



CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

avis 69.464/2
du 3 juin 2021

advies 69.464/2
van 3 juni 2021

sur

over

un projet d'arrêté royal
'modifiant l'arrêté royal du
30 septembre 2020 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'

een ontwerp van koninklijk
besluit 'tot wijziging van het
koninklijk besluit van
30 september 2020 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'

Le 28 mai 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 cinq jours ouvrables, sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 30 septembre 2020 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 a été examiné par la deuxième chambre le 3 juin 2021. 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 Stéphane TELLIER, auditeur.

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 3 juin 2021.

*

Op 28 mei 2021 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van vijf werkdagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 september 2020 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 kamer onderzocht op 3 juni 2021. De kamer was samengesteld uit Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Patrick RONVAUX en Christine HOREVOETS, staatsraden, en Béatrice DRAPIER, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Stéphane TELLIER, 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 3 juni 2021.

*

Suivant l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o, 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 dit ontwerp in het bijzonder voorziet in de verlenging van de 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 de periode van 1 september 2020 tot 30 november 2020.

Het is noodzakelijk om de modaliteiten van de verlenging 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 ».

L'auteur du projet vérifiera, dans le préambule de celui-ci, la version française de la reproduction de cette motivation.

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^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.

OBSERVATION GÉNÉRALE

Dans l'avis n° 67.983/2/V donné le 10 septembre 2020 sur le projet devenu l'arrêté royal du 30 septembre 2020 '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', dont la modification est envisagée par le projet à l'examen, la section de législation observait que le texte qui lui était soumis pour avis « consacre plusieurs différences de traitement qu'il conviendrait de justifier au regard du principe d'égalité et de non-discrimination » et qu'« [a]u vu des nombreuses différences de traitement relevées supra, il est fortement recommandé d'inscrire [les justifications apportées par le délégué du Ministre] dans un rapport au Roi à joindre au présent arrêté en projet »¹.

Le rapport au Roi précédant l'arrêté royal du 30 septembre 2020 a été complété sur ce point.

¹ <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/67983.pdf>.

Dès lors que les différences de traitement ont été maintenues dans l'arrêté royal du 30 septembre 2020, la prolongation, par le projet à l'examen, des effets de celui-ci jusqu'au 30 novembre 2020 implique que ces différences de traitement seront également prolongées dans le temps.

Compte tenu de l'avis donné par l'Inspecteur des Finances sur le présent projet ², notamment quant au fait qu'en vertu de l'article 3 non modifié de l'arrêté royal du 30 septembre 2020, le montant de l'intervention financière est huit fois 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, l'auteur du projet devra être en mesure, de préférence dans un rapport au Roi, de mieux justifier ces différences de traitement ³.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

PRÉAMBULE

Le visa relatif à l'avis du Conseil d'État figurera avant les considérants.

DISPOSITIF

Article 1^{er}

1. Dans la version française de l'article 1^{er}, 1°, il y a lieu de corriger la coquille du mot « infimier ».
2. À l'article 1^{er}, 2°, il y a lieu d'écrire « les mots ‘, à l'exception des prestations de santé [...la suite comme au projet] ».

² L'avis de l'Inspecteur des Finances du 24 janvier 2021 souligne « le fait que, nonobstant le risque accru de contact avec le virus encouru par les praticiens de l'art dentaire, les médecins-spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins-spécialistes en stomatologie, une intervention au bénéfice de ces catégories professionnelles spécifiques huit fois plus élevée que pour les autres constituait un différentiel particulièrement élevé » et indique que « [l']Inspection des finances ne peut que constater le caractère laconique de la motivation relative à cette différence de traitement, et souligner le risque important qu'un recours en annulation contre ce dispositif soit couronné de succès, au risque d'augmenter encore le coût global du dispositif ».

³ À propos de cette mesure constituant une différence de traitement, la justification suivante figure dans le rapport au Roi :

« Le 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 peut se justifier comme suit.

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 ».

Article 2

Dans l'avis n° 67.983/2/V du 10 septembre 2020, précité, la section de législation a observé ce qui suit à propos de la disposition devenue l'article 4 de l'arrêté royal du 30 septembre 2020 :

« 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 compteur 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 2020⁴. 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 ».

L'observation est réitérée à propos de l'article 2, 1°⁵ et 2°⁶, du projet dans la mesure où l'inadmissibilité au regard du principe d'égalité et de non-discrimination se présentera à nouveau dans l'hypothèse où les demandes de remboursement n'auraient pas encore été introduites par les patients auprès de leur mutualité à la date du 31 janvier 2021.

Article 3

Le 2° abroge l'article 5, § 3, de l'arrêté royal du 30 septembre 2020, lequel prévoit une intervention financière temporaire 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'.

⁴ Note de bas de page n° 7 de l'avis cité : 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.

⁵ Cette disposition modifie l'article 4, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 30 septembre 2020 de manière à prévoir, pour la période du 1^{er} septembre au 30 novembre 2020, le paiement de l'intervention financière par les organismes assureurs au plus tard le 31 mars 2021.

⁶ Cette disposition modifie l'article 4, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 30 septembre 2020 de manière à se référer, pour la période du 1^{er} septembre au 30 novembre 2020, au compteur commun du nombre de contact-patients que tiennent les organismes assureurs sur la base des données dont ils disposent au 31 janvier 2021.

La non-prolongation de cette mesure est justifiée par le fait que

« cette intervention est dorénavant réglée via le financement spécifique des centres de triage et de prélèvement »⁷.

Invité à préciser quel texte règle le financement spécifique des centres de triage et de prélèvement ainsi que son entrée en vigueur, le délégué du Ministre a indiqué ce qui suit :

« De financiering van de triage- en afnamecentra werd in eerste instantie geregeld door de artikelen 44 tot 52 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. Vervolgens is dit geregeld bij 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, dat in werking is getreden op 27 juli 2020 ».

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' étant entré en vigueur le 27 juillet 2020, il convient de faire rétroagir les effets de l'article 3, 2°, du projet à cette dernière date, à défaut de quoi les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel engagés par les centres de triage et de prélèvement seraient financés, jusqu'au 1^{er} septembre 2020⁸, tant sur la base de l'arrêté royal du 20 juillet 2020 que sur la base de l'arrêté royal du 30 septembre 2020.

Article 4

Dans la version française de l'article 4 du projet, il y a lieu d'écrire « les mots 'au 31 août 2020' sont remplacés par les mots 'au 30 novembre 2020' ».

*

⁷ Voir la note au Comité de l'assurance du 5 octobre 2020.

⁸ Soit la date d'entrée en vigueur rétroactive prévue par l'article 5 du projet à l'examen.

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 spoedeisende karakter ervan.

In casu luidt de motivering in de brief met de adviesaanvraag als volgt:

“Het verzoek om spoedbehandeling is gemotiveerd door de omstandigheid dat dit ontwerp in het bijzonder voorziet in de verlenging van de 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 de periode van 1 september 2020 tot 30 november 2020.

Het is noodzakelijk om de modaliteiten van de verlenging 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.”

De steller van het ontwerp moet de overname van die motivering in de Franse tekst van de aanhef nakijken.

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 OPMERKING

In advies 67.983/2/V, gegeven op 10 september 2020 over het ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 30 september 2020 ‘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’, dat wordt gewijzigd bij het voorliggende ontwerp, heeft de afdeling Wetgeving opgemerkt dat in de tekst die haar om advies was voorgelegd “meerdere verschillen in behandeling [worden] vastgelegd die men ten aanzien van het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie zou moeten rechtvaardigen” en dat, “[g]elet op de talrijke verschillen in behandeling die hierboven worden genoemd, (...) sterk [wordt] aanbevolen [de door de gemachtigde van de minister gegeven] verantwoordingen op te nemen in een verslag aan de Koning, dat bij het voorliggende ontwerpbesluit moet worden gevoegd”.¹

Het verslag aan de Koning dat voorafgaat aan het koninklijk besluit van 30 september 2020 is op dat punt aangevuld.

¹ <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/67983.pdf>.

Aangezien de verschillen in behandeling zijn gehandhaafd in het koninklijk besluit van 30 september 2020, leidt de verlenging van de gevolgen van dat besluit tot 30 november 2020, die het voorliggende ontwerp tot stand brengt, ertoe dat die verschillen in behandeling eveneens in de tijd zullen worden verlengd.

Rekening houdend met het advies van de inspecteur van Financiën over dit ontwerp,² met name met betrekking tot het feit dat krachtens het niet-gewijzigde artikel 3 van het koninklijk besluit van 30 september 2020 het bedrag van de financiële tussenkomst voor tandheelkundigen, artsen-specialisten in de otorhinolaryngologie en artsen-specialisten in de stomatologie acht keer hoger is in vergelijking met het bedrag van de financiële tussenkomst voor de andere zorgverleners zoals bedoeld in artikel 2, moet de steller van het ontwerp, bij voorkeur in een verslag aan de Koning, die verschillen in behandeling beter kunnen verantwoorden.³

BIJZONDERE OPMERKINGEN

AANHEF

De aanhefverwijzing in verband met het advies van de Raad van State moet vóór de overwegingen komen.

DISPOSITIEF

Artikel 1

3. In de Franse tekst van artikel 1, 1°, dient de typfout in het woord “infirmier” te worden verbeterd.

2. In artikel 1, 2°, schrijve men “de woorden ‘, met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen (... voorts zoals in het ontwerp)’”.

² In het advies van de inspecteur van Financiën van 24 januari 2021 wordt onderstreept dat “le fait que, nonobstant le risque accru de contact avec le virus encouru par les praticiens de l’art dentaire, les médecins-spécialistes en oto-rhino-laryngologie et les médecins-spécialistes en stomatologie, une intervention au bénéfice de ces catégories professionnelles spécifiques huit fois plus élevée que pour les autres constituait un différentiel particulièrement élevé” en wordt aangegeven dat “[l]’Inspection des finances ne peut que constater le caractère laconique de la motivation relative à cette différence de traitement, et souligner le risque important qu’un recours en annulation contre ce dispositif soit couronné de succès, au risque d’augmenter encore le coût global du dispositif.”

³ Die maatregel, die een verschil in behandeling inhoudt, wordt in het verslag aan de Koning als volgt verantwoord: “Het feit dat het bedrag van de financiële tussenkomst voor de tandheelkundigen, 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 tandheelkundigen, 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.”

Artikel 2

In het voornoemde advies 67.983/2/V van 10 september 2020 heeft de afdeling Wetgeving het volgende opgemerkt in verband met de bepaling die artikel 4 van het koninklijk besluit van 30 september 2020 is geworden:

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

‘[d]e verzekeringsinstellingen (...) 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.⁴ 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.”

Die opmerking wordt hier herhaald met betrekking tot artikel 2, 1^{o5} en 2^o,⁶ van het ontwerp voor zover opnieuw sprake is van niet-toelaatbaarheid ten aanzien van het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie in het geval dat de patiënten op 31 januari 2021 nog geen aanvraag tot terugbetaling zouden hebben ingediend bij hun ziekenfonds.

Artikel 3

Bij punt 2^o wordt artikel 5, § 3, van het koninklijk besluit van 30 september 2020 opgeheven, welk artikel voorziet in een tijdelijke 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’.

⁴ Voetnoot 7 van het geciteerde advies: 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.

⁵ Bij die bepaling wordt artikel 4, eerste lid, van het koninklijk besluit van 30 september 2020 gewijzigd zodat wordt bepaald dat de verzekeringsinstellingen uiterlijk op 31 maart 2021 de financiële tussenkomst betalen voor de periode van 1 september tot 30 november 2020.

⁶ Bij die bepaling wordt artikel 4, eerste lid, van het koninklijk besluit van 30 september 2020 gewijzigd zodat, voor de periode van 1 september tot 30 november 2020, wordt verwezen naar de gezamenlijke teller van het aantal patiëntencontacten die de verzekeringsinstellingen bijhouden op basis van de gegevens waarover ze beschikken op 31 januari 2021.

De niet-verlenging van die maatregel wordt gerechtvaardigd door het feit dat

“[d]eze tussenkomst (...) voortaan [wordt] geregeld via de specifieke financiering voor de triage- en afnamecentra.”⁷

Op de vraag door welke tekst de specifieke financiering van de triage- en afnamecentra alsook de inwerkingtreding ervan wordt geregeld, heeft de gemachtigde van de minister het volgende aangegeven:

“De financiering van de triage- en afnamecentra werd in eerste instantie geregeld door de artikelen 44 tot 52 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. Vervolgens is dit geregeld bij 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, dat in werking is getreden op 27 juli 2020.”

Aangezien 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’ in werking is getreden op 27 juli 2020, dient aan de gevolgen van artikel 3, 2°, van het ontwerp terugwerking tot die laatste datum te worden verleend, zo niet zouden de kosten die de triage- en afnamecentra hebben gemaakt voor de specifieke beschermingsmaatregelen en materialen, tot 1 september 2020⁸ worden gefinancierd zowel op basis van het koninklijk besluit van 20 juli 2020 als op basis van het koninklijk besluit van 30 september 2020.

Artikel 4

In de Franse tekst van artikel 4 van het ontwerp schrijve men “les mots ‘au 31 août 2020’ sont remplacés par les mots ‘au 30 novembre 2020’.”

LE GREFFIER - DE GRIFFIER

LE PRÉSIDENT - DE VOORZITTER

Béatrice DRAPIER

Pierre VANDERNOOT

⁷ Zie de nota aan het Verzekeringscomité van 5 oktober 2020.

⁸ Dat is de datum van de inwerkingtreding met terugwerkende kracht waarin artikel 5 van het voorliggende ontwerp voorziet.