

Art. 20 - Artikel 25 desselben Erlasses wird wie folgt abgeändert:

1. In Absatz 1 werden die Wörter "Artikel 23 § 2" durch die Wörter "Artikel 23 §§ 2 und 4" ersetzt.

2. Absatz 2 Nr. 9 wird wie folgt ersetzt: "9. bei Veranstaltungen, kulturellen oder anderen Darbietungen, Sportwettkämpfen, Sporttrainings und Kongressen,".

3. Ein Absatz 5 mit folgendem Wortlaut wird eingefügt: "Die Maske oder eine Alternative aus Stoff darf gelegentlich zum Essen und Trinken, und wenn das Tragen aufgrund der Art der Tätigkeit unmöglich ist, abgenommen werden."

Art. 21 - Vorliegender Erlass tritt am 9. Juni 2021 in Kraft.

Brüssel, den 4. Juni 2021

Die Ministerin des Innern
A. VERLINDEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C - 2021/41846]

20 MAI 2021. — Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté pour signature a pour objet de modifier l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités.

Cette adaptation signifie que par année civile et quel que soit le nombre de situations pathologiques, un maximum de 54 « codes de dépassement » peut être attesté en pathologie « courante ». Ces « codes de dépassement » sont les codes à utiliser si les codes remboursés au taux le plus élevé (maximum 18 par situation pathologique) ne peuvent plus être facturés.

La motivation de cette adaptation de nomenclature est d'empêcher un usage récurrent et/ou inutile de ces prestations.

Dans son avis n° 68/706/2 du 17 février 2021 le Conseil d'Etat estime ce qui suit :

Bien que l'objectif poursuivi, qui est d'éviter qu'il soit fait un usage récurrent ou inutile des prestations visées afin de limiter les coûts que cela peut représenter à charge de la sécurité sociale, soit légitime, la limitation des prestations remboursables ainsi fixée sans qu'aucune exception ne puisse être admise selon la pathologie concernée et alors que cette pathologie peut nécessiter un nombre plus important de prestations, a pour effet de traiter de manière identique des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations objectivement différentes.

Il en résulte une rupture du principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, qui ne peut se justifier à suffisance par des difficultés organisationnelles.

La disposition sera revue de manière à ce que des exceptions à la règle prescrite puissent être envisagées.

Le Conseil d'Etat ignore le fait que la nomenclature de kinésithérapie définit toute une série de « situations pathologiques » et donc de « situations objectivement différentes » pour lesquelles un nombre différent de séances remboursées au meilleur taux de remboursement est déterminé à chaque fois. On peut même dire que la nomenclature de la kinésithérapie repose, au moins en partie, sur cette distinction entre groupes de pathologies.

La disposition de ce projet d'arrêté royal vise uniquement à limiter le nombre de prestations pouvant être facturées dans les pathologies dites « courantes » et donc pas dans les autres catégories reprises dans la nomenclature. On pense ici principalement à la pathologie Fa- (aiguë), Fb- (chronique) et E- (lourde), mais aussi à d'autres situations spécifiques telles que les patients palliatifs à domicile, la kinésithérapie périnatale ou la kinésithérapie pendant l'hospitalisation de jour.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2021/41846]

20 MEI 2021. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van koninklijk besluit dat ik de eer heb ter onderteekening aan Uwe Majesteit voor te leggen, beoogt een wijziging 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.

Deze wijziging houdt in dat per kalenderjaar en ongeacht het aantal pathologische situaties maximum 54 "overschrijdingscodes" kunnen worden geattesteerd in de courante pathologie. Deze "overschrijdingscodes" zijn de codes die gebruikt dienen te worden indien de codes die vergoed worden aan het hoogste tarief (maximaal 18 per pathologische situatie) niet meer aangerekend mogen worden.

De motivering van deze nomenclatuuraanpassing ligt in het verhinderen van een herhaaldelijk en/of onnodig gebruik van deze verstrekkingen.

In haar advies nr. 68.706/2 van 17 februari 2021 stelt de Raad van State het volgende :

"Hoewel daarmee een legitiem doel nagestreefd wordt, namelijk te vermijden dat herhaaldelijk of onnodig van de bedoelde verstrekkingen gebruikgemaakt wordt, om aldus de kosten die dat voor de sociale zekerheid kan meebrengen te beperken, heeft de beperking van de terugbetaalbare verstrekkingen die aldus opgelegd wordt zonder dat enige uitzondering op basis van de aandoening in kwestie toegestaan kan worden, terwijl die aandoening een hoger aantal verstrekkingen kan vereisen, tot gevolg dat categorieën van personen die zich in objectief verschillende situaties bevinden op identieke wijze behandeld worden.

Dat leidt tot een schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie verankerd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet die niet afdoende verantwoord kan worden door organisatorische moeilijkheden.

Dit artikel 1 moet aldus herzien worden dat uitzonderingen op de voorgeschreven regel overwogen kunnen worden."

De Raad van State gaat voorbij aan het feit dat de kinesitherapienomenclatuur een hele reeks "pathologische situaties" en dus "objectief verschillende situaties" omschrijft waarvoor telkens een verschillend aantal zittingen tegen het beste vergoedingstarief wordt vastgesteld. Men kan zelfs stellen dat de nomenclatuur van de kinesitherapie, althans gedeeltelijk, gebaseerd is op dit onderscheid in groepen van pathologieën.

De bepaling in dit ontwerp van koninklijk besluit beoogt enkel een beperking in het aantal prestaties dat kan worden aangerekend in de zogenaamde "courante" pathologieën en dus niet in andere categorieën die zijn opgenomen opgenomen in de nomenclatuur. Hierbij wordt vooral gedacht aan Fa- (acute), Fb-(chronische) en E- (zware) pathologie, maar ook andere specifieke situaties zoals palliatieve patiënten thuis, perinatale kinesitherapie of kinesitherapie bij daghospitalisatie.

La nomenclature répond et continuera de répondre à la possibilité d'allouer un plus grand nombre de prestations de kinésithérapie aux patients en fonction de leurs besoins spécifiques et prend ainsi en compte et prendra en compte « des situations objectivement différentes ».

J'ai l'honneur d'être,

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

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Fr. VANDENBROUCKE

Conseil d'État
section de législation

Avis 68.706/2 du 17 février 2021 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance soins de santé et indemnités'

Le 19 janvier 2021, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance soins de santé et indemnités'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 17 février 2021. La chambre était composée de Pierre Vandernoot, président de chambre, Patrick Ronvaux et Christine Horevoets, conseillers d'État, Sébastien Van Drooghenbroeck et Jacques Englebert, assesseurs, et Esther Conti, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Benoît Jadot, premier auditeur chef de section.

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 17 février 2021.

*

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, 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.

FORMALITÉS PRÉALABLES

Plusieurs des formalités dont l'accomplissement est requis pour l'adoption de l'arrêté en projet ont été accomplies entre le 12 octobre 2018 et le 6 février 2019.

Il est rappelé que le délai qui s'écoule entre l'accomplissement de formalités précédant une décision et celle-ci même doit en principe être bref. Dans le cas contraire, l'autorité ne peut se fonder sur les formalités qui ont été accomplies que s'il est démontré que les circonstances de fait et de droit à prendre en compte n'ont pas évolué à un point tel que la procédure suivie devrait être considérée comme n'étant plus pertinente en l'espèce.

Il appartient à l'auteur du projet de vérifier si cette condition est remplie dans le cas présent.

C'est sous cette réserve que les observations qui suivent sont formulées.

De nomenclatuur beantwoordt en zal blijven beantwoorden aan de mogelijkheid om een groter aantal prestaties kinesithérapie toe te kennen aan patiënten naargelang hun specifieke behoeften en dus rekening houdt en zal houden met "objectief verschillende situaties".

Ik heb de eer te zijn,

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

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Fr. VANDENBROUCKE

Raad van State
afdeling Wetgeving

Advies 68.706/2 van 17 februari 2021 over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging 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'

Op 19 januari 2021 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging 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'.

Het ontwerp is door de tweede kamer onderzocht op 17 februari 2021. De kamer was samengesteld uit Pierre Vandernoot, kamervoorzitter, Patrick Ronvaux en Christine Horevoets, staatsraden, Sébastien Van Drooghenbroeck en Jacques Englebert, assessoren, en Esther Conti, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Benoît Jadot, eerste auditeur-afdelingshoofd.

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 17 februari 2021.

*

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, 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.

VOORAFGAANDE VORMVEREISTEN

Van de vormvereisten die met het oog op het vaststellen van het ontworpen besluit vervuld moeten worden, zijn er verscheidene vervuld tussen 12 oktober 2018 en 6 februari 2019.

Er wordt aan herinnerd dat de tijd die verstrijkt tussen het vervullen van vormvereisten alvorens een beslissing wordt genomen en de beslissing zelf in beginsel kort moet zijn. Indien zulks niet het geval is, mag een overheid alleen op de vervulde vormvereisten steunen als aangetoond wordt dat de feitelijke en de juridische omstandigheden die in aanmerking moeten worden genomen, niet dermate gewijzigd zijn dat de gevolgde procedure als niet meer ter zake dienend aangemerkt moet worden.

De steller van het ontwerp dient na te gaan of in casu aan die voorwaarde voldaan is.

Onder dat voorbehoud worden de volgende opmerkingen gemaakt.

EXAMEN DU PROJETPRÉAMBULE

1. Comme l'a confirmé le fonctionnaire délégué, la procédure suivie en l'espèce est celle prévue par le 1° et non pas par le 2° de l'article 35, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994.

L'alinéa 1^{er} sera corrigé en conséquence.

2. Aux alinéas 5 et 7, il convient de faire état des décisions, et non pas des avis, de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs et du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

DISPOSITIFArticle 1^{er}

L'article 1^{er} a pour objet de limiter à 54 fois par année et par bénéficiaire les prestations de kinésithérapie reprises dans la nomenclature sous les numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 650453, 564410 et 560615, « indépendamment du nombre de situations pathologiques ».

La mesure est justifiée par un souci d'économie en empêchant un usage récurrent ou inutile de ces prestations.

Le Conseil technique de la kinésithérapie, qui est l'auteur de la proposition, a fait valoir qu'il

« ne juge pas opportun d'introduire un remboursement différencié (voir tableau en annexe 1), tel que demandé dans la Convention, après un certain nombre de codes de dépassement afin de ne pas multiplier davantage les codes et ainsi complexifier davantage la nomenclature, d'autant plus que la CCM a demandé par ailleurs au CTK d'intégrer dans la nomenclature les indemnités pour 'initier un dossier élaboré de kinésithérapie' et de revalorisation pour les 9 premières prestations de traitement des pathologies 'courantes' et 'liste Fa' ».

Bien que l'objectif poursuivi, qui est d'éviter qu'il soit fait un usage récurrent ou inutile des prestations visées afin de limiter les coûts que cela peut représenter à charge de la sécurité sociale, soit légitime, la limitation des prestations remboursables ainsi fixée sans qu'aucune exception ne puisse être admise selon la pathologie concernée et alors que cette pathologie peut nécessiter un nombre plus important de prestations, a pour effet de traiter de manière identique des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations objectivement différentes.

Il en résulte une rupture du principe d'égalité et de non-discrimination consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, qui ne peut se justifier à suffisance par des difficultés organisationnelles.

La disposition sera revue de manière à ce que des exceptions à la règle prescrite puissent être envisagées.

LE GREFFIER,
Esther CONTI

LE PRESIDENT,
Pierre VANDERNOOT

20 MAI 2021. — Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2007 et 22 juin 2016 et § 2, 1°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, fait le 12 octobre 2018;

ONDERZOEK VAN HET ONTWERPAANHEF

1. Zoals de gemachtigde ambtenaar bevestigd heeft, is de procedure die in casu gevolgd is die welke vastgelegd is in artikel 35, § 2, eerste lid, 1°, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994, en niet die welke vastgelegd is in de bepaling onder 2° van datzelfde lid.

Het eerste lid moet dienovereenkomstig verbeterd worden.

2. In het vijfde en het zevende lid dient gewag te worden gemaakt van de beslissingen en niet van de adviezen van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen en van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

DISPOSITIEFArtikel 1

Artikel 1 strekt ertoe het aantal attestaties van de kinesitherapieverstrekkingen die in de nomenclatuur vermeld staan onder de nummers 560055, 560151, 560254, 560350, 650453, 564410 en 560615 te beperken tot 54 per jaar en per patiënt "onafhankelijk van het aantal pathologische situaties."

Deze maatregel is ingegeven door de bedoeling te besparen door het verhinderen van een herhaaldelijk of onnodig gebruik van die verstrekkingen.

De Technische raad voor kinesitherapie, die deze maatregel voorgesteld heeft, heeft in dat verband aangevoerd dat hij

"het niet opportuun [vindt] om een gedifferentieerde terugbetaling in te voeren (zie tabel als bijlage 1) na een bepaald aantal overschrijdingscodes zodat de codes niet nog worden vermeerderd en de nomenclatuur nog complexer wordt, zeker gelet op de vraag van de OM aan de TRK om de toeslagen 'opstart van een uitgebreid kinesitherapiedossier' en 'herwaardering van de 9 eerste behandelzittingen van de 'courante' en 'Fa-aandoeningen' te integreren in de nomenclatuur."

Hoewel daarmee een legitem doel nagestreefd wordt, namelijk te vermijden dat herhaaldelijk of onnodig van de bedoelde verstrekkingen gebruikgemaakt wordt, om aldus de kosten die dat voor de sociale zekerheid kan meebrengen te beperken, heeft de beperking van de terugbetaalbare verstrekkingen die aldus opgelegd wordt zonder dat enige uitzondering op basis van de aandoening in kwestie toegestaan kan worden, terwijl die aandoening een hoger aantal verstrekkingen kan vereisen, tot gevolg dat categorieën van personen die zich in objectief verschillende situaties bevinden op identieke wijze behandeld worden.

Dat leidt tot een schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie verankerd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet die niet afdoende verantwoord kan worden door organisatorische moeilijkheden.

Dit artikel 1 moet aldus herzien worden dat uitzonderingen op de voorgeschreven regel overwogen kunnen worden.

DE GRIFFIER,
Esther CONTI

DE VOORZITTER,
Pierre VANDERNOOT

20 MEI 2021. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2007 en 22 juni 2016 en § 2, 1°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 12 oktober 2018;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 12 octobre 2018;

Vu la décision de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 23 octobre 2018;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 7 novembre 2018;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 novembre 2018;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 6 février 2019;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 septembre 2020;

Vu l'avis 68.706/2 du Conseil d'Etat, donné le 17 février 2021 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 7 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, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016, 19 septembre 2017, 3 février 2019, 3 mars 2021 et 9 mai 2021, le § 10 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Quelles que soient les précédentes dispositions du présent paragraphe, les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 54 fois par année, indépendamment du nombre de situations pathologiques. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. ».

Art. 2. Durant l'année de l'entrée en vigueur du présent arrêté, il est tenu compte des prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 attestées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté pour déterminer si le nombre de 54 fois par année est atteint.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 mai 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Fr. VANDENBROUCKE

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 12 oktober 2018;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie kinesithérapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 23 oktober 2018;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 7 november 2018;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 12 november 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 6 februari 2019;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 3 september 2020;

Gelet op het advies 68.706/2 van de Raad van State, gegeven op 17 februari 2021 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 7 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009, 29 augustus 2009, 22 juli 2010, 5 april 2011, 22 maart 2012, 19 september 2013, 21 februari 2014, 3 september 2015, 17 oktober 2016, 19 september 2017, 3 februari 2019, 3 maart 2021 en 9 mei 2021 wordt § 10 aangevuld met een lid, luidende :

“Ongeacht de vorige bepalingen van deze paragraaf kunnen de verstrekkingen 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 per patiënt slechts 54 keer per jaar worden geattesteerd, onafhankelijk van het aantal pathologische situaties. Voor de toepassing van deze bepaling start een jaar op 1 januari en eindigt op 31 december.”.

Art. 2. In het jaar van inwerkingtreding wordt rekening gehouden met de verstrekkingen 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 geattesteerd voor de datum van inwerkingtreding van dit besluit om te bepalen of het aantal van 54 keer per jaar is bereikt.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De minister bevoegd voor de Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 mei 2021.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Fr. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2021/31390]

28 AVRIL 2021. — Arrêté royal relatif à l'agrément des organismes d'évaluation de la conformité des fertilisants UE et modifiant des dispositions diverses en matière de rétribution et de procédure d'autorisation

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu le règlement (UE) 2019/515 du 19 mars 2019 relatif à la reconnaissance mutuelle des biens commercialisés légalement dans un autre État membre et abrogeant le règlement (CE) n° 764/2008;

Vu le règlement (UE) 2019/1009 du Parlement Européen et du Conseil du 5 juin 2019 établissant les règles relatives à la mise à disposition sur le marché des fertilisants UE, modifiant les règlements (CE) n° 1069/2009 et (CE) n° 1107/2009 et abrogeant le règlement (CE) n° 2003/2003;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2021/31390]

28 APRIL 2021. — Koninklijk besluit betreffende de erkenning van conformiteitsbeoordelingsinstanties van EU-bemestingsproducten en tot wijziging van verschillende bepalingen inzake retributie en toelatingsprocedure

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de verordening (EU) 2019/515 van 19 maart 2019 betreffende de wederzijdse erkenning van goederen die in een andere lidstaat rechtmatig in de handel zijn gebracht en tot intrekking van verordening (EG) nr. 764/2008;

Gelet op de verordening (EU) 2019/1009 van het Europees Parlement en de Raad van 5 juni 2019 tot vaststelling van voorschriften inzake het op de markt aanbieden van EU-bemestingsproducten en tot wijziging van de verordeningen (EG) nr. 1069/2009 en (EG) nr. 1107/2009 en tot intrekking van verordening (EG) nr. 2003/2003;