 2020 sur un projet devenu l'arrêté royal du 20 juillet 2020 ‘portant exécution des articles 47, § 1^{er}, et 51, § 5, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/67697.pdf>).

6 Voir dans le même sens l'avis n° 28.129/4 donné le 8 mars 1999 sur un projet devenu l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 mai 1999 ‘portant le statut administratif et pécuniaire des agents du Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/28129.pdf>) et l'avis n° 33.745/4 donné le 30 octobre 2002 sur un avant-projet devenu le décret-cadre du 10 avril 2003 ‘relatif à la reconnaissance et au subventionnement du secteur professionnel des Arts de la scène’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/33745.pdf>). Voir, par analogie, Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, www.conseildetat.be, onglet « Technique législative », recommandation n° 95, a).

7 Les patients disposent en effet d'un délai de deux ans pour déposer leurs attestations médicales auprès de leur mutualité, conformément à l'article 174 de la loi ‘relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités’, coordonnée le 14 juillet 1994.

30 SEPTEMBRE 2020. — Arrêté royal fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, les articles 71 et 72 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 29 juin 2020 en faisant application de l'article 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 20 précité;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 8 juillet 2020 en faisant application de l'article 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 20 précité ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 31 juillet 2020 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2 septembre 2020 ;

Vu l'urgence motivée par la nécessité de sécuriser rapidement pour les dispensateurs de soins les modalités de l'intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel dans le cadre de la pandémie de COVID-19 puisqu'aucun montant ne peut être facturé aux bénéficiaires depuis le 4 mai 2020 ;

Vu l'avis n° 67.983/2/V du Conseil d'Etat donné le 10 septembre 2020, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit stelt de regels vast volgens dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging een tijdelijke financiële tussenkomst verleent in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie.

Art. 2. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent aan de volgende zorgverleners een financiële tussenkomst per patiëntencontact waarvoor een vergoedbare geneeskundige verstrekking werd geattesteerd:

- 1° artsen;
- 2° kinesitherapeuten;
- 3° klinisch orthopedagogen;
- 4° klinisch psychologen;
- 5° logopedisten;
- 6° tandheeskundigen;
- 7° vroedvrouwen.

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder “vergoedbare geneeskundige verstrekking”: een geneeskundige verstrekking die wordt vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De financiële tussenkomst kan enkel worden verleend als de verstrekkingen werden verleend in de fysieke aanwezigheid van de patiënt en de zorgverlener.

De financiële tussenkomst is niet verschuldigd voor de geneeskundige verstrekking die worden aangerekend door een ziekenhuis. Deze uitzondering is niet van toepassing voor de psychologische zorg verleend door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in het kader van de overeenkomsten gesloten op basis van artikel 22, 6°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 3. De financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 bedraagt 2,50 euro per patiëntencontact. Voor de tandheeskundigen, de artsenspecialisten in de otorhinolaryngologie en de artsenspecialisten in de stomatologie bedraagt de financiële tussenkomst 20,00 euro per patiëntencontact. De financiële tussenkomst wordt per zorgverlener maximum 200 maal per maand verleend.

Art. 4. De verzekeringsinstellingen betalen de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 op intermutualistische wijze en ten laatste op 31 december 2020. De verzekeringsinstellingen houden voor elke zorgverlener een gezamenlijke teller bij van het aantal patiëntencontacten op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 oktober 2020. De verzekeringsinstellingen wijzen de rechtspersoon aan die de betalingen voor hun rekening zal uitvoeren. De leidende ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kan de nadere regels bepalen betreffende die betaling.

Om voor de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 in aanmerking te komen, dient er voor de in artikel 2 bedoelde zorgverlener uiterlijk op 30 november 2020 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV.

Art. 5. § 1. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een financiële tussenkomst voor elke voor het publiek opengestelde apotheek en elk medisch huis, evenals voor elke vestigingseenheid zoals bedoeld in artikel I.2, 16°, van het Wetboek van economisch recht waar verstrekkingen worden verleend die tot de bevoegdheid behoren van de bandagisten, de orthopedisten, de audiciens of de opticiens en elk revalidatiecentrum dat niet is geïntegreerd in een ziekenhuis en dat een lopende overeenkomst heeft met het Verzekeringscomité in uitvoering van artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid bedraagt 500 euro per maand.

Er is slechts één financiële tussenkomst per maand verschuldigd per vestigingseenheid. De financiële tussenkomst is niet verschuldigd voor de revalidatiecentra Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons asbl en Zeepreventorium Medisch Pediatrisch Centrum Mucoviscidose-revalidatiecentrum vzw.

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le présent arrêté fixe les règles suivant lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19.

Art. 2. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière par contact-patient pour lequel une prestation de santé remboursable a été attestée aux dispensateurs de soins suivants :

- 1° Médecins ;
- 2° Kinésithérapeutes ;
- 3° Orthopédagogues cliniciens ;
- 4° Psychologues cliniciens ;
- 5° Logopèdes ;
- 6° Praticiens de l'art dentaire ;
- 7° Sages-femmes.

Pour l'application du présent arrêté, on entend par « prestation de santé remboursable » : une prestation de santé qui est remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à l'exception des prestations de santé visées à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention financière peut seulement être octroyée si les prestations ont été fournies en présence physique du patient et du dispensateur de soins.

L'intervention financière n'est pas due pour les prestations de santé portées en compte par un établissement hospitalier. Cette exception n'est pas d'application en ce qui concerne les soins psychologiques fournis par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 22, 6°bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. L'intervention financière visée à l'article 2 équivaut à 2,50 euros par contact-patient. Pour les praticiens de l'art dentaire, les médecins-spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins-spécialistes en stomatologie, l'intervention financière équivaut à 20 euros par contact-patient. L'intervention financière est octroyée par dispensateur de soins maximum 200 fois par mois.

Art. 4. Les organismes assureurs paient l'intervention financière visée à l'article 2 de façon intermutualiste et au plus tard le 31 décembre 2020. Les organismes assureurs tiennent, pour chaque dispensateur de soins, un compteur commun du nombre de contacts-patients sur base des données dont ils disposent au 31 octobre 2020. Les organismes assureurs désignent la personne morale qui effectuera les paiements en leur nom. Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut fixer les modalités de ce paiement.

Pour être éligible à l'intervention financière visée à l'article 2, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'article 2 au plus tard le 30 novembre 2020 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet.

Art. 5. §1^{er}. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière à chaque officine ouverte au public et à chaque maison médicale, de même qu'à chaque unité d'établissement au sens de l'article I.2., 16°, du Code de droit économique, où des prestations sont fournies qui relèvent de la compétence des bandagistes, des orthopédistes, des audiciens ou des opticiens, ainsi qu'à chaque centre de rééducation non intégré dans un hôpital et qui a une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution de l'article 22, 6°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention financière visée à l'alinéa 1^{er} équivaut à 500 euros par mois.

Une seule intervention financière par mois est due par unité d'établissement. L'intervention financière n'est pas due pour les centres de rééducation Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons asbl et Zeepreventorium Medisch Pediatrisch Centrum Mucoviscidose-revalidatiecentrum vzw.

§ 2. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een financiële tussenkomst voor de diëtisten, de ergotherapeuten, de orthoptisten en de podologen.

De financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid bedraagt 100 euro per maand tijdens dewelke vergoedbare geneeskundige verstrekkingen werden verleend.

Om voor de financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid in aanmerking te komen, dient er voor de in het eerste lid bedoelde zorgverlener uiterlijk op 30 november 2020 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV.

§ 3. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een financiële tussenkomst voor elk triage- en afnamecentrum zoals bedoeld in titel 4, hoofdstuk 2, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid bedraagt 500 euro per maand.

§ 4. De verzekeringsinstellingen betalen de financiële tussenkomst bedoeld in de paragrafen 1 en 2 op intermutualistische wijze en ten laatste op 31 december 2020. De verzekeringsinstellingen wijzen de rechtspersoon aan die de betalingen voor hun rekening zal uitvoeren. De minister bevoegd voor Sociale zaken kan de regels bepalen betreffende het indienen van een aanvraag voor de financiële tussenkomst.

De financiële tussenkomst bedoeld in paragraaf 3 wordt ten laatste op 31 december 2020 aan het triage- en afnamecentrum betaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De minister bevoegd voor Sociale zaken kan de regels bepalen betreffende het indienen van een aanvraag voor de financiële tussenkomst.

Art. 6. De artikelen 62 tot 64 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging treden buiten werking op 31 augustus 2020.

Art. 7. De financiële tussenkomsten bedoeld in de artikelen 2 en 5 kunnen enkel betrekking hebben op de periode van 4 mei 2020 tot 31 augustus 2020.

Art. 8. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 4 mei 2020.

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

Gegeven te Brussel, 30 september 2020.

FILIP

Van Koningswege :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/31418]

30 SEPTEMBER 2020. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijkomende tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van gedialyseerde rechthebbenden, van kankerpatiënten en in het kader van de revalidatie in geval van vervoer met een ziekenwagen wegens de gezondheidsmaatregelen genomen in het kader van de COVID-19 pandemie

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikelen 34, 10^o, gewijzigd bij de wetten van 12 augustus 2000 en 13 juli 2006, en 37, § 11, aangevuld bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 12 augustus 2000;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 24 juni 2020;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 29 juni 2020;

§ 2. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière pour les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthoptistes et les podologues.

L'intervention financière visée à l'alinéa 1^{er} équivaut à 100 euros par mois durant lequel des prestations de santé remboursables ont été fournies.

Pour être éligible à l'intervention financière visée à l'alinéa 1^{er}, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'alinéa 1^{er} au plus tard le 30 novembre 2020 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet.

§ 3. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière pour chaque centre de triage et de prélèvement visé au titre 4, chapitre 2, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.

L'intervention financière visée à l'alinéa 1^{er} équivaut à 500 euros par mois.

§ 4. Les organismes assureurs paient l'intervention financière visée aux paragraphes 1^{er} et 2 de façon intermutualiste et au plus tard le 31 décembre 2020. Les organismes assureurs désignent la personne morale qui effectuera les paiements en leur nom. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions peut déterminer les règles relatives à l'introduction de la demande d'intervention financière.

L'intervention financière visée au paragraphe 3 est payée au centre de triage et de prélèvement par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité au plus tard le 31 décembre 2020. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions peut déterminer les règles relatives à l'introduction de la demande d'intervention financière.

Art. 6. Les articles 62 à 64 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé cessent d'être en vigueur le 31 août 2020.

Art. 7. Les interventions financières visées aux articles 2 et 5 ne peuvent porter que sur la période du 4 mai 2020 au 31 août 2020.

Art. 8. Le présent arrêté produit ses effets le 4 mai 2020.

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

Donné à Bruxelles, le 30 septembre 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2020/31418]

30 SEPTEMBRE 2020. — Arrêté ministériel fixant l'intervention complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les articles 34, 10^o, modifié par les lois du 12 août 2000 et 13 juillet 2006, et 37, § 11, complété par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 12 août 2000 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 24 juin 2020 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 29 juin 2020 ;