CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

avis 77.568/2
du 8 avril 2025

sur

un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 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

advies 77.568/2
van 8 april 2025

over

een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Le 17 mars 2025, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté à communiquer un avis dans un délai de trente jours sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 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'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 7 avril 2025. La chambre était composée de Patrick RONVAUX, président de chambre, Christine HOREVOETS et Pierre-Olivier DE BROUX, conseillers d'État, Christian BEHRENDT et Jacques ENGLEBERT, assesseurs, et Béatrice DRAPIER, greffier.

Le rapport a été présenté par Benoît LAGASSE, auditeur adjoint.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Pierre-Olivier DE BROUX.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 8 avril 2025.

*

Op 17 maart 2025 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'.

Het ontwerp is door de tweede kamer onderzocht op 7 april 2025. De kamer was samengesteld uit Patrick RONVAUX, kamervoorzitter, Christine HOREVOETS en Pierre-Olivier DE BROUX, staatsraden, Christian BEHRENDT en Jacques ENGLEBERT, assessoren, en Béatrice DRAPIER, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Benoît LAGASSE, adjunct-auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Pierre-Olivier DE BROUX.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 8 april 2025.

*

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite essentiellement son examen à la compétence de l'auteur de l'acte, au fondement juridique, ainsi qu'à l'accomplissement des formalités prescrites, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées.

FORMALITÉS PRÉALABLES

Il ne ressort pas avec certitude des documents à la disposition de la section de législation que la Commission nationale médico-mutualiste ait formulé une proposition ou ait rendu un avis, conformément à l'article 36*sexies* de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' (ci-après : la « loi coordonnée »).

En effet, le procès-verbal de la réunion du 24 juin 2024 de la Commission nationale médico-mutualiste conclut la discussion concernant le projet d'arrêté royal en indiquant que « [l]a Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance de la note ».

Or, l'article 36*sexies* de la loi coordonnée dispose comme suit :

> « Le Roi détermine les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux dispensateurs de soins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.
>
> L'arrêté est pris sur la proposition de la Commission de conventions ou d'accords compétente. Le ministre peut demander que la commission formule une proposition dans un délai d'un mois. Si la proposition n'est pas formulée dans le délai voulu ou si le ministre ne peut s'y rallier, il peut soumettre sa propre proposition a la Commission. La Commission rend alors un avis sur cette proposition dans le délai d'un mois : cet avis est considéré avoir été donné s'il n'a pas été formulé dans ce délai ».

Interrogée sur l'accomplissement de la formalité de la proposition ou de l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste, conformément à l'article 36*sexies* de la loi coordonnée, la déléguée a indiqué :

> « La note 2024/052 présentée à la Commission nationale médico-mutualiste le 24 juin 2024 (jointe à ce mail) reprend la mission suivante : 'La Commission nationale médico-mutualiste est priée de se prononcer sur la proposition de modifications des critères et seuils pour la prime de pratique intégrée 2024 et du projet d'arrêté royal en annexe'. Dès lors, on peut considérer que la formalité de la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste a été accomplie ».

Compte tenu du texte même de l'article 36*sexies* de la loi coordonnée, la prise de connaissance par la Commission nationale médico-mutualiste d'une note la priant de se prononcer sur une proposition de modification des critères et seuils pour la prime de pratique intégrée 2024 formulée dans un projet d'arrêté royal qui y est joint n'établit pas que la formalité préalable requise par la loi a bien été régulièrement accomplie, ce dont l'auteur du projet veillera à s'assurer.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Si l'accomplissement de cette formalité devait encore donner lieu à des modifications du texte soumis au Conseil d'État, les dispositions modifiées ou ajoutées qui ne seraient pas de pure forme ou qui ne résulteraient pas également des suites réservées au présent avis devraient être à nouveau soumises à la section de législation conformément à l'article 3, § 1er, alinéa 1er, des lois coordonnées 'sur le Conseil d'État'.

EXAMEN DU PROJET

OBSERVATION GÉNÉRALE

L'auteur du projet examinera la question de savoir s'il n'y a pas lieu de profiter de celui-ci pour actualiser l'arrêté royal du 30 juin 2017 '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'. En particulier, les définitions de « MyCarenet » et de « honoraires DMG », visés respectivement à l'article 2, 6° et 12°, de cet arrêté royal, gagneraient à être actualisées [1].

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

PRÉAMBULE

1. De l'accord de la déléguée, l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 4 septembre 2024 ne constitue pas une formalité obligatoire [2].

L'alinéa 4 sera par conséquent omis ou placé à la suite de l'ensemble des visas si telle est la volonté de l'auteur du projet [3]. Le cas échéant, le mot « Vu » sera remplacé par le mot « Considérant ».

[1] Comme l'a indiqué la déléguée, l'article 159*bis* 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', auquel renvoie la définition de « MyCarenet » a été abrogé par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 'portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant' et la teneur de l'article 159*bis* a été reproduite par l'article 5 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015. De même, comme en a convenu la déléguée, les « honoraires DMG » sont désormais visés par l'arrêté royal du 23 décembre 2021 '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'.

[2] Dans le même sens, voir l'avis 77.515/2 donné le 17 mars 2025 sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations'.

[3] *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandation 35.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

2. À l'alinéa 6, il y a lieu d'écrire « Inspecteur des Finances » et non « Inspection des Finances » [4].

DISPOSITIF

Article 1er

1. Il convient d'indiquer les modifications encore en vigueur que l'article 2 de l'arrêté royal du 30 juin 2017 a subies [5]. Il sera par conséquent précisé que cet article a été modifié par l'arrêté royal du 24 novembre 2019 et par l'arrêté royal du 24 avril 2024.

2. L'article 2 de l'arrêté royal du 30 juin 2017 n'est pas divisé en paragraphes.

La mention du paragraphe 1er dans la phrase liminaire sera dès lors omise.

3. Dans la version néerlandaise, le premier mot « In » sera omis. La disposition examinée commencera dès lors comme suit :

« Artikel 2 van het koninklijk besluit (…) ».

Article 2

1. Au 1), 8°, dans la version française, il sera précisé qu'il s'agit du quatrième trimestre de 2024.

2. Au 3), les signes et chiffres « § 4/1 » seront remplacés par « § 4/2 ».

Article 3

1. Au 2), il convient de faire correspondre la version néerlandaise avec la version française du texte, le mot « eveneens » qui apparaît dans la première ne figurant pas dans la seconde.

2. De l'accord de la déléguée, il sera question, au 3), du « médecin généraliste visé aux §§ 1/2 et 2/2 ».

[4] Voir la formulation de l'article 17 de l'arrêté royal du 20 mai 2022 'relatif au contrôle administratif, budgétaire et de gestion' qui prévoit que « [s]ans préjudice des articles 18 à 20 compris, sont soumis aux inspecteurs des finances pour avis préalable […] : ». Par ailleurs, voir *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandations 6.5 et 34 et formule F-3-4-7.

[5] *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandation 113.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Article 4

La disposition sera rédigée comme suit :

« À l'article 7 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2024, les mots 'Pour 2018, 2019 et 2023' sont remplacés par les mots 'Pour 2018, 2019, 2023 et 2024' ».

Article 6

Dans son avis 61.248/2 donné le 26 avril 2017 sur un projet devenu l'arrêté royal du 30 juin 2017 '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', la section de législation a indiqué :

> « L'article 36*sexies* 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 télématique 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 télématique 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 télématique et de gestion électronique des dossiers, mais seulement aux conditions relatives à l'activité effective, ne peut trouver un fondement dans l'article 36*sexies* précité ».

Étant donné que l'article 6 du projet tend à octroyer une intervention annuelle au médecin généraliste qui ne satisfait 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, il ne peut trouver son fondement dans l'article 36*sexies* de la loi coordonnée qui habilite le Roi à déterminer « les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux dispensateurs de soins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux ».

L'article 6 sera dès lors omis.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Article 7

L'article 7 entend conférer au projet un effet rétroactif au 1er janvier 2024.

Compte tenu du caractère incitatif qui est inhérent à toute subvention, il est en principe dépourvu d'intérêt d'accorder une subvention avec effet rétroactif puisque le bénéficiaire potentiel de celle-ci ne peut plus adapter son comportement pour en remplir les critères d'octroi [6].

En tout état de cause, il y a lieu de rappeler que la non-rétroactivité des arrêtés est de règle, en vertu d'un principe général de droit. 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 projet doit s'assurer que la rétroactivité peut être justifiée malgré les conditions fixées par l'article 5, § 2/8, en projet, de l'arrêté royal du 30 juin 2017. Ainsi, la question se pose quant à l'information de tous les médecins concernés relative aux conditions de l'intervention annuelle pour 2024.

*

[6] Voir notamment l'avis 69.256/2 donné le 7 mai 2021 sur un projet devenu l'arrêté royal du 8 juin 2021 'modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 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' et l'avis 70.902/2 donné le 14 février 2022 sur un projet devenu l'arrêté royal du 20 mai 2022 'modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 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'.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten 'op de Raad van State', gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving zich, overeenkomstig artikel 84, § 3, van de gecoördineerde wetten, voornamelijk tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, de rechtsgrond en de vraag of de voorgeschreven vormvereisten zijn vervuld.

VOORAFGAANDE VORMVEREISTEN

Uit de documenten die ter beschikking gesteld zijn van de afdeling Wetgeving, blijkt niet met zekerheid of de Nationale commissie Artsen-Ziekenfondsen een voorstel geformuleerd heeft of een advies gegeven heeft, overeenkomstig artikel 36*sexies* van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994' (hierna de "gecoördineerde wet").

In de notulen van de vergadering van de Nationale commissie Artsen-Ziekenfondsen van 24 juni 2024 wordt de bespreking in verband met het ontwerp van koninklijk besluit immers afgesloten met de opmerking dat "[d]e Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen (…) kennis [neemt] van de nota".

Artikel 36*sexies* van de gecoördineerde wet bepaalt evenwel het volgende:

> "De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de zorgverleners voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers.
>
> Het besluit wordt genomen op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie. De minister kan vragen dat de commissie een voorstel formuleert binnen de termijn van een maand. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd of indien de minister er zich niet kan bij aansluiten kan hij zijn eigen voorstel aan de commissie voorleggen, die er haar advies over geeft binnen de termijn van een maand: dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen die termijn."

Op de vraag of het vormvereiste inzake het voorstel of het advies van de Nationale commissie Artsen-Ziekenfondsen vervuld is, overeenkomstig artikel 36*sexies* van de gecoördineerde wet, heeft de gemachtigde het volgende aangegeven:

> "La note 2024/052 présentée à la Commission nationale médico-mutualiste le 24 juin 2024 (jointe à ce mail) reprend la mission suivante : 'La Commission nationale médico-mutualiste est priée de se prononcer sur la proposition de modifications des critères et seuils pour la prime de pratique intégrée 2024 et du projet d'arrêté royal en annexe'. Dès lors, on peut considérer que la formalité de la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste a été accomplie."

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Rekening houdend met de tekst zelf van artikel 36*sexies* van de gecoördineerde wet volstaat de kennisname door de Nationale commissie Artsen-Ziekenfondsen van een nota waarin ze verzocht wordt zich uit te spreken over een voorstel tot wijziging van de criteria en drempelwaarden voor de geïntegreerde praktijkpremie 2024, geformuleerd in een daarbij gevoegd ontwerp van koninklijk besluit, niet om vast te stellen of het bij de wet verplichte vormvereiste naar behoren en regelmatig vervuld is, iets waar de steller van het ontwerp zal moeten op toezien.

Indien de aan de Raad van State voorgelegde tekst naar aanleiding van het vervullen van dat vormvereiste nog wijzigingen zou ondergaan, moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen die niet louter vormelijk zijn en evenmin het resultaat zijn van het gevolg dat aan dit advies gegeven wordt, op hun beurt om advies aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd overeenkomstig artikel 3, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wetten 'op de Raad van State'.

ONDERZOEK VAN HET ONTWERP

ALGEMENE OPMERKING

De steller van het ontwerp moet onderzoeken of het ontwerp niet te baat genomen moet worden om het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers' te actualiseren. Het verdient meer in het bijzonder aanbeveling de definitie te actualiseren van de begrippen "MyCarenet" en "GMD-honorarium", waarnaar respectievelijk verwezen wordt in artikel 2, 6° en 12°, van dat koninklijk besluit.[1]

BIJZONDERE OPMERKINGEN

AANHEF

1. De gemachtigde is het ermee eens dat het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 4 september 2024 geen verplicht vormvereiste is.[2]

[1] Zoals de gemachtigde aangegeven heeft, is artikel 159*bis* 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', waarnaar verwezen wordt in de definitie van het begrip "MyCarenet", opgeheven bij het koninklijk besluit van 18 september 2015 'tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling' en wordt de strekking van artikel 159*bis* weergegeven in artikel 5 van het koninklijk besluit van 18 september 2015. De gemachtigde is het er ook mee eens dat het "GMD-honorarium" thans het voorwerp uitmaakt van het koninklijk besluit 23 december 2021 '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'.

[2] Zie in dezelfde zin advies 77.515/2 van 17 maart 2025 over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen'.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Het vierde lid moet bijgevolg weggelaten worden of geplaatst worden ná alle andere aanhefverwijzingen, als dat de bedoeling is van de steller van het ontwerp.[3] In voorkomend geval moeten de woorden "Gelet op" vervangen worden door het woord "Overwegende".

2. In het zesde lid schrijve men "inspecteur van Financiën" in plaats van "Inspectie van Financiën".[4]

DISPOSITIEF

Artikel 1

1. De nog geldende wijzigingen die aangebracht zijn in artikel 2 van het koninklijk besluit van 30 juni 2017, dienen vermeld te worden.[5] Bijgevolg moet verduidelijkt worden dat dit artikel gewijzigd is bij het koninklijk besluit van 24 november 2019 en het koninklijk besluit van 24 april 2024.

2. Artikel 2 van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 is niet onderverdeeld in paragrafen.

De vermelding van paragraaf 1 in de inleidende zin moet dan ook weggelaten worden.

3. In de Nederlandse tekst moet het eerste woord "In" weggelaten worden. De voorliggende bepaling moet bijgevolg beginnen als volgt:

"Artikel 2 van het koninklijk besluit (…)."

Artikel 2

1. In de Franse tekst van punt 1), 8°, moet gepreciseerd worden dat het gaat om het vierde trimester van 2024.

2. In punt 3) moeten de tekens en cijfers "§ 4/1" vervangen worden door "§ 4/2".

[3] *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, www.raadvst-consetat.be, tab "Wetgevingstechniek", aanbeveling 35.

[4] Zie de formulering van artikel 17 van het koninklijk besluit van 20 mei 2022 'betreffende de administratieve, begrotings- en beheerscontrole', dat bepaalt: "Onverminderd de artikelen 18 tot en met 20 worden aan de inspecteurs van financiën voor voorafgaand advies voorgelegd: (…)." Zie voorts *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, www.raadvst-consetat.be, tab "Wetgevingstechniek", aanbeveling en 6.5 en 34 en formule F-3-4-7.

[5] *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, www.raadvst-consetat.be, tab "Wetgevingstechniek", aanbeveling 113.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

Artikel 3

1. De Nederlandse tekst van punt 2) dient in overeenstemming gebracht te worden met de Franse tekst, aangezien het daarin vermelde woord "eveneens" niet weergegeven wordt in de Franse tekst.

2. De gemachtigde is het ermee eens dat in punt 3) gewag gemaakt moet worden van "de in § 1/2 en § 2/2 bedoelde huisarts".

Artikel 4

De bepaling moet gesteld worden als volgt:

"In artikel 7 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 24 april 2024, moeten de woorden 'Voor 2018, 2019 en 2023' vervangen worden door de woorden 'Voor 2018, 2019, 2023 en 2024'."

Artikel 6

In advies 61.248/2 van 26 april 2017 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers' heeft de afdeling Wetgeving het volgende opgemerkt:

> "Artikel 36*sexies* 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 ontlenen aan het voornoemde artikel 36*sexies*."

Aangezien bij artikel 6 van het ontwerp een jaarlijkse tegemoetkoming toegekend wordt aan de huisarts die niet voldoet aan alle voorwaarden inzake effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers vastgesteld in hoofdstuk 3, afdeling 2, is daarvoor geen rechtsgrond voorhanden in artikel 36*sexies* van de gecoördineerde wet, waarbij de Koning

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡

gemachtigd wordt "de voorwaarden en de nadere regels [te bepalen] overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de zorgverleners voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers".

Artikel 6 moet dus weggelaten worden.

Artikel 7

Bij artikel 7 wordt aan het ontwerp terugwerking verleend tot 1 januari 2024.

Gelet op het aansporende karakter dat inherent is aan elke tegemoetkoming, heeft het in beginsel geen zin een tegemoetkoming met terugwerkende kracht toe te kennen, aangezien de potentiële begunstigde van die tegemoetkoming zijn gedrag niet meer kan aanpassen om aan de criteria voor de toekenning ervan te voldoen.[6]

In ieder geval dient eraan herinnerd te worden dat besluiten krachtens een algemeen rechtsbeginsel in de regel geen terugwerkende kracht hebben. Terugwerkende kracht kan evenwel verantwoord zijn indien ze bij wet toegestaan is. Indien ze niet bij de wet wordt toegestaan, is ze alleen aanvaardbaar bij wijze van uitzondering, inzonderheid wanneer ze nodig is voor de continuïteit van de openbare dienst of voor de regularisatie van een feitelijke of rechtstoestand en voor zover de vereisten inzake rechtszekerheid vervuld zijn en de individuele rechten geëerbiedigd worden.

In casu moet de steller van het ontwerp zich ervan vergewissen dat de terugwerking verantwoord kan worden ondanks de in het ontworpen artikel 5, § 2/8, van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 vastgestelde voorwaarden. Zo rijst de vraag of alle betrokken artsen ingelicht zijn over de voorwaarden van de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2024.

LE GREFFIER – DE GRIFFIER LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Béatrice DRAPIER Patrick RONVAUX

[6] Zie inzonderheid advies 69.256/2 van 7 mei 2021 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 8 juni 2021 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers' en advies 70.902/2 van 14 februari 2022 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 20 mei 2022 'tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 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 huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers'.

‡LW-BGEZIAIBE-HHFGIVT‡