KONINKRIJK BELGIE

---- ♦ ----

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

---- ♦ ----

ROYAUME DE BELGIQUE

---- ♦ ----

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

---- ♦ ----

61248,2

Koninklijk besluit van [xxx] 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.

Arrêté royal du [xxx] 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 télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

RAAD VAN STATE
AFDELING WETGEVING
30

FILIP, Koning der Belgen,

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

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

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;

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 ;

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

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

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

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

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

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

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op [xxx];

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le [xxx] ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van [xxx];

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le [xxx] ;

Gelet op advies [xxx] van de Raad van State, gegeven op [xxx], met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Vu l'avis [xxx] du Conseil d'Etat donné le [xxx], en application de l'article 84, § 1, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

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

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Nous avons arrêté et arrêtons :

HOOFDSTUK 1. INLEIDENDE BEPALING

CHAPITRE 1ER. DISPOSITION INTRODUCTIVE

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

Article1er. 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 télématique et à la

elektronisch beheer van de medische dossiers.

gestion électronique des dossiers médicaux.

HOOFDSTUK 2. DEFINITIES

CHAPITRE 2. DEFINITIONS

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

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

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

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

2° 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.

2° 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° premiejaar: het kalenderjaar waarvoor de tegemoetkoming toegekend wordt;

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

4° 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;

4° 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° Recip-e: het systeem voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en verstrekkingen beheerd door de vereniging "Recip-E vzw";

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

6° MyCarenet: 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;

6° MyCarenet : le réseau électronique visé à l'article 159bis, § 1er, 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° eHealth-platform: de openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht door de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform;

7° 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° SUMEHR: het samenvattend klinisch dossier van een patiënt opgemaakt volgens de specificaties opgesteld door het eHealth-platform;

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

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;

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° 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.

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° 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;

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;

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

CHAPITRE 3. CONDITIONS D'OCTROI

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

Art. 3, § 1er. 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 1er 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

sluiten van de akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen.

forfaitaire des prestations.

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

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

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.

Art. 4. § 1er. 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. 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.

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

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

Art. 5. § 1er. Le médecin généraliste qui au 1er 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 télématique 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.

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

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

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;

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° 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;

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° 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

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

tweede semester 2016 minstens 20 % van de bedoelde raadplegingen elektronisch gefactureerd zijn via MyCarenet;

facturées par voie électronique via MyCarenet au cours du second semestre 2016;

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;

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° 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 en het aantal patiënten waarvoor hij voor 2015 een GMD-honorarium heeft ontvangen, minstens 20% bedraagt;

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

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

§3. Indien de in §1. bedoelde huisarts niet voldoet aan de in §2. vastgelegde voorwaarde en hij gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde groepspraktijk, dan geldt als vervangende voorwaarde dat voor minstens 3 van de in §2. bedoelde gebruiksindicatoren 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 gebruiksgegevens van de huisartsen die gedurende het volledige premiejaar beschikten over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, deel uitmaakten van zijn groepspraktijk en die geen deel uitmaakten van een andere groepspraktijk, hijzelf inclusief.

§ 3. Si le médecin généraliste visé au § 1er 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.

HOOFDSTUK 4. BEDRAG VAN DE TEGEMOETKOMING

CHAPITRE 4. MONTANT DE L'INTERVENTION

Art. 6 §. 1. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejaar 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.

Art. 6 § 1er. 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. Voor de huisarts die na 1 januari van het premiejaar 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.

§ 2. Pour le médecin généraliste qui se voit attribuer après le 1er 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 télématique 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. Het bedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2016 wordt verhoogd tot 4.550 EUR voor de in §1. en

§ 3. Le montant de l'intervention annuelle pour 2016 est majoré à 4.550 EUR pour le médecin généraliste

§2. bedoelde huisarts die in het premiejaar minstens 5 van de in artikel 5 §2. vastgelegde gebruiksdrempels bereikt. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde 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 eerstelijnskluizen Vitalink, Intermed of BruSafe, heeft voor het premiejaar 2016 recht op een bijkomend bedrag van 500 EUR. Voor de huisarts die gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde 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 premiejaar 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. 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

visé aux § 1er 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 § 1er 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 1er 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 télématique et de gestion électronique de dossiers médicaux fixée à l'article 5 , l'intervention annuelle s'élève à 1.500 EUR pour 2016.

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. § II 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 télématique 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 5. MODALITES D'OCTROI

Art. 10. Pour l'obtention de l'intervention, le médecin généraliste introduit auprès du Service des soins de santés 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,

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 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. 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 geregistreerde 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 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.

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, § 1er est contrôlée au moyen des données enregistrées par le responsable du service de garde via l'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. 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, § 1er sont fournies par le truchement des services mentionnés dans l'article précité.

Art. 15. Après l'introduction de la demande d'intervention, le 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.

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

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 télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux est supprimé.

Art. 19. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2016.

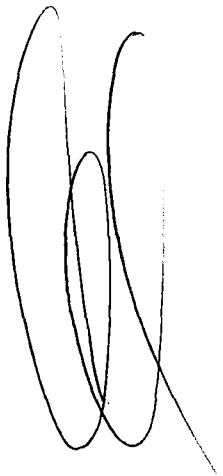
Art. 20. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Maggie De Block

Par le Roi :
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,



Magie De Block