

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2019/15598]

24 NOVEMBRE 2019. — 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

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 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 modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018 ;

Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, faite le 3 décembre 2018 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 13 mars 2019 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 18 mars 2019 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 27 juin 2019 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 20 septembre 2019 ;

Vu l'avis 66.617/2 du Conseil d'Etat donné le 24 octobre 2019, 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 :

Article 1^{er}. Dans l'article 2 de 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, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, sont insérés 14^o et 15^o, rédigés comme suit :

14^o le schéma de médication : le schéma de médication rassemble les informations standardisées sur la médication active d'un patient : les médicaments prescrits et non prescrits, leur posologie, leur indication, les instructions pertinentes pour l'utilisation et les renseignements supplémentaires éventuels. Via les réseaux de santé régionaux, les dispensateurs de soins ont accès à cette information ;

15^o CEBAM evidence linker (via login) : "le système électronique d'aide au dossier, accessible à partir du Dossier Médical Informatisé du patient, qui donne un accès en ligne immédiat aux guides de pratique clinique pertinents, élaboré par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine ;"

Art. 2. Dans l'article 5 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, sont insérés les paragraphes 2/2 et 2/3 rédigés comme suit :

§ 2/2. Dans l'année de la prime 2018, le médecin généraliste visé au § 1^{er}. doit atteindre au moins 6 des seuils d'utilisation suivants :

1^o 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 2018. Pour le calcul de ce pourcentage, il est uniquement tenu compte des prescriptions de médicaments remboursés par l'assurance des soins de santé ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2019/15598]

24 NOVEMBER 2019. — 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

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 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 gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018;

Gelet op het voorstel van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen, gedaan op 3 december 2018;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 13 maart 2019;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 18 maart 2019;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 27 juni 2019;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 20 september 2019;

Gelet op advies 66.617/2 van de Raad van State, gegeven op 24 oktober 2019, 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 :

Artikel 1. In artikel 2 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, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, worden 14^o en 15^o ingevoegd, luidende:

14^o medicatieschema: het medicatieschema bundelt gestandaardiseerde informatie over de actieve medicatie van een patiënt: de voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen, hun posologie, hun indicatie, relevante gebruiksaanwijzingen en eventuele bijkomende informatie. Via de regionale gezondheidsnetwerken krijgen zorgverleners toegang tot deze informatie;

15^o CEBAM evidence linker (via login): het elektronisch dossierondersteunend systeem, bereikbaar vanuit het Elektronisch Medisch Patiëntendossier, dat online de relevante klinische richtlijnen aanbiedt, uitgewerkt door het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine;"

Art. 2. In artikel 5 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, worden de paragrafen 2/2 en 2/3 ingevoegd, luidende:

§ 2/2. In het premiejaar 2018 moet de in § 1. bedoelde huisarts minstens 6 van volgende gebruiksdrempels bereiken:

1^o De huisarts maakt gebruik van de dienst Recip-e voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen, waarbij hij in het tweede semester 2018 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° 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 2018 ;

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 2018 ;

4° Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et au 31 décembre 2018 un consentement éclairé a été enregistré via la plate-forme eHealth pour au moins 25 % des patients pour lesquels il a reçu en 2017 des honoraires DMG ;

5° Le médecin généraliste favorise le partage sécurisé des données de santé de ses patients et aura atteint au 31 décembre 2018 une proportion minimale de 25% entre le nombre de patients différents pour lesquels il a chargé un SUMEHR et le nombre de patients pour lesquels il a reçu pour 2018 des honoraires DMG ;

6° Le médecin généraliste fait usage en 2018 du service MyCarenet pour la gestion électronique des honoraires DMG.

7° Le médecin généraliste crée ou adapte au moins 5 schéma de médication au cours du second semestre 2018 ;

8° Le médecin généraliste utilise au moins 5 fois le CEBAM evidence linker (via login) au cours du second semestre 2018 ;

9° Le médecin généraliste introduit au moins 5% de ses attestations de consultation via le service "e-Attest" de MyCarenet au cours du second semestre 2018 ;

10° Le médecin généraliste envoie au moins 3 fois en 2018 le formulaire électronique «Evaluation du handicap - SPF Sécurité sociale» vers le SPF Sécurité Sociale.

§ 2/3 Pour l'année de la prime 2019, les dispositions du § 2/2, dans lequel il y a lieu de lire 2019 au lieu de 2018, sont d'application."

Art. 3. Dans l'article 5 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, il est inséré un paragraphe 3/2 rédigé comme suit :

"§ 3/2. Si ce médecin généraliste visé au § 1^{er} ne satisfait pas à la condition fixée au § 2/2 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 § 2/2 a été atteint par lui-même ou en moyenne par la pratique de groupe pour au moins 6 des indicateurs d'utilisation visés au § 2/2. 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 disposaient depuis 5 années ou plus d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste, faisaient partie de leur pratique de groupe et qui ne faisaient pas partie d'une autre pratique de groupe, y compris lui-même."

Art. 4. Dans l'article 5 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, il est inséré un paragraphe 4 rédigé comme suit :

"§ 4. Pour le médecin généraliste qui pratique durant l'année de la prime la médecine au forfait au sens de l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les seuils 3°, 6° et 9° tels que formulés au § 2/2 ne sont pas pris en compte. Cette exclusion équivaut pour l'application de cet arrêté à l'atteinte d'1 seuil."

Art. 5. L'article 6 § 1 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, est complété par la phrase suivante : « Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 3.500 EUR ».

Art. 6. L'article 6 § 2 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, est complété par la phrase suivante : « Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 3.500 EUR ».

Art. 7. Dans l'article 6 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, il est inséré un paragraphe 3/2 rédigé comme suit :

« § 3/2. Le montant de l'intervention annuelle pour 2018 et 2019 est majoré à 4.500 EUR pour le médecin généraliste visé aux § 1^{er} et § 2 qui atteint au moins 7 des seuils d'utilisation fixés à l'article 5, § 2/2 dans l'année de la prime et à 6.000 EUR si ce médecin concerné atteint au moins 8 des seuils d'utilisation fixés à l'article 5, § 2/2. 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, § 3/2 est également appliqué pour l'octroi de ce montant majoré ; »

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 2018 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 2018 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 2018 via het eHealth-platform een geïnformeerde toestemming is geregistreerd voor minstens 25% van de patiënten waarvoor hij in 2017 een GMD-honorarium heeft ontvangen;

5° De huisarts bevordert het beveiligd delen van de gezondheidsgegevens van zijn patiënten, waarbij op 31 december 2018 de verhouding tussen het aantal verschillende patiënten waarvoor hij een SUMEHR heeft opgeladen en het aantal patiënten waarvoor hij voor 2018 een GMD-honorarium heeft ontvangen, minstens 25% bedraagt;

6° De huisarts maakt in 2018 gebruik van de dienst MyCarenet voor het elektronisch beheer van het GMD-honorarium.

7° De huisarts creëert of past minstens 5 medicatieschema's aan tijdens het tweede semester van 2018;

8° De huisarts gebruikt minstens 5 keer de CEBAM evidence linker (via login) tijdens het tweede semester van 2018;

9° De huisarts dient minstens 5% van diens raadplegingsgetuigschriften in via de dienst "e-Attest" van MyCarenet tijdens het tweede semester van 2018;

10° De huisarts verstuurt in 2018 minstens 3 keer het elektronisch formulier "Evaluatie van de handicap – FOD Sociale Zekerheid" naar de FOD Sociale Zekerheid.

§ 2/3 Voor het premiejaar 2019 geldt het bepaalde in § 2/2, waarbij 2018 steeds als 2019 dient te worden gelezen."

Art. 3. In artikel 5 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt een paragraaf 3/2 ingevoegd, luidende:

"§ 3/2. Indien de in § 1. bedoelde huisarts niet voldoet aan de in § 2/2 vastgelegde voorwaarde en hij gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde groepspraktijk, dan geldt als vervangende voorwaarde dat voor minstens 6 van de in § 2/2 bedoelde gebruiksindicatoren door hemzelf of gemiddeld door de groepspraktijk de in § 2/2 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."

Art. 4. In artikel 5 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt een paragraaf 4 ingevoegd, luidende:

"§ 4. Voor de huisarts die gedurende het premiejaar de forfaitgeneeskunde uitoefent in de zin van artikel 52 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, wordt geen rekening gehouden met de drempels 3°, 6° en 9° zoals geformuleerd in § 2/2. Deze uitsluiting wordt voor de toepassing van dit besluit aangerekend als het behalen van 1 drempel."

Art. 5. Artikel 6 § 1 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt aangevuld met de volgende zin: "Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 3.500 EUR".

Art. 6. Artikel 6 § 2 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt aangevuld met de volgende zin: "Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 3.500 EUR".

Art. 7. In artikel 6 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt een paragraaf 3/2 ingevoegd, luidende:

"§ 3/2. Het bedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming voor 2018 en 2019 wordt verhoogd tot 4.500 EUR voor de in § 1. en § 2. bedoelde huisarts die in het premiejaar minstens 7 van de in artikel 5 § 2/2 vastgelegde gebruiksindicatoren bereikt en tot 6.000 EUR voor deze huisarts die minstens 8 van de in artikel 5 § 2/2 vastgelegde gebruiksindicatoren 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, § 3/2 bedoelde berekeningsmechanisme toegepast;"

Art. 8. L'article 7 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, est complété par la phrase suivante: « Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 1.000 EUR ».

Art. 9. Dans l'article 8 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, les mots « et 2017 » sont remplacés par les mots « , 2017, 2018 et 2019 ».

Art. 10. L'article 9 du même arrêté est complété par la phrase suivante: « Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 1.000 EUR ».

Art. 11. L'article 11 du même arrêté est complété par l'alinéa suivant: « Par dérogation au premier alinéa, le délai pendant lequel l'indemnisation peut être demandée pour l'année de référence 2018 est fixé à 90 jours après la publication de l'arrêté royal du 24 novembre 2019 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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux. »

Art. 12. Dans l'article 13 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2018, les mots « et en § 3/1 » sont remplacés par les mots « , § 3/1 et § 3/2 ».

Art. 13. Dans l'article 15 du même arrêté, les mots "ou son délégué" sont insérés entre les mots « de l'INAMI » et les mots « décide du montant ».

Art. 14. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 1^{er} janvier 2018.

Art. 15. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 24 novembre 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

Art. 8. Artikel 7 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, wordt aangevuld met de volgende zin: "Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1.000 EUR".

Art. 9. In artikel 8 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, worden de woorden "en 2017" vervangen door de woorden " , 2017, 2018 en 2019".

Art. 10. Artikel 9 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met de volgende zin: "Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1.000 EUR".

Art. 11. Artikel 11 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met het volgende lid: "In uitzondering op het eerste lid, wordt de vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2018 vastgelegd op 90 dagen na de bekendmaking van het koninklijk besluit van 24 november 2019 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"

Art. 12. In artikel 13 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 6 juni 2018, worden de woorden "en § 3/1" vervangen door de woorden " , § 3/1 en § 3/2".

Art. 13. In artikel 15 van hetzelfde besluit worden de woorden "of zijn gemachtigde" ingevoegd tussen de woorden "van het RIZIV" en de woorden "voor welk bedrag".

Art. 14. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2018.

Art. 15. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 24 november 2019.

FILIP

Van Koningswege :

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2019/15387]

2 DECEMBRE 2019. — Arrêté ministériel modifiant le chapitre « H. Gynécologie » de la liste jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

La Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35septies/2, § 1^{er}, 3^o et § 2, 1^o et 2^o, tel qu'inséré par la loi du 15 décembre 2013 ;

Vu l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;

Vu la proposition de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs du 13 juin 2019 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 26 juin 2019 ;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget donné le 17 juillet 2019 ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2019/15387]

2 DECEMBER 2019. — Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35septies/2, § 1, 3^o en § 2, 1^o en 2^o, zoals ingevoegd door de wet van 15 december 2013 ;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen;

Gelet op het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen van 13 juni 2019;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 26 juni 2019;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting gegeven op 17 juli 2019;