

Considérant que démission honorable de ses fonctions d'inspecteur nucléaire sera accordée à Monsieur Gilles Hermans;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 15 de l'arrêté royal du 10 juin 2014 portant sur l'abrogation de la désignation et la désignation de mandataires, chargés de surveiller le respect de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et de ses arrêtés d'exécution, est abrogé.

Art. 2. Le ministre qui a l'Intérieur dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 15 juin 2017.

Donné à Bruxelles, le 21 juillet 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,

J. JAMBON

Overwegende dat aan de heer Gilles Hermans eervol ontslag wordt verleend uit zijn functie als nucleair inspecteur;

Op de voordracht van onze Minister van Binnenlandse Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 15 van het koninklijk besluit van 10 juni 2014 betreffende de opheffing van de aanduiding en de aanduiding van gemachtigden, belast met het toezicht op de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende stralingen voortspruitende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle en haar uitvoeringsbesluiten wordt opgeheven.

Art. 2. De minister bevoegd voor Binnenlandse zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 15 juni 2017.

Gegeven te Brussel, 21 juli 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,

J. JAMBON

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/40448]

30 JUIN 2017. — Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté qui a est présenté à Votre Majesté pour signature, vise à octroyer une allocation financière aux médecins généralistes pour l'utilisation de la télémédecine et la gestion électronique des dossiers médicaux.

Dans son avis nr. 61.248/2 du 26 avril 2017, le Conseil d'Etat recommande que dans l'article 5 de l'arrêté soient fixés, pas seulement pour l'année 2016 mais aussi pour l'année 2017 et les années suivantes, les critères auxquels les médecins généralistes doivent répondre en ce qui concerne leur utilisation effective de la télémédecine et de la gestion électronique. Toutefois, de notre avis et de l'avis de la Commission Nationale Médico-Mutualiste lors de sa réunion du 5 décembre 2016, il est recommandé de fixer ces critères après l'analyse des données réelles d'utilisation se rapportant à 2016, données qui sont seulement disponibles maintenant. Sur base de ces récentes données d'utilisation des seuils corrects pour 2017 pourront être définis. Afin de garantir que tous les médecins concernés aient connaissance à temps des conditions de l'allocation pour 2017, il est proposé par analogie à la réglementation pour 2016, de prendre en compte le second semestre comme période de mesure.

Dans son avis le Conseil d'Etat émet également une réserve vis-à-vis de l'enregistrement de l'inscription dans un service de garde comme condition d'octroi de la prime. Néanmoins, l'inscription dans un service de garde, à l'instar de l'activité minimale à laquelle le Conseil d'Etat réfère, constitue une indication d'une certaine qualité, de sorte que ce critère peut assurément être considéré comme condition conformément à l'article 36sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Telle est, Sire, la portée de l'arrêté qui Vous est soumis.

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,

M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/40448]

30 JUNI 2017. — Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit dat ter ondertekening aan Uwe Majesteit wordt voorgelegd, strekt ertoe een financiële tegemoetkoming te verlenen aan huisartsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

In haar advies nr. 61.248/2 van 26 april 2017 adviseert de Raad van State om in artikel 5 van het besluit niet alleen voor het jaar 2016, maar ook voor het jaar 2017 en de daaropvolgende jaren de criteria vast te stellen waaraan de huisartsen moeten voldoen wat betreft hun effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer. Evenwel is het naar ons oordeel en naar advies van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen in haar zitting van 5 december 2016, raadzaam deze criteria pas vast te stellen na analyse van de reële gebruiksgegevens met betrekking tot 2016, welke gegevens pas nu beschikbaar worden. Op basis van deze recente gebruiksgegevens zullen de correcte drempelwaarden voor 2017 kunnen worden vastgelegd. Om te garanderen dat alle betrokken artsen tijdig in kennis worden gesteld van de voorwaarden voor de tegemoetkoming voor 2017, wordt voorgenomen naar analogie met de regeling voor 2016, ook voor de premie 2017 het tweede semester als meetperiode te laten gelden.

In haar advies maakt de Raad van State tevens een voorbehoud bij het opnemen van de inschrijving in de wachtdienst als voorwaarde voor de toekenning van de premie. Niettemin maakt inschrijving in de wachtdienst, net als de minimale activiteit waaraan de Raad van State refereert, een indicatie van een zekere kwaliteit uit, zodat dit criterium wel degelijk als voorwaarde kan gelden overeenkomstig artikel 36sexies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Dit is, Sire, de draagwijdte van het besluit dat U wordt voorgelegd.

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

AVIS 61.248/2 DU 26 AVRIL 2017
DE LA SELECTION DE LEGISLATION DU CONSEIL D'ETAT

Un projet d'arrêté royal 'fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématicque et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'

Le 30 mars 2017, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par la 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 'fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématicque et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 26 avril 2017. La chambre était composée de Pierre Vandernoot, président de chambre, Luc Detroux et Wanda Vogel, conseillers d'Etat, et Charles-Henri Van Hove, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Jean-Baptiste Levaux, auditeur.

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

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 26 avril 2017.

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, 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

1.1. Tel que le texte en projet est conçu, il n'en résulte pas clairement si son auteur souhaite accorder une prime aux médecins uniquement pour l'année 2016 ou à partir de l'année 2016(1).

Dans ces deux hypothèses, le texte en projet pose problème pour les raisons suivantes :

1^o S'il s'agit d'une prime uniquement pour l'année 2016 :

Le texte en projet doit être fondamentalement revu en ce sens puisque de nombreuses dispositions font non seulement référence à l'année 2016, mais aussi à une « intervention annuelle »(2) ou à « l'année de la prime »(3) . Dans ce cadre, l'article 5, § 1^{er}, du projet ne présente pas non plus d'utilité et devrait être omis.

En outre, l'article 19 du projet devrait être modifié pour préciser que le texte ne s'applique rétroactivement que pour un an, c'est-à-dire pour l'année 2016.

Concernant une telle rétroactivité, il y a lieu de rappeler qu'en vertu d'un principe général de droit, la non-rétroactivité des actes administratifs est de règle. Elle peut toutefois être justifiée si elle est autorisée par une disposition législative. En l'absence d'autorisation légale, la rétroactivité ne peut être admise qu'à titre exceptionnel, lorsqu'elle est nécessaire, notamment, à la continuité du service public ou à la régularisation d'une situation de fait ou de droit et pour autant qu'elle respecte les exigences de la sécurité juridique et les droits individuels.

En l'espèce, l'auteur du texte doit s'assurer que celle-ci peut être justifiée malgré les conditions fixées par l'article 5, § 2, du projet. Ainsi, on peut s'interroger sur le fait que tous les médecins concernés ont été informés des conditions de l'intervention annuelle pour 2016.

2^o S'il s'agit d'une prime à partir de l'année 2016 :

L'article 5 du projet doit être revu car il appartient à l'auteur du texte de fixer dans le texte en projet, non seulement pour l'année 2016 (article 5, § 2, du projet) mais aussi pour l'année 2017 et les années suivantes, les critères applicables aux médecins généralistes quant à leur utilisation effective de la télématicque et de la gestion électronique.

Dans cette hypothèse et sous la même réserve que celle formulée au point 1^o quant à la rétroactivité, le texte de l'article 19 en projet doit être complété afin de préciser que le projet s'applique rétroactivement « à partir » du premier janvier 2016.

ADVIES 61.248/2 VAN 26 APRIL 2017
VAN DE AFDELING WETGEVING VAN DE RAAD VAN STATE

Een ontwerp van koninklijk besluit 'tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'

Op 30 maart 2017 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'.

Het ontwerp is door de tweede kamer onderzocht op 26 april 2017. De kamer was samengesteld uit Pierre Vandernoot, kamervoorzitter, Luc Detroux en Wanda Vogel, staatsraden, en Charles-Henri Van Hove, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Jean-Baptiste Levaux, auditeur.

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

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 26 april 2017.

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, 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

1.1. Zoals de ontworpen tekst gesteld is, is het niet duidelijk of de steller ervan enkel voor 2016 een premie wil toekennen aan de artsen, dan wel of hij die premie vanaf 2016 wil toekennen(1).

In die twee gevallen doet de ontworpen regeling problemen rijzen om de volgende redenen:

1^o Indien het gaat om een premie voor het jaar 2016 alleen:

De ontworpen tekst moet in die zin grondig worden herzien, aangezien in heel wat bepalingen niet alleen verwezen wordt naar het jaar 2016, maar ook naar een "jaarlijkse tegemoetkoming"(2) of naar het "premiejaar"(3). In die omstandigheden heeft ook artikel 5, § 1, van het ontwerp geen zin en moet het worden weggelaten.

Voorts zou artikel 19 van het ontwerp moeten worden gewijzigd zodat wordt gepreciseerd dat de terugwerkende kracht van de tekst maar op één jaar betrekking heeft, namelijk op 2016.

Wat een dergelijke terugwerking betreft, moet erop gewezen worden dat bestuurshandelingen krachtens een algemeen rechtsbeginsel in de regel geen terugwerkende kracht hebben. Terugwerkende kracht kan evenwel gerechtvaardigd zijn indien de wet die toestaat. Indien ze niet bij de wet wordt toegestaan, is ze alleen aanvaardbaar bij wijze van uitzondering, in het bijzonder wanneer dat nodig is voor de continuïteit van de openbare dienst of voor de regularisatie van een rechtstoestand of een feitelijke toestand en voor zover de vereisten inzake rechtszekerheid vervuld zijn en de individuele rechten geëerbiedigd worden.

In dit geval moet de steller van de tekst zich ervan vergewissen dat de terugwerkende kracht kan worden gerechtvaardigd, ondanks de voorwaarden die in artikel 5, § 2, van het ontwerp worden gesteld. Zo kan men zich afvragen of alle betrokken artsen in kennis zijn gesteld van de voorwaarden voor de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016.

2^o Indien het gaat om een premie die vanaf 2016 wordt toegekend:

Artikel 5 van het ontwerp moet worden herzien aangezien de steller van de tekst in de ontworpen regeling niet alleen voor het jaar 2016 (artikel 5, § 2, van het ontwerp), maar ook voor het jaar 2017 en de daaropvolgende jaren de criteria moet vaststellen waaraan de huisartsen moeten voldoen wat betreft hun effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer.

In dat geval en onder hetzelfde voorbehoud als in punt 1 is gemaakt in verband met de terugwerkende kracht, moet de tekst van het ontwerp artikel 19 worden aangevuld met de precisering dat het ontwerp met terugwerkende kracht van toepassing is "met ingang van" 1 januari 2016.

1.2. Des observations analogues ont été formulées dans l'avis 60.781/2 donné le 30 janvier 2017 sur un projet devenu l'arrêté royal du 24 février 2017 'fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'.(4) Le texte de cet arrêté a été adapté par rapport à son projet de manière à limiter son champ d'application à l'année 2016.

L'auteur du projet est invité à adopter la même attitude dans le présent dossier, sauf à être en mesure de s'en expliquer.

2. L'article 36sexies de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit une intervention financière aux dispensateurs de soins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

Cette disposition ne constitue un fondement juridique de l'arrêté en projet que dans la mesure où l'intervention financière qu'il prévoit est bien conditionnée par cette utilisation de la télémédecine et cette gestion électronique des dossiers médicaux par les dispensateurs des soins.

S'il se conçoit que l'octroi d'une telle prime soit conditionné également par une activité minimale du dispensateur de soins, la section de législation n'aperçoit pas, prima facie, ce qui justifie que l'octroi d'une telle prime soit en outre conditionné par l'inscription dans le service de garde.

En tout état de cause, la prime prévue à l'article 9 aux médecins qui ne satisfont pas aux conditions relatives à l'utilisation effective de la télémédecine et de gestion électronique des dossiers, mais seulement aux conditions relatives à l'activité effective, ne peut trouver un fondement dans l'article 36sexies précité.

Observations particulières

Préambule

L'article 18 du projet abroge l'arrêté royal du 6 février 2003 'fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'.

Partant, cet arrêté sera visé au préambule.

Article 12

L'article 12 se réfère à une « application internet fédérale visée à l'article 4 de l'arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés ».

Cependant, cette disposition ne vise aucune « application ». Il y a sans doute lieu de se référer plutôt au « site internet fédéral visé à l'article 4, alinéa 2, » du même arrêté royal. Le texte sera modifié en ce sens.

Article 15

L'article 15 habilite le Service soins de santé de l'INAMI à décider du montant pour lequel le médecin entre en ligne de compte pour l'intervention.

Or une délégation de pouvoirs ne peut, par définition, être attribuée qu'à une personne, physique ou morale, qui seule, peut valablement poser des actes juridiques. Il y a donc lieu de désigner un fonctionnaire déterminé ou un organe déterminé et non un « service » non doté de la personnalité juridique.(5)

Le projet sera modifié à la lumière de cette observation.

Article 18

L'article 18 prévoit que l'arrêté royal du 6 février 2003 susmentionné est « supprimé ».

Le mot « supprimé » sera remplacé par le mot « abrogé ».

Le greffier

Charles-Henri Van Hove

Le président

Pierre Vandernoot

1.2. Soortgelijke opmerkingen zijn geformuleerd in advies 60.781/2, op 30 januari 2017 gegeven over een ontwerp dat ontstaan heeft gegeven aan het koninklijk besluit van 24 februari 2017 'tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'.(4) De tekst van dat besluit is ten opzichte van het ontwerp ervan gewijzigd zodat de werkingssfeer ervan alleen op het jaar 2016 slaat.

De steller van het ontwerp zou in het voorliggende dossier evenzo moeten handelen, tenzij hij kan uitleggen waarom dat niet het geval is.

2. Artikel 36sexies van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994, voorziet in een financiële tegemoetkoming aan de zorgverleners voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers.

Die bepaling verleent het ontworpen besluit enkel rechtsgrond voor zover de financiële tegemoetkoming waarin het voorziet, afhangt van dat gebruik van telematica en van dat elektronisch beheer van medische dossiers door de zorgverleners.

Al is het denkbaar dat de toekenning van een dergelijke premie ook afhangt van een minimale activiteit van de zorgverlener, begrijpt de afdeling Wetgeving prima facie niet hoe te rechtvaardigen valt dat de toekenning van een dergelijke premie daarenboven zou afhangen van de inschrijving in de wachtdienst.

De premie waarin artikel 9 voorziet voor artsen die enkel voldoen aan de voorwaarden inzake de effectieve activiteit, maar niet aan de voorwaarden inzake het effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers kan hoe dan ook geen rechtsgrond ontleen aan het voornoemde artikel 36sexies.

Bijzondere opmerkingen

Aanhef

Het koninklijk besluit van 6 februari 2003 'tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers' wordt bij artikel 18 van het ontwerp opgeheven.

Dat besluit moet dan ook in de aanhef worden vermeld.

Artikel 12

Artikel 12 verwijst naar een "federale webtoepassing bedoeld in artikel 4 van het koninklijk besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten".

In die bepaling wordt echter geen enkele "toepassing" vermeld. Wellicht moet veeleer worden verwezen naar de "federale website vermeld in artikel 4, tweede lid," van datzelfde koninklijk besluit. De tekst moet in die zin worden gewijzigd.

Artikel 15

Artikel 15 machtigt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV te beslissen over het bedrag van de tegemoetkoming waarvoor de arts in aanmerking komt.

Delegatie van bevoegdheid kan per definitie echter alleen worden verleend aan een natuurlijke of rechtspersoon die als enige op geldige wijze rechtshandelingen kan stellen. Er moet dus een welbepaalde ambtenaar of een welbepaald orgaan worden aangewezen in plaats van een "dienst" zonder rechtspersoonlijkheid.(5)

Het ontwerp moet in het licht van deze opmerking worden herzien.

Artikel 18

De Franse tekst van artikel 18 bepaalt dat het voornoemde koninklijk besluit van 6 februari 2003 "est supprimé".

Het woord "supprimé" moet worden vervangen door het woord "abrogé".

De griffier,

Charles-Henri Van Hove

De voorzitter

Pierre Vandernoot

30 JUIN 2017. — Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

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 36sexies, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 22 décembre 2003 ;

Vu l'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux ;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, faite le 15 juin 2016;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 29 juin 2016 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 25 juillet 2016 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 23 novembre 2016;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 28 mars 2017;

Vu l'avis 61.248/2 du Conseil d'Etat donné le 26 avril 2017, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Disposition introductive*

Article 1^{er}. Le présent arrêté fixe les conditions et les modalités selon lesquelles le médecin généraliste peut obtenir une intervention annuelle de l'INAMI dans le coût afférent à l'utilisation de la télémédecine et à la gestion électronique des dossiers médicaux.

CHAPITRE 2. — *Définitions*

Art. 2. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1^o médecin généraliste : le médecin généraliste qui est agréé par le Ministre compétent et dispose d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste;

2^o le candidat médecin généraliste : le médecin qui est autorisé à pratiquer la médecine en Belgique et dispose d'un plan de stage approuvé par le Ministre compétent et d'un numéro INAMI réservé au candidat médecin généraliste.

3^o année de la prime : l'année civile pour laquelle l'intervention est octroyée;

4^o inscrit dans le service de garde organisé : disponible pour participer au service de garde organisé par le cercle de médecins généralistes ou dispensé d'y participer par le cercle de médecins généralistes conformément aux dispositions fixées dans le Règlement d'ordre intérieur du service de garde;

5^o Recip-e : le système pour la prescription électronique de médicaments et de prestations géré par l'association « Recip-E asbl »;

6^o MyCaret : le réseau électronique visé à l'article 159bis, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

7^o plate-forme eHealth : l'institution publique dotée de la personnalité juridique créée par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth;

8^o SUMEHR : le dossier clinique résumé d'un patient établi suivant les spécifications élaborées par la plate-forme eHealth;

30 JUNI 2017. — Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

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 36sexies, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de wet van 22 december 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 6 februari 2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers;

Gelet op het voorstel van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen, gedaan op 15 juni 2016;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 29 juni 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 25 juli 2016;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 23 november 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 28 maart 2017;

Gelet op advies 61.248/2 van de Raad van State, gegeven op 26 april 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — *Inleidende bepaling*

Artikel 1. Dit besluit bepaalt de voorwaarden en de modaliteiten waaronder de huisarts een jaarlijkse tegemoetkoming van het RIZIV kan krijgen in de kosten verbonden aan het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

HOOFDSTUK 2. — *Definities*

Art. 2. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1^o huisarts: de huisarts die erkend is door de bevoegde Minister en beschikt over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts;

2^o kandidaat-huisarts: de arts die gemachtigd is de geneeskunde in België uit te oefenen en beschikt over een door de bevoegde Minister goedgekeurd stageplan en over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de kandidaat huisarts.

3^o premiejaar: het kalenderjaar waarvoor de tegemoetkoming toegekend wordt;

4^o ingeschreven in de georganiseerde wachtdienst: beschikbaar voor deelname aan de wachtdienst georganiseerd door de huisartsenkring of van deelname aan de wachtdienst vrijgesteld door de huisartsenkring overeenkomstig de bepalingen vastgelegd in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst;

5^o Recip-e: het systeem voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en verstrekkingen beheerd door de vereniging "Recip-E vzw";

6^o MyCaret: het elektronisch netwerk bedoeld in artikel 159bis, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

7^o eHealth-platform: de openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht door de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform;

8^o SUMEHR: het samenvattend klinisch dossier van een patiënt opgemaakt volgens de specificaties opgesteld door het eHealth-platform;

9° médicaments chapitre IV : médicaments inscrits au chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables conformément à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques;

10° intervention majorée : l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

11° consentement éclairé : l'accord donné par le patient pour le partage électronique et sécurisé de ses données de santé entre les personnes qui le traitent;

12° honoraires DMG : des honoraires visés à l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global.

13° pratique de groupe enregistrée : regroupement de médecins généralistes qui collaborent au même lieu d'installation, enregistré auprès de l'INAMI selon les modalités fixées à l'article 30quinquies du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

CHAPITRE 3. — Conditions d'octroi

Section 1. — Conditions en matière d'activité effective de médecin généraliste

Art. 3. § 1^{er}. Seul le candidat médecin généraliste et le médecin généraliste qui est inscrit durant l'intégralité ou une partie de l'année de la prime dans le service de garde organisé et exerce effectivement une activité dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, entrent en ligne de compte pour l'intervention annuelle.

§ 2. Le médecin généraliste qui au 1^{er} janvier de l'année de la prime disposait depuis 5 années ou plus d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste est soumis à la condition supplémentaire qu'il a été enregistré dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, à son nom dans l'année de la prime, un montant minimum de 25.000 EUR en remboursements de prestations de médecine générale, figurant dans la nomenclature des prestations de santé.

§ 3. Le médecin généraliste qui durant l'année de la prime a effectivement exercé la médecine au forfait au sens de l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 susvisée, est réputé avoir rempli la condition fixée au § 2 concernant le seuil d'activité, à condition qu'il fournisse une déclaration écrite sur l'honneur que dans l'année de la prime, il a atteint un seuil d'activité équivalent au seuil visé au § 2. Cette déclaration peut être contrôlée a posteriori sur base des données collectées dans le cadre des profils par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et/ou sur base de l'enregistrement des données, comme prévu dans les règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations.

Section 2. — Conditions en matière d'utilisation effective de la télématicque et de gestion électronique de dossiers médicaux

Art. 4. § 1^{er}. N'entre en ligne de compte pour l'intervention annuelle que le candidat médecin généraliste ou le médecin généraliste qui, pour la gestion de ses dossiers médicaux, utilise durant l'intégralité ou une partie de l'année de la prime un logiciel qui est accepté par la Commission nationale médico-mutualiste sur avis conforme de la plate-forme eHealth.

§ 2. Les critères auxquels un logiciel doit satisfaire pour pouvoir être accepté sont fixés par la plate-forme eHealth conformément à sa mission visée à l'article 5, 2°, de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et soumis à l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

§ 3. La liste des logiciels acceptés est publiée sur le site web de l'INAMI (www.inami.be).

Art. 5. § 1^{er}. Le médecin généraliste qui au 1^{er} janvier de l'année de la prime dispose d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste est soumis à la condition supplémentaire que son utilisation effective de la télématicque et la gestion électronique doivent être constatés sur la base d'une sélection de seuils d'utilisation à déterminer par nous par année de la prime.

9° geneesmiddelen hoofdstuk IV: geneesmiddelen ingeschreven in hoofdstuk IV van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

10° verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

11° geïnformeerde toestemming: het akkoord gegeven door de patiënt voor het elektronisch en beveiligd delen van zijn gezondheidsgegevens tussen de personen die hem behandelen;

12° GMD-honorarium: een honorarium zoals bedoeld in koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier;

13° geregistreerde groepspraktijk: groepering van huisartsen die samenwerken op eenzelfde installatieplaats, geregistreerd bij het RIZIV volgens de modaliteiten vastgelegd in artikel 30quinquies van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

HOOFDSTUK 3. — Toekenningsvoorwaarden

Afdeling 1. — Voorwaarden inzake de effectieve activiteit als huisarts

Art. 3. § 1. Alleen de kandidaat-huisarts en de huisarts die gedurende het volledige of een deel van het premiejaar ingeschreven is in de georganiseerde wachtdienst en effectief een activiteit uitoefent in het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, komen voor de jaarlijkse tegemoetkoming in aanmerking.

§ 2. Voor de huisarts die op 1 januari van het premiejaar gedurende 5 jaar of meer beschikte over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, geldt als bijkomende voorwaarde dat op zijn naam in het premiejaar een minimumbedrag van 25.000 euro aan terugbetalingen van huisartsgeneeskundige verstrekkingen, opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, is geboekt in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 3. De huisarts die gedurende het premiejaar effectief de forfaitgeneeskunde uitgeoefend heeft in de zin van artikel 52 van de bovengenoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, wordt geacht te voldoen aan de in § 2. vastgelegde voorwaarde inzake activiteitsdrempel, op voorwaarde dat hij een schriftelijke verklaring op erewoord levert dat hij in het premiejaar een activiteitsdrempel heeft bereikt equivalent aan de in § 2 bedoelde drempel. Deze verklaring kan a posteriori gecontroleerd worden aan de hand van de gegevens verzameld in het kader van de profielen door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en/of aan de hand van de registratie van de gegevens, zoals bepaald in de regels betreffende het sluiten van de akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen.

Afdeling 2. — Voorwaarden inzake het effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers

Art. 4. § 1. Alleen de kandidaat-huisarts of de huisarts die gedurende het volledige of een deel van het premiejaar voor het beheer van zijn medische dossiers een softwarepakket gebruikt dat aanvaard is door de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen na eenvormig advies van het eHealth-platform, komt voor de jaarlijkse tegemoetkoming in aanmerking.

§ 2. De criteria waaraan een softwarepakket moet beantwoorden om aanvaard te kunnen worden, worden door het eHealth-platform vastgelegd overeenkomstig haar opdracht bedoeld in artikel 5, 2° van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en ter goedkeuring aan de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen voorgelegd.

§ 3. De lijst van de aanvaarde softwarepakketten wordt gepubliceerd op de website van het RIZIV (www.riziv.be).

Art. 5. § 1. Voor de huisarts die op 1 januari van het premiejaar beschikt over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, geldt als bijkomende voorwaarde dat zijn effectieve gebruik van telematica en het elektronische beheer van medische dossiers moet zijn vastgesteld aan de hand van een per premiejaar door ons te bepalen selectie van gebruiksdrempels.

§ 2. Dans l'année de la prime 2016, le médecin généraliste visé au § 1^{er}. doit atteindre au moins 3 des seuils d'utilisation suivants :

1° Le médecin généraliste fait usage du service Recip-e pour la prescription électronique de médicaments et transmet au moins 25% de ses prescriptions de médicaments via Recip-e au cours du second semestre 2016. Pour le calcul de ce pourcentage, il est uniquement tenu compte des prescriptions de médicaments remboursés par l'assurance des soins de santé ;

2° Le médecin généraliste fait usage du service MyCarenet pour les demandes électroniques de remboursement de médicaments chapitre IV et introduit au moins 50 % des demandes en question via MyCarenet au cours du second semestre 2016;

3° Le service MyCarenet est utilisé pour la facturation électronique de consultations du médecin généraliste chez des patients ayant droit à l'intervention majorée et au moins 20 % des consultations en question sont facturées par voie électronique via MyCarenet au cours du second semestre 2016;

4° Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et au 31 décembre 2016 un consentement éclairé a été enregistré via la plate-forme eHealth pour au moins 25 % des patients pour lesquels il a reçu en 2015 des honoraires DMG;

5° Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et aura atteint au 31 décembre 2016 une proportion minimale de 20% entre le nombre de patients différents pour lesquels il a chargé un SUMEHR via les coffres-forts de première ligne Vitalink, Intermed ou BruSafe et le nombre de patients pour lesquels il a reçu pour 2015 des honoraires DMG;

6° Le médecin généraliste fait usage en 2016 du service MyCarenet pour la gestion électronique des honoraires DMG.

§ 3. Si le médecin généraliste visé au § 1^{er} ne satisfait pas à la condition fixée au § 2 et qu'il fait partie durant l'intégralité de l'année de la prime d'une seule pratique de groupe enregistrée, il est soumis à la condition de substitution que le seuil fixé au § 2 a été atteint par lui-même ou en moyenne par la pratique de groupe pour au moins 3 des indicateurs d'utilisation visés au § 2. Pour le calcul de ces moyennes, il est seulement tenu compte des données d'utilisation des médecins généralistes qui durant l'intégralité de l'année de la prime disposait depuis 5 années ou plus d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste, faisaient partie de sa pratique de groupe et qui ne faisaient pas partie d'une autre pratique de groupe, y compris lui-même.

CHAPITRE 4. — MONTANT de l'intervention

Art. 6. § 1^{er}. Pour le médecin généraliste qui dispose durant l'intégralité de l'année de la prime d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste et répond aux conditions d'octroi s'appliquant à lui, l'intervention annuelle pour 2016 s'élève à 3.400 EUR.

§ 2. Pour le médecin généraliste qui se voit attribuer après le 1^{er} janvier de l'année de la prime un numéro INAMI réservé au médecin généraliste, répond aux conditions d'octroi s'appliquant à lui et satisfait en outre à la condition en matière d'utilisation effective de la télémédecine et de gestion électronique de dossiers médicaux fixée à l'article 5, l'intervention annuelle pour 2016 s'élève également à 3.400 EUR.

§ 3. Le montant de l'intervention annuelle pour 2016 est majoré à 4.550 EUR pour le médecin généraliste visé aux § 1^{er} et § 2 qui atteint au moins 5 des seuils d'utilisation fixés à l'article 5, § 2 dans l'année de la prime. Pour le médecin généraliste qui fait partie durant l'intégralité de l'année de la prime d'une seule pratique de groupe enregistrée, le mécanisme de calcul visé à l'article 5, § 3 est également appliqué pour l'octroi de ce montant majoré;

§ 4. Le médecin généraliste visé aux § 1^{er} et § 2 qui, au 31 décembre 2016, a chargé un SUMEHR pour au moins 200 patients différents via les coffres-forts Vitalink, Intermed of BruSafe, a droit pour l'année 2016 à un montant supplémentaire de 500 EUR. Pour le médecin généraliste qui fait partie durant l'intégralité de l'année de la prime d'une seule pratique de groupe enregistrée, le mécanisme de calcul visé à l'article 5, § 3 est également appliqué pour l'octroi de ce montant supplémentaire;

Art. 7. Pour le médecin généraliste qui se voit attribuer après le 1^{er} janvier de l'année de la prime un numéro INAMI réservé au médecin généraliste, qui répond aux conditions d'octroi s'appliquant à lui et qui ne satisfait pas à la condition en matière d'utilisation effective de la télémédecine et de gestion électronique de dossiers médicaux fixée à l'article 5, l'intervention annuelle s'élève à 1.500 EUR pour 2016.

§ 2. In het premiejahr 2016 moet de in § 1. bedoelde huisarts minstens 3 van volgende gebruiksdrempels bereiken:

1° De huisarts maakt gebruik van de dienst Recip-e voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen, waarbij hij in het tweede semester 2016 minstens 25% van zijn geneesmiddelenvoorschriften verstuurd heeft via Recip-e. Voor de berekening van dit percentage wordt enkel rekening gehouden met voorschriften voor de door de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde geneesmiddelen;

2° De huisarts maakt gebruik van de dienst MyCarenet voor het elektronisch aanvragen van de terugbetaling van geneesmiddelen hoofdstuk IV, waarbij hij in het tweede semester 2016 minstens 50 % van de bedoelde aanvragen heeft ingediend via MyCarenet;

3° Voor de facturatie van de raadplegingen van de huisarts voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming wordt gebruik gemaakt van de dienst MyCarenet voor elektronische facturatie, waarbij in het tweede semester 2016 minstens 20 % van de bedoelde raadplegingen elektronisch gefactureerd zijn via MyCarenet;

4° De huisarts bevordert het beveiligd delen van de gezondheidsgegevens van zijn patiënten, waarbij op 31 december 2016 via het eHealth-platform een geïnformeerde toestemming is geregistreerd voor minstens 25% van de patiënten waarvoor hij in 2015 een GMD-honorarium heeft ontvangen;

5° De huisarts bevordert het beveiligd delen van de gezondheidsgegevens van zijn patiënten, waarbij op 31 december 2016 de verhouding tussen het aantal verschillende patiënten waarvoor hij een SUMEHR heeft opgeladen via de eerstelijnskluisen Vitalink, Intermed of BruSafe en het aantal patiënten waarvoor hij voor 2015 een GMD-honorarium heeft ontvangen, minstens 20% bedraagt;

6° De huisarts maakt in 2016 gebruik van de dienst MyCarenet voor het elektronisch beheer van het GMD-honorarium.

§ 3. Indien de in § 1. bedoelde huisarts niet voldoet aan de in § 2. vastgelegde voorwaarde en hij gedurende het volledige premiejahr deel uitmaakt van één enkele geregistreeerde groepspraktijk, dan geldt als vervangende voorwaarde dat voor minstens 3 van de in § 2. bedoelde gebruiksideatoren door hemzelf of gemiddeld door de groepspraktijk de in § 2. vastgelegde drempel is bereikt. Voor de berekening van deze gemiddelden wordt enkel rekening gehouden met de gebruiksideaten van de huisartsen die gedurende het volledige premiejahr beschikken over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, deel uitmaakten van zijn groepspraktijk en die geen deel uitmaakten van een andere groepspraktijk, hijzelf inclusief.

HOOFDSTUK 4. — BEDRAG van de tegemoetkoming

Art. 6. § .1. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejahr beschikt over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts en beantwoordt aan de voor hem geldende toekenningsvoorwaarden, bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 3.400 EUR.

§ .2. Voor de huisarts die na 1 januari van het premiejahr een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts toegekend krijgt, beantwoordt aan de voor hem geldende toekenningsvoorwaarden en daarenboven voldoet aan de in artikel 5 vastgelegde voorwaarde inzake effectief gebruik van telematica en het elektronische beheer van medische dossiers, bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 eveneens 3.400 euro.

§ 3. Het bedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 wordt verhoogd tot 4.550 EUR voor de in § 1. en § 2. bedoelde huisarts die in het premiejahr minstens 5 van de in artikel 5 § 2. vastgelegde gebruiksdrempels bereikt. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejahr deel uitmaakt van één enkele geregistreeerde groepspraktijk, wordt voor de toekenning van dit verhoogde bedrag eveneens het in artikel 5, § 3. bedoelde berekeningsmechanisme toegepast;

§ 4. De in § 1. en § 2. bedoelde huisarts die op 31 december 2016 voor minstens 200 verschillende patiënten een SUMEHR heeft opgeladen via de eerstelijnskluisen Vitalink, Intermed of BruSafe, heeft voor het premiejahr 2016 recht op een bijkomend bedrag van 500 EUR. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejahr deel uitmaakt van één enkele geregistreeerde groepspraktijk, wordt voor de toekenning van dit bijkomende bedrag eveneens het in artikel 5, § 3. bedoelde berekeningsmechanisme toegepast;

Art. 7. Voor de huisarts die na 1 januari van het premiejahr een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts toegekend krijgt, die beantwoordt aan de voor hem geldende toekenningsvoorwaarden en die niet voldoet aan de in artikel 5 vastgelegde voorwaarde inzake effectief gebruik van telematica en het elektronische beheer van medische dossiers, bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 1.500 euro.

Art. 8. Pour le médecin qui est candidat médecin généraliste durant l'intégralité de l'année de la prime, l'intervention annuelle s'élève à 800 EUR pour 2016.

CHAPITRE 5. — *Mesures transitoires*

Art. 9. § Il est accordé au médecin généraliste qui satisfait à la condition en matière d'activité effective de médecin généraliste fixée à l'article 3, mais ne répond pas à toutes les conditions en matière d'utilisation effective de la télémédecine et de gestion électronique de dossiers médicaux fixées au chapitre 3, section 2 une intervention de base qui s'élève à 1.500 EUR pour 2016 et 2017.

CHAPITRE 6. — *Modalités d'octroi*

Art. 10. Pour l'obtention de l'intervention, le médecin généraliste introduit auprès du Service des soins de santé de l'INAMI une demande d'intervention qui comporte les éléments suivants :

1° L'année de la prime pour laquelle il sollicite l'intervention;

2° Le numéro de compte sur lequel l'intervention doit être versée;

3° Sauf pour le médecin généraliste visé à l'article 9, le nom et la version du logiciel utilisé.

4° Pour le médecin généraliste visé à l'article 3, § 3, une déclaration sur l'honneur attestant qu'il a atteint dans l'année de la prime le seuil d'activité équivalent au seuil fixé à l'article 3, § 2.

Art. 11. Sous peine de déchéance, la demande visée à l'article 10 doit être transmise au plus tard le 31 octobre de l'année suivant l'année de la prime au Service des soins de santé de l'INAMI, selon les modalités publiées sur le site web précité de cet Institut. Sauf pour le médecin généraliste visé à l'article 9, la demande est introduite de façon électronique via une application web mise à disposition par l'INAMI.

Art. 12. La condition en matière d'inscription dans le service de garde visée à l'article 3, § 1^{er} est contrôlée au moyen des données enregistrées par le responsable du service de garde via le site internet fédérale visée à l'article 4 de l'arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés. Si, au 31 mars de l'année suivant l'année de la prime, aucune donnée en matière d'inscription dans le service de garde n'a été enregistrée durant l'année de la prime via cette application internet pour le médecin généraliste qui introduit la demande, l'intervention n'est pas accordée;

Art. 13. Pour l'application du mécanisme de calcul visé à l'article 5, § 3, il est seulement tenu compte de la composition des pratiques de groupes enregistrées en vigueur dans l'année de la prime, telle qu'elle est connue auprès du Service des soins de santé de l'INAMI au 31 mars de l'année suivant l'année de la prime.

Art. 14. Les données qui permettent de vérifier si le médecin généraliste atteint les seuils minimums visés à l'article 6, § 1^{er} sont fournies par le truchement des services mentionnés dans l'article précité.

Art. 15. Après l'introduction de la demande d'intervention, le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI décide du montant pour lequel le médecin généraliste entre en ligne de compte et communique cette décision au médecin généraliste.

Art. 16. Le médecin généraliste qui entre en ligne de compte pour une intervention est payé au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit l'année de la prime.

Art. 17. Le médecin généraliste a la possibilité de contester la décision visée à l'article 15 auprès du fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI selon les modalités publiées sur le site web précité de l'INAMI, sous peine d'irrecevabilité dans les soixante jours à compter de la date de la notification de la décision.

Art. 8. Voor de arts die gedurende het volledige premiejaar kandidaat-huisarts is, bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 800 EUR.

HOOFDSTUK 5. — *Overgangsmaatregelen*

Art. 9. Aan de huisarts die voldoet aan de in art. 3 vastgelegde voorwaarde inzake de effectieve activiteit als huisarts, maar niet voldoet aan alle in hoofdstuk 3, afdeling 2 vastgelegde voorwaarden inzake effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, wordt voor de jaren 2016 en 2017 een basistegemoetkoming toegekend die 1.500 EUR bedraagt.

HOOFDSTUK 6. — *Toekenningsmodaliteiten*

Art. 10. Voor het bekomen van de tegemoetkoming dient de huisarts een aanvraag tot tegemoetkoming in bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, die volgende elementen bevat:

1° Het premiejaar waarvoor hij de tegemoetkoming vraagt;

2° Het rekeningnummer waarop de tegemoetkoming moet gestort worden;

3° Behalve voor in artikel 9 bedoelde huisarts, de naam en de versie van het gebruikte softwarepakket.

4° Voor de in artikel 3, § 3. bedoelde huisarts, een verklaring op erewoord dat hij in het premiejaar een activiteitsdrempel heeft bereikt equivalent aan de in artikel 3, § 2 vastgelegde drempel.

Art. 11. Op straffe van verval moet de in artikel 10 bedoelde aanvraag uiterlijk op 31 oktober van het jaar volgend op het premiejaar aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV overgemaakt worden, volgens de modaliteiten gepubliceerd op voornoemde website van dit Instituut. Uitgezonderd voor de in artikel 9 bedoelde huisarts, wordt de aanvraag elektronisch ingediend via een door het RIZIV ter beschikking gestelde webtoepassing.

Art. 12. De in artikel 3, § 1. bedoelde voorwaarde inzake inschrijving in de wachtdienst wordt gecontroleerd door middel van de gegevens die door de wachtdienstverantwoordelijke zijn geregistreerd via de federale website bedoeld in artikel 4 van het koninklijk besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten. Indien er op 31 maart van het jaar volgend op premiejaar voor de huisarts die de aanvraag indient geen gegevens inzake inschrijving in de wachtdienst gedurende het premiejaar via deze webtoepassing zijn geregistreerd, dan wordt de tegemoetkoming niet toegekend;

Art. 13. Voor de toepassing van het in artikel 5, § 3. bedoelde berekeningsmechanisme wordt enkel rekening gehouden met de in het premiejaar geldende samenstelling van geregisteerde groepspraktijken zoals gekend bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV op 31 maart van het jaar volgend op het premiejaar.

Art. 14. De gegevens die toelaten na te gaan of de huisarts de in artikel 6, § 1. bedoelde minimumdrempels bereikt, worden aangeleverd via de in voornoemd artikel vermelde diensten.

Art. 15. Na het indienen van de aanvraag tot tegemoetkoming, beslist de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor welk bedrag de huisarts in aanmerking komt en deelt deze beslissing aan de huisarts mee.

Art. 16. De huisarts die voor een tegemoetkoming in aanmerking komt, wordt betaald uiterlijk op 31 december van het jaar volgend op het premiejaar.

Art. 17. De huisarts heeft de mogelijkheid om de in artikel 15 bedoelde beslissing te betwisten bij de leidend ambtenaar van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV volgens de modaliteiten gepubliceerd op voornoemde website van het RIZIV, op straffe van onontvankelijkheid binnen de zestig dagen te rekenen vanaf de datum van de kennisgeving van de beslissing.

CHAPITRE 7. — *Dispositions finales*

Art. 18. L'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux est abrogé.

Art. 19. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 1^{er} janvier 2016.

Art. 20. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 30 juin 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

HOOFDSTUK 7. — *Slotbepalingen*

Art. 18. Het koninklijk besluit van 6 februari 2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers wordt opgeheven.

Art. 19. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2016.

Art. 20. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 30 juni 2017.

FILIP

Van Koningswege :

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/30942]

31 JUILLET 2017. — Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi programme du 2 janvier 2001, notamment l'article 59^{quater};

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 15 mars 2017;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 20 mars 2017;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 19 avril 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 7 juillet 2017;

Vu l'article 8 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative, le présent arrêté est dispensé d'analyse d'impact de la réglementation, s'agissant d'une décision formelle.

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Une intervention financière de 366.536,27 euros est octroyée pour l'année 2017 à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Art. 2. L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation de l'Union générale des infirmiers de Belgique dans les différentes instances où elle est appelée à siéger, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Art. 3. Le montant annuel fixé conformément à l'article 1 est financé à charge des frais d'administration de l'Institut.

Art. 4. § 1^{er}. Le montant annuel alloué est versé par l'INAMI de la manière suivante :

1° 75 % du montant dans le mois qui suit la publication du présent arrêté au Moniteur;

2° 25 % dans les trois mois après que les comptes annuels pour l'année concernée approuvés par le Conseil d'administration de l'Union générale des infirmiers de Belgique et le rapport d'activité y compris l'utilisation des moyens ont été transmis à l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/30942]

31 JULI 2017. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene unie der verpleegkundigen van België

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de programmawet van 2 januari 2001, inzonderheid op artikel 59^{quater};

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 15 maart 2017;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 20 maart 2017;

Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op 19 april 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 7 juli 2017;

Gezien het artikel 8 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging, is dit besluit vrijgesteld van een regelgevingsimpactanalyse omdat het een formele beslissing betreft.

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Een financiële tegemoetkoming van 366.536,27 euro wordt voor het jaar 2017 toegekend aan de Algemene unie der verpleegkundigen van België.

Art. 2. De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de Algemene unie der verpleegkundigen van België in de verschillende organen waarin ze uitgenodigd wordt te zetelen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Art. 3. Het jaarbedrag vastgesteld overeenkomstig artikel 1 wordt gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het Instituut.

Art. 4. § 1. Het jaarbedrag dat wordt toegekend, wordt door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering als volgt betaald :

1° 75 % van het bedrag in de maand die volgt op de bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*;

2° 25 % binnen de drie maanden nadat de door de raad van bestuur van de Algemene unie der verpleegkundigen van België goedgekeurde jaarrekening en het activiteitenrapport inclusief de besteding van de middelen voor het desbetreffende jaar aan de administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werd overgemaakt.