

Zij kan op verzoek van de meest gereede ondertekenende partij geheel of gedeeltelijk worden herzien of opgezegd, met inachtneming van een opzeggingstermijn van zes maanden. De organisatie die het initiatief tot herziening of opzegging neemt, moet in een gewone brief aan de voorzitter van de Nationale Arbeidsraad de redenen ervan aangeven en amendementsvoorstellen indienen. De andere organisaties verbinden er zich toe deze binnen een maand na ontvangst ervan in de Nationale Arbeidsraad te bespreken.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 19 juli 2024.

De Minister van Werk,
P.-Y. DERMAGNE

Bijlage aan de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 24/5 van 28 mei 2024, tot wijziging van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 24 van 2 oktober 1975 betreffende de procedure van inlichting en raadpleging van de werknemersvertegenwoordigers met betrekking tot het collectief ontslag

WIJZIGING VAN DE COMMENTAAR VAN DE COLLECTIEVE ARBEIDSOVEREENKOMST NR. 24 VAN 2 OKTOBER 1975 BETREFFENDE DE PROCEDURE VAN INLICHTING EN RAADPLEGING VAN DE WERKNEMERSVERTEGENWOORDIGERS MET BETREKKING TOT HET COLLECTIEF ONTSLAG

Artikel 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 24 van 2 oktober 1975 betreffende de procedure van inlichting en raadpleging van de werknemersvertegenwoordigers met betrekking tot het collectief ontslag definieert in overeenstemming met de Richtlijn 98/59/EG van de Raad van 20 juli 1998 betreffende de aanpassing van de wetgevingen van de lidstaten inzake collectief ontslag, het begrip "collectief ontslag" voor de toepassing van deze collectieve arbeidsovereenkomst.

Het is wenselijk om in de commentaar van genoemde collectieve arbeidsovereenkomst het begrip "collectief ontslag" te verduidelijken in het licht van het arrest van het Hof van Justitie van 11 november 2020 (nr. C-300/19, UQ / Marclean Technologies SLU).

De in de Nationale Arbeidsraad vertegenwoordigde werkgevers- en werknemersorganisaties hebben het dan ook noodzakelijk geacht de volgende commentaar bij artikel 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 24 toe te voegen :

Commentaar bij artikel 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 24

"2. Om in overeenstemming met de Richtlijn 98/59/EG van de Raad van 20 juli 1998 te beoordelen of een betwist individueel ontslag deel uitmaakt van een collectief ontslag, moet de referentieperiode worden berekend door elke periode van 60 opeenvolgende dagen in aanmerking te nemen waarin dit individuele ontslag heeft plaatsgevonden en waarin zich het grootste aantal ontslagen door de werkgever heeft voorgedaan om één of meer redenen die geen betrekking hebben op de persoon van de werknemer."

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 19 juli 2024.

De Minister van Werk,
P.-Y. DERMAGNE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2024/007614]

4 JULI 2024. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 36octies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de kosten van een huisartspraktijk

VERSLAG AAN DE KONING

Ik heb de eer U hierbij een ontwerp voor te leggen van het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 36octies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de kosten van een huisartspraktijk.

Elle pourra être révisée ou dénoncée, en tout ou en partie, à la demande de la partie signataire la plus diligente, moyennant le respect d'un délai de préavis de six mois. L'organisation qui prend l'initiative de la révision ou de la dénonciation doit indiquer, par lettre ordinaire adressée au Président du Conseil national du Travail, les motifs et déposer des propositions d'amendements que les autres organisations s'engagent à discuter au sein du Conseil national du Travail dans le délai d'un mois de leur réception.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 19 juillet 2024.

Le Ministre du Travail,
P.-Y. DERMAGNE

Annexe à la convention collective de travail n° 24/5 du 28 mai 2024, conclue au sein du Conseil national du Travail, modifiant la convention collective de travail n° 24 du 2 octobre 1975 concernant la procédure d'information et de consultation des représentants des travailleurs en matière de licenciements collectifs

MODIFICATION DU COMMENTAIRE DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL N° 24 DU 2 OCTOBRE 1975 CONCERNANT LA PROCÉDURE D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DES REPRÉSENTANTS DES TRAVAILLEURS EN MATIÈRE DE LICENCIEMENTS COLLECTIFS

L'article 2 de la convention collective de travail n° 24 du 2 octobre 1975 concernant la procédure d'information et de consultation des représentants des travailleurs en matière de licenciements collectifs définit la notion de « licenciement collectif » conformément à la Directive 98/59/CE du Conseil du 20 juillet 1998 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux licenciements collectifs, pour l'application de cette convention collective de travail.

Il convient de préciser, dans le commentaire de ladite convention collective de travail, la notion de « licenciement collectif » à la lumière de l'arrêt de la Cour de justice du 11 novembre 2020 (n° C-300/19, UQ / Marclean Technologies SLU).

Les organisations d'employeurs et de travailleurs représentées au sein du Conseil national du Travail ont dès lors jugé nécessaire d'insérer le commentaire suivant dans l'article 2 de la convention collective de travail n° 24 :

Commentaire de l'article 2 de la convention collective de travail n° 24

"2. Afin d'apprécier, conformément à la Directive 98/59/CE du Conseil du 20 juillet 1998, si un licenciement individuel contesté fait partie d'un licenciement collectif, la période de référence doit être calculée en prenant en compte toute période de 60 jours consécutifs au cours de laquelle ce licenciement individuel est intervenu et pendant laquelle s'est produit le plus grand nombre de licenciements effectués par l'employeur pour un ou plusieurs motifs non inhérents à la personne du travailleur."

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 19 juillet 2024.

Le Ministre du Travail,
P.-Y. DERMAGNE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2024/007614]

4 JUILLET 2024. — Arrêté royal portant exécution de l'article 36octies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux conditions selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans les coûts d'une pratique de médecine générale

RAPPORT AU ROI

J'ai l'honneur de vous présenter un projet d'arrêté royal portant exécution de l'article 36octies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux conditions selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans les coûts d'une pratique de médecine générale.

Op 31 mei 2024 heeft de Raad van State in haar advies 76.356/2 betreffende vastgesteld dat het koninklijk besluit dat haar ter advies werd voorgelegd betrekking heeft op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en heeft zij daarbij het volgende verklaard:

“(…) Krachtens artikel 5, § 1, I, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, gewijzigd bij de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’, zijn de gemeenschappen immers bevoegd voor “de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn”.

In de toelichting van het voorstel dat tot de bijzondere wet van 6 januari 2014 heeft geleid, staat het volgende:

“[D]e gemeenschappen [worden] bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en voor de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn, met uitzondering van datgene wat behoort tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De bevoegdheid voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is op dit ogenblik verdeeld tussen de federale overheid en de gemeenschappen. De gemeenschappen zijn op grond van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen principieel bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, zij het dat zij daarbij op geen enkele wijze afbreuk mogen doen aan de bevoegdheden van de federale overheid zoals die zijn omschreven in de litterae a) tot g) van die bepaling, noch aan de andere federale bevoegdheden zoals de federale bevoegdheid inzake de ‘uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen’ (...). Bovendien is de federale overheid tot op heden bevoegd gebleven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zo ook wanneer deze betrekking heeft op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.

Onder ‘organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn’ verstaat men de infrastructurele en organisatorische omkadering van het gezondheidszorgniveau buiten acute ziekenhuizen waar professionele hulpverleners zich toeleegen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen. Zo worden de gemeenschappen bijvoorbeeld bevoegd voor de regels met betrekking tot de huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren, het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde (...), de financiering van de huisartsenkringen (...), de Lokaal Multidisciplinaire Netwerken, de Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (...), de preventieacties door tandartsen en de geneeskundige commissies.”

(...)

“Sinds de zesde staatshervorming valt die aangelegenheid onder de bevoegdheden van de gemeenschappen.

Hetzelfde geldt voor het voorliggende ontwerp. De voormelde parlementaire voorbereiding van de wet van 22 april 2019 wijst zelf op de grens tussen de federale bevoegdheid, die betrekking heeft op de eigenlijke verstrekkingen van gezondheidszorg, en de gemeenschapsbevoegdheid, die onder meer betrekking heeft op “de niet-medische randvoorwaarden van het medisch handelen/de infrastructurele en organisatorische omkadering (vb. onthaal, administratieve afhandeling, relatie met niet-medische beroepsbeoefenaars, het niet-medisch patiëntendossier)”. Het voorliggende ontwerp strekt er echter wel degelijk toe “een financiële tegemoetkoming [te verlenen] aan huisartspraktijken en medische huizen in de kosten verbonden aan de organisatie van een huisartspraktijk” (artikel 2, § 1, van het ontwerp). Die tegemoetkoming moet het mogelijk maken “een administratief medewerker of een praktijkassistent” aan te werven (artikel 2, § 2, eerste lid, 1°, van het ontwerp). Ook al zouden sommige aspecten van die tegemoetkoming in verband kunnen worden gebracht met de zorgverstrekking (de aanwerving van een verpleegkundige om zorgprotocollen op te stellen), ze heeft in hoofdzaak betrekking op de administratieve werking van de praktijk (zie artikel 2, § 2, tweede lid, van het ontwerp). Zo onderscheidt de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen in haar voorstel van 18 maart 2024 de volgende twee vormen die de voorgenomen tussenkomst kan aannemen:

“1. Tegemoetkoming voor infrastructuur: een eenmalige tegemoetkoming in de opleidings, werkings- en infrastructuurkosten voor het managen van de aanwerving van een administratief medewerker of een praktijkassistent met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde tijd of voor het managen van een praktijkverpleegkundige in vast samenwerkingsverband;

2. Tegemoetkoming voor praktijkmanagement: een jaarlijkse tegemoetkoming voor praktijkmanagement voor het managen van een administratief medewerker of, een praktijkassistent met een arbeidsovereenkomst van onbepaalde tijd of voor het managen van een praktijkverpleegkundige in vast samenwerkingsverband. Deze tegemoetkoming dekt de organisatie van coördinatievergaderingen, het beheer van personeel en het ontwikkelen van zorgprotocollen.”.

Le 31 mai 2024, dans son avis 76.356/2, le Conseil d’État constate que l’arrêté royal qui lui est soumis pour avis concerne l’organisation des soins de santé de première ligne et indique ce qui suit :

« (...) En effet, en vertu de l’article 5, § 1^{er}, I, 6°, de la loi spéciale du 8 août 1980, modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014 ‘relative à la Sixième Réforme de l’État’, les Communautés sont compétentes à l’égard de « l’organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des métiers de la santé de première ligne ».

Les développements de la proposition à l’origine de la loi spéciale du 6 janvier 2014 précisent ce qui suit :

« les communautés deviennent compétentes pour l’organisation des soins de santé de première ligne et pour le soutien des métiers de la santé de première ligne, à l’exception de ce qui relève de l’assurance maladie invalidité. À l’heure actuelle, la compétence pour l’organisation des soins de santé de première ligne est ventilée entre l’autorité fédérale et les communautés. En vertu de l’article 5, § 1^{er}, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont en principe compétentes pour l’organisation des soins de santé de première ligne mais, dans ce cadre, elles ne peuvent en aucune manière porter atteinte aux compétences de l’autorité fédérale, telles que décrites aux litterae a) à g) de cette disposition, ni porter atteinte aux autres compétences fédérales, comme la compétence fédérale en matière d’exercice de l’art médical et des professions paramédicales’ [...]. En outre, l’autorité fédérale est restée jusqu’à présent compétente pour l’assurance maladie invalidité et, de ce fait, également lorsqu’elle concerne l’organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des métiers de la santé de première ligne.

Par ‘organisation des soins de santé de première ligne et soutien des métiers de la santé de première ligne’, l’on entend l’encadrement infrastructurel et organisationnel du niveau de soins de santé en dehors des hôpitaux aigus où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l’accompagnement professionnel des problèmes de santé que le patient n’est pas à même de résoudre lui-même. Ainsi, les communautés deviennent par exemple compétentes pour les règles relatives aux cercles des médecins généralistes qui organisent les services de garde, le Fonds Impulseo pour la médecine générale [...], le financement des cercles de médecins généralistes [...], les réseaux locaux multidisciplinaires, les services intégrés de soins à domicile [...], les actions de prévention menées par les dentistes et les commissions médicales [...]. »

(...)

« Cette matière relève, depuis la sixième réforme de l’État, des compétences des communautés.

Il en va de même pour le projet examiné. Les travaux préparatoires précités de la loi du 22 avril 2019 rappellent eux-mêmes la ligne de démarcation entre la compétence fédérale, relative aux prestations proprement dites des soins de santé, et la compétence communautaire, qui porte notamment sur « les conditions essentielles non médicales des actes médicaux/l’encadrement en termes d’infrastructure et d’organisation (par exemple, l’accueil, le traitement administratif, la relation avec les praticiens professionnels non médicaux, le dossier de patient non médical) ». Or, l’objet du projet examiné est bien d’accorder « une intervention financière aux cabinets de médecin généraliste et maisons médicales dans les coûts liés à l’organisation d’un cabinet de médecin général » (article 2, § 1^{er}, du projet). Cette intervention est destinée à permettre l’engagement d’un « collaborateur administratif ou assistant de pratique » (article 2, § 2, alinéa 1^{er}, 1°, du projet). Même si certains aspects de cette intervention pourraient être rattachés à la prestation des soins (l’engagement d’un infirmier pour l’élaboration de protocoles de soins), l’essentiel porte sur le fonctionnement administratif du cabinet (Voir l’article 2, § 2, alinéa 2, du projet). Ainsi, la proposition de la Commission nationale médico mutualiste du 18 mars 2024 distingue elle les deux formes suivantes que peut prendre l’intervention envisagée :

« 1. Intervention pour infrastructure : une intervention unique dans les frais de formation, de fonctionnement et d’infrastructure pour gérer le premier recrutement avec un collaborateur administratif ou un assistant de pratique avec un contrat de travail à durée indéterminée ou pour la gestion d’un infirmier de pratique dans un accord de collaboration fixe ;

2. Intervention pour la gestion de cabinet : une intervention annuelle pour la gestion de cabinet pour la gestion d’un collaborateur administratif, un assistant de pratique avec un contrat de travail à durée indéterminée, ou pour la gestion d’un infirmier de pratique dans un accord de collaboration fixe. Cette indemnisation couvre l’organisation de réunions de coordination, la gestion du personnel et l’élaboration de protocoles de soins. ».

De federale overheid is bijgevolg niet bevoegd om het voorliggende ontwerp vast te stellen.”

In haar advies geeft de Raad van State aan dat het ontwerp van koninklijk besluit dat haar werd voorgelegd te veel betrekking heeft op de ondersteuning van de administratieve werking van de praktijk en te weinig betrekking heeft op de eigenlijke verstrekking van gezondheidszorg. Het advies betwist echter niet dat de federale overheid tot op heden bevoegd blijft voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zo ook wanneer deze betrekking heeft op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.

Het voorliggende ontwerp houdt rekening met het advies van de Raad van State en schrapt de ondersteuning voor de aanwerving van de administratieve medewerker. De ondersteuning van de aanwerving van een verpleegkundige of een praktijkassistent blijft behouden omdat het medische en paramedische beroepsbeoefenaars zijn.

De premies worden in het voorliggend ontwerp ook op inhoudelijk vlak aangescherpt. In een eerste fase dient de ondersteuning van de aanwerving van de praktijkassistent en de verpleegkundige het doel om de zorgcontinuïteit in de huisartsenpraktijken te garanderen. De tegemoetkoming wordt toegekend om de eerste aanwerving van deze gezondheidszorgbeoefenaars aan te moedigen. In de tweede fase wordt de tegemoetkoming toegekend om het beheer op medisch vlak van de praktijk en van het medisch en paramedisch personeel van de praktijk te ondersteunen.

De Minister van Sociale zaken,
F. VANDENBROUCKE

4 JULI 2024. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 36octies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de kosten van een huisartspraktijk

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 36octies, ingevoegd bij de wet van 24 december 2002 en gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017;

Gelet op het voorstel van de Nationale commissie artsenziekenfondsen van 18 maart 2024 en het advies van 24 juni 2024;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven 20 maart 2024;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 25 maart 2024;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 2 april 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 24 april 2024;

Gelet op de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikelen 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op het advies 76.356/2 van de Raad van State, gegeven op 31 mei 2024 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :
HOOFDSTUK I. — *Definities*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° huisartspraktijk: de praktijk voor huisartsgeneeskunde samengesteld uit één of meerdere huisarts(en) onder hetzelfde dak of een geregistreerde groepering beschikkend over een RIZIV-nummer en een ondernemingsnummer;

2° huisarts: de huisarts die erkend is door de bevoegde Minister en beschikt over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts;

3° geregistreerde groepering: een groepering van algemeen geneeskundigen, zoals bedoeld in artikel 2, 6°, van het koninklijk besluit van 23 december 2021 tot vaststelling van de voorwaarden en regels

L'autorité fédérale n'est dès lors pas compétente pour adopter le projet examiné. ».

Dans son avis, le Conseil d'Etat indique que le projet d'arrêté royal qui lui est soumis se préoccupe trop du soutien au fonctionnement administratif de la pratique et pas assez de la prestation proprement dite de soins de santé. L'avis ne conteste toutefois pas que l'autorité fédérale est restée jusqu'à présent compétente pour l'assurance maladie—invalidité et, de ce fait, également lorsqu'elle concerne l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des métiers de la santé de première ligne.

Le présent projet tient compte de l'avis du Conseil d'Etat et supprime le soutien au recrutement de l'assistant administratif. L'aide au recrutement d'un infirmier ou d'un assistant de pratique est maintenue car il s'agit de professionnels médicaux et paramédicaux.

Le contenu des interventions est également affiné dans le présent projet. Dans un premier temps, le soutien au recrutement de l'assistant de pratique et de l'infirmier permet d'assurer la continuité des soins dans les pratiques de médecine générale. L'intervention est accordée pour encourager le recrutement initial de ces professionnels de la santé. Dans un deuxième temps, l'intervention est accordée pour soutenir la gestion médicale de la pratique et le personnel médical et paramédical de la pratique.

Le Ministre des Affaires Sociales,
F. VANDENBROUCKE

4 JUILLET 2024. — Arrêté royal portant exécution de l'article 36octies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux conditions selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans les coûts d'une pratique de médecine générale

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 36octies, inséré par la loi du 24 décembre 2002 et modifié par la loi du 11 août 2017 ;

Vu la proposition de la Commission nationale médico mutualiste du 18 mars 2024 et l'avis du 24 juin 2024;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 20 mars 2024 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 25 mars 2024 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 avril 2024 ;

Vu l'accord de la secrétaire d'État au Budget, donné le 24 avril 2024 ;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification en matière administrative ;

Vu l'avis 76.356/2 du Conseil d'Etat, donné le 31 mai 2024, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :
CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° pratique de médecine générale: le cabinet de médecine générale composé d'un ou plusieurs médecin(s) généraliste(s) sous le même toit, ou d'un groupement enregistré disposant d'un numéro INAMI et d'un numéro d'entreprise ;

2° médecin généraliste: le médecin généraliste qui est agréé par le Ministre compétent et dispose d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste ;

3° groupement enregistré: un groupement de médecins de médecine générale, tel que visé dans l'article 2, 6°, de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles

overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier;

4° medisch huis : een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid 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;

5° "New Deal"-praktijk: huisartspraktijk die is toegetreden tot de overeenkomst van 15 januari 2024 in toepassing van artikel 56, § 1, ter financiering van een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde;

6° premiejaar: het kalenderjaar waarvoor de tegemoetkoming toegekend wordt;

7° praktijkassistent: een assistent die voldoet aan de voorwaarden van het koninklijk besluit van 26 november 2023 betreffende het beroep van praktijkassistent;

8° beoefenaar van de verpleegkunde, verder in dit besluit "verpleegkundige" genoemd: een beoefenaar van de verpleegkunde die beantwoordt aan artikel 45 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en die een vast samenwerkingsverband heeft met een huisartspraktijk en taken kan opnemen die niet worden vergoed via de nomenclatuur van de verpleegkundige verstrekkingen;

9° vast samenwerkingsverband: een vaste en geïntegreerde samenwerking tussen een huisartspraktijk en verpleegkundigen die bepaalde taken opnemen binnen deze huisartspraktijk, waarbij deze afspraken schriftelijk worden vastgelegd in een arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd. Deze afspraken gaan onder meer over de taakinvulling, de werken binnen de praktijk en de vergoeding voor het uitvoeren van deze taken. Een vast samenwerkingsverband kan opgezet worden via personen die werken in loondienst van de huisartspraktijk, via samenwerking met personen met een zelfstandig statuut of via samenwerking met organisaties die loontrekkenden in dienst hebben;

10° arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd: overeenkomst zonder beperking in de tijd waarbij een werknemer zich verbindt tegen loon arbeid te verrichten onder het gezag van een werkgever;

11° globaal medisch dossier: het medisch dossier zoals omschreven onder verstrekking 102771 in artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

12° Instituut: het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoeld in artikel 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

HOOFDSTUK II. — Financiële tegemoetkoming

Art. 2. § 1. Dit besluit bepaalt de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan huisartspraktijken en medische huizen in de kosten verbonden aan de continuïteit van de praktijkvoering en de samenwerking tussen gezondheidszorgbeoefenaars.

§ 2. De tegemoetkoming kan bestaan uit:

1° een eenmalige tegemoetkoming in de kosten voor het opzetten van het model van zorgcontinuïteit in de praktijk, voor het afsluiten van een eerste arbeidsovereenkomst van onbeperkte duur met een praktijkassistent of voor het afsluiten van een eerste arbeids- of samenwerkingsovereenkomst met een verpleegkundige in een vast samenwerkingsverband, hierna "de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit" genoemd;

2° een jaarlijkse tegemoetkoming voor het medisch beheer van de praktijk waarmee de organisatie van coördinatievergaderingen, het personeelsbeheer en het ontwikkelen van zorgcontinuïteit wordt gedekt, hierna "de tegemoetkoming voor praktijkbeheer" genoemd.

HOOFDSTUK III. — Toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit en de tegemoetkoming voor praktijkbeheer

Afdeling 1. — Gemeenschappelijke toekenningsvoorwaarden

Art. 3. § 1. Alleen de huisartspraktijken die effectief een activiteit uitoefenen in het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, komen voor de tegemoetkomingen in aanmerking.

l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global ;

4° maison médicale: un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins comme visé à l'article 32, § 1^{er}, alinéa 2, 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 ;

5° cabinet de médecine générale « New Deal » : cabinet de médecine générale ayant adhéré à la convention du 15 janvier 2024 en application de l'article 56, § 1^{er}, en vue du financement d'une étude comparative relative au modèle d'organisation et de financement en médecine générale ;

6° année de la prime : l'année civile pour laquelle l'intervention est octroyée ;

7° assistant de pratique : un assistant qui remplit les conditions de l'arrêté royal du 26 novembre 2023 relatif à la profession d'assistant de pratique ;

8° praticien de l'art infirmier, appelé « infirmier » dans la suite du présent arrêté : un praticien de l'art infirmier qui répond à l'article 45 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et qui a un accord de collaboration fixe avec une pratique de médecine générale et qui peut assumer des tâches non rémunérées par la nomenclature des soins infirmiers ;

9° accord de collaboration fixe : une collaboration fixe entre une pratique de médecine générale et des infirmiers qui assument certaines tâches au sein de cette pratique de médecine générale, où ces accords sont fixés par écrit dans un contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée. Ces accords concernent notamment la répartition des tâches, les heures de travail au sein de la pratique et la rémunération pour l'exercice de ces fonctions. Un accord de collaboration fixe peut être établi avec des personnes qui travaillent en tant que salariés de la pratique de médecine générale, au moyen d'une collaboration avec des personnes ayant un statut de travailleur indépendant ou encore au moyen d'une collaboration avec des organisations qui emploient des salariés ;

10° contrat de travail à durée indéterminée : contrat qui n'est pas limité dans le temps par lequel un travailleur s'engage, contre rémunération, à travailler pour un employeur, sous l'autorité de celui-ci ;

11° dossier médical global : le dossier médical tel que décrit sous la prestation 102771 à l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

12° Institut: l'Institut national d'assurance maladie-invalidité visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

CHAPITRE II. — Intervention financière

Art. 2. § 1^{er}. Le présent arrêté fixe les conditions selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux pratiques de médecine générale et maisons médicales dans les coûts liés à la continuité de la pratique et à la collaboration entre professionnels des soins de santé.

§ 2. L'intervention peut consister en :

1° une intervention unique dans les coûts liés à l'élaboration du modèle de la continuité des soins au sein de la pratique, à de la continuité des soins, pour la conclusion d'un premier contrat de travail à durée indéterminée avec un assistant de pratique ou à la conclusion d'un premier contrat de travail ou de collaboration avec un infirmier dans un accord de collaboration fixe, ci-après dénommée « l'intervention pour la continuité des soins » ;

2° une intervention annuelle pour la gestion de la pratique sur le plan médical couvrant notamment l'organisation de réunions de coordination, la gestion du personnel et l'élaboration de protocoles de soins, ci-après dénommée « l'intervention pour la gestion de la pratique ».

CHAPITRE III. — Conditions d'octroi de l'intervention pour la continuité des soins et de l'intervention pour la gestion de la pratique

Section 1^{re}. — Conditions d'octroi communes

Art. 3. § 1^{er}. Seuls les cabinets de médecine générale qui exercent effectivement une activité dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, bénéficient des interventions.

§ 2. De huisartspraktijken bedoeld in § 1 dienen bovendien te voldoen aan de volgende activiteitsdrempels:

1° op 31 december van het jaar voorafgaand aan het premiejaar ten minste 500 globale medische dossiers beheren;

2° minstens beschikken over een minimumbedrag van 25.000 euro aan terugbetalingen van huisartsgeneeskundige verstrekkingen, opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, geboekt in het jaar voorafgaand aan het premiejaar.

Voor de berekening van de activiteitsdrempels bedoeld in het eerste lid, wordt, voor de groeperingen, rekening gehouden met het aantal globale medische dossiers of met de minimumbedragen van alle via de webtoepassing ProGezondheid geregistreerde samenwerkende huisartsen in de groepering op het ogenblik van de indiening van de aanvraag.

In afwijking van het tweede lid, wordt geen rekening gehouden met het aantal globale medische dossiers of met de minimumbedragen van artsen die op hetzelfde moment in twee of meerdere groeperingen zijn ingeschreven.

§ 3. De voorwaarden vermeld in § 2 gelden niet voor de aanvragen van individuele huisartsen die op 1 januari van het premiejaar minder dan 5 jaar een RIZIV-nummer hadden dat voorbehouden is voor een erkend huisarts.

§ 4. Een medisch huis wordt geacht te voldoen aan de in § 2 vastgelegde voorwaarde inzake activiteitsdrempel, op voorwaarde dat hij op erewoord verklaart dat hij in het jaar voorafgaand aan 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 Instituut 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.

Art. 4. De tegemoetkomingen voor zorgcontinuïteit en voor praktijkbeheer kunnen enkel worden toegekend indien uit de arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd blijkt dat de tewerkstelling of de samenwerking ten minste 13 uren per week bedraagt.

Art. 5. Worden uitgesloten van het recht op de tegemoetkomingen voor zorgcontinuïteit en voor praktijkbeheer:

1° de huisartspraktijken en medische huizen die kunnen genieten van een gelijkaardige financiële overheidssteun. Het betreft onder meer VIPA-subsidies, de subsidies van de Fondsen Sociale Maribel en EFRO, subsidies voor de "Associations de Santé Intégrée" en subsidies met dezelfde doelstellingen van lokale overheden;

2° de 'New Deal'-praktijken die minstens 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie tellen op het ogenblik van het indienen van de aanvraag.

Afdeling 2. — Specifieke toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit

Art. 6. De tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit kan slechts één keer per ondernemingsnummer en per adres van tewerkstelling worden toegekend.

Art. 7. De tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit kan slechts worden toegekend indien er in de tien jaar voorafgaand aan het premiejaar geen arbeidsovereenkomst of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde duur in het kader van een huisartsgeneeskundige activiteit, van toepassing was op hetzelfde adres van tewerkstelling.

Art. 8. Voor het premiejaar 2024 vangt de arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd aan tussen 1 januari 2024 en 31 augustus 2024.

Voor het premiejaar 2025 vangt de arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd aan tussen 1 september 2024 en 31 augustus 2025.

Vanaf het premiejaar 2026 vangt de arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd aan tussen 1 september van het jaar voorafgaand aan het premiejaar en 31 augustus van het premiejaar.

Afdeling 3. — Specifieke toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming voor praktijkbeheer

Art. 9. De tegemoetkoming voor praktijkbeheer kan jaarlijks slechts één keer per ondernemingsnummer en per adres van tewerkstelling worden toegekend.

§ 2. Les cabinets de médecine générale visés au § 1^{er} doivent en outre atteindre les seuils d'activité suivants :

1° gérer au moins 500 dossiers médicaux globaux au 31 décembre de l'année précédant l'année de la prime ;

2° disposer d'un montant minimum de 25.000 euros de remboursement de prestations de médecine générale, figurant dans la nomenclature des prestations de santé, enregistrées dans l'année précédant l'année de la prime.

Pour le calcul des seuils d'activité mentionnés à l'alinéa 1^{er}, pour les groupements, sont pris en compte le nombre de dossiers médicaux globaux ou les montants minimaux de l'ensemble des médecins généralistes inscrits via l'application web ProSanté travaillant ensemble au sein du groupement au moment de l'introduction de la demande.

Par dérogation à l'alinéa 2, le nombre de dossiers médicaux globaux ou les montants minimaux des médecins, inscrits simultanément dans deux ou plusieurs groupements, n'est pas pris en compte.

§ 3. Les conditions mentionnées au § 2 ne s'appliquent pas aux demandes des médecins généralistes individuels qui au 1^{er} janvier de l'année de la prime disposaient d'un numéro INAMI réservé au médecin généraliste agréé depuis moins de 5 années.

§ 4. Une maison médicale est réputée avoir rempli la condition de seuil d'activité fixée au § 2 concernant le seuil d'activité, à condition qu'elle fournisse une déclaration sur l'honneur que dans l'année précédant l'année de la prime, elle 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 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.

Art. 4. Les interventions pour la continuité des soins et pour la gestion de la pratique peuvent seulement être accordées si le contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée montre que l'emploi ou la coopération est d'au moins 13 heures par semaine.

Art. 5. Sont exclus de l'éligibilité aux interventions pour la continuité des soins et pour la gestion de la pratique :

1° les cabinets de médecine générale et les maisons médicales susceptibles de bénéficier d'un soutien financier public similaire. Il s'agit notamment des subsides VIPA, des subsides des Fonds Maribel Social et FEDER, des subsides pour les « Associations de santé intégrée » et des subsides ayant les mêmes objectifs accordés par les pouvoirs locaux ;

2° les cabinets « New Deal » qui comptent plus de 1.000 patients ayant une relation de traitement fixe au moment de l'introduction de la demande.

Section 2. — Conditions spécifiques d'octroi de l'intervention pour la continuité des soins

Art. 6. L'intervention pour la continuité des soins peut seulement être accordée une seule fois par numéro d'entreprise et par lieu de travail.

Art. 7. L'intervention pour la continuité des soins peut seulement être accordée si aucun contrat de travail ou accord de coopération à durée indéterminée, dans le cadre d'une activité de médecine générale, n'était applicable au même lieu de travail au cours des dix années précédant l'année de la prime.

Art. 8. Pour l'année de la prime 2024, le contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée commence entre le 1^{er} janvier 2024 et le 31 août 2024.

Pour l'année de la prime 2025, le contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée commence entre le 1^{er} septembre 2024 et le 31 août 2025.

A partir de l'année de la prime 2026 le contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée commence entre le 1^{er} septembre de l'année précédant l'année de la prime et le 31 août de l'année de la prime.

Section 3. — Conditions spécifiques d'octroi de l'intervention pour la gestion de la pratique

Art. 9. L'intervention pour la gestion de la pratique ne peut être accordée qu'une seule fois par an, par numéro d'entreprise et par adresse d'emploi.

Art. 10. De arbeids- of samenwerkingsovereenkomst voor onbepaalde tijd dekt een periode tussen 1 januari en 31 december van het premiejaar.

HOOFDSTUK IV. — *Het bedrag van de tegemoetkoming*

Art. 11. Het bedrag dat jaarlijks binnen de partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen wordt voorzien wordt gelijk verdeeld in een bedrag voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit en een bedrag voor de tegemoetkoming voor praktijkbeheer.

Art. 12. Het bedrag voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit wordt verdeeld in functie van het aantal ontvankelijke aanvragen die het instituut ontvangen heeft op 31 augustus van het premiejaar.

Het aldus bekomen bedrag wordt toegekend aan de huisartsen of geregistreerde groeperingen die voldoen aan de toepassingsvoorwaarden en toekenningsmodaliteiten in dit besluit, met dien verstande dat de hoogte van het bedrag zich bevindt tussen minimum 5.000 euro en maximum 7.500 euro.

Indien, na toepassing van de vorige leden, het bedrag voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit niet volledig werd toegekend, wordt het resterende bedrag toegevoegd aan het bedrag voor de tegemoetkoming voor praktijkbeheer.

Indien daarentegen het bedrag voor de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit wordt overschreden, wordt deze overschrijding in mindering gebracht van het bedrag van de tegemoetkoming voor praktijkbeheer.

Art. 13. Het bedrag voor de tegemoetkoming voor praktijkbeheer wordt desgevallend vermeerderd of verminderd met het restbedrag bedoeld in artikel 12.

Het totaalbedrag wordt verdeeld in functie van het aantal ontvankelijke aanvragen die het instituut ontvangen heeft op 31 december van het premiejaar.

Het toegekende bedrag bedraagt ten minste 3.796 euro.

HOOFDSTUK V. — *Toekenningsmodaliteiten*

Afdeling 1. — Tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit

Art. 14. Voor het bekomen van de tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit dient de huisartspraktijk of het medisch huis een aanvraag voor tegemoetkoming voor zorgcontinuïteit in bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, die ten minste volgende elementen bevat:

- 1° de identificatie van de aanvrager, met inbegrip van het ondernemingsnummer;
- 2° het premiejaar waarvoor de aanvrager de tegemoetkoming vraagt;
- 3° het rekeningnummer waarop de tegemoetkoming moet gestort worden;
- 4° de arbeidsovereenkomst of de samenwerkingsovereenkomst waarop de aanvraag betrekking heeft;
- 5° een verklaring op eer betreffende de voorwaarden vermeld in de artikelen 3 tot en met 10.

Op straffe van verval wordt de in het eerste lid bedoelde aanvraag vanaf 1 september en uiterlijk op 31 oktober van het premiejaar overgemaakt aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, op de template aangeleverd door het Instituut of via de applicatie die door het Instituut wordt ter beschikking gesteld en volgens de modaliteiten gepubliceerd op de website van het Instituut.

De huisartspraktijk of het medisch huis die voor een tegemoetkoming in aanmerking komt, wordt betaald uiterlijk op 31 december van het premiejaar.

Afdeling 2. — Tegemoetkoming voor praktijkbeheer

Art. 15. Voor het bekomen van de tegemoetkoming voor praktijkbeheer dient de huisartspraktijk of het medisch huis een aanvraag tot tegemoetkoming voor praktijkbeheer in bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, die volgende elementen bevat:

- 1° de identificatie van de aanvrager, met inbegrip van het ondernemingsnummer;
- 2° het premiejaar waarvoor de aanvrager de tegemoetkoming vraagt;
- 3° het rekeningnummer waarop de tegemoetkoming moet gestort worden;
- 4° de arbeidsovereenkomst of de samenwerkingsovereenkomst waarop de aanvraag betrekking heeft;

Art. 10. Le contrat de travail ou de collaboration à durée indéterminée couvre une période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année de la prime.

CHAPITRE IV. — *Le montant de l'intervention*

Art. 11. Le montant prévu annuellement dans l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est réparti également en un montant pour l'intervention pour la continuité des soins et en un montant pour l'intervention pour la gestion de la pratique.

Art. 12. Le montant pour l'intervention pour la continuité des soins est réparti en fonction du nombre de demandes recevables reçues par l'Institut au 31 août de l'année de la prime.

Le montant ainsi obtenu est accordé aux médecins généralistes ou aux groupements enregistrés qui remplissent les conditions d'application et les modalités d'attribution prévues par le présent arrêté, à condition que le montant soit compris entre un minimum de 5.000 euros et un maximum de 7.500 euros.

Si, après application des alinéas précédents, le montant pour l'intervention pour la continuité des soins n'a pas été entièrement alloué, le solde restant est ajouté au montant pour l'intervention pour la gestion de la pratique.

En revanche, si le montant pour l'intervention pour la continuité des soins est dépassé, cet excédent est déduit du montant pour l'intervention pour la gestion de la pratique.

Art. 13. Le montant pour l'intervention pour la gestion de la pratique est augmenté ou diminué, selon le cas, du montant résiduel visé à l'article 12.

Le montant total est réparti en fonction du nombre de demandes recevables reçues par l'Institut au 31 décembre de l'année de la prime.

Le montant accordé est d'au moins 3.796 euros.

CHAPITRE V. — *Modalités d'octroi*

Section 1^{er}. — Intervention pour la continuité des soins

Art. 14. Pour obtenir l'intervention pour la continuité des soins, le cabinet de médecine générale ou la maison médicale introduit une demande d'intervention pour la continuité des soins auprès du Service des soins de santé de l'Institut contenant au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification du demandeur, y compris le numéro d'entreprise ;
- 2° l'année de prime pour laquelle le demandeur sollicite l'indemnité ;
- 3° le numéro de compte sur lequel l'indemnité doit être versée ;
- 4° le contrat de travail ou l'accord de coopération auquel la demande se rapporte ;
- 5° une déclaration sur l'honneur concernant les conditions mentionnées aux articles 3 à 10, inclus.

Sous peine de déchéance, la demande visée à l'alinéa 1^{er} est transmise au Service des soins de santé de l'Institut à partir du 1^{er} septembre et au plus tard le 31 octobre de l'année de la prime, sur le modèle fourni par l'Institut ou via l'application mise à disposition par l'Institut et selon les modalités publiées sur le site Internet précité de l'Institut.

Le cabinet de médecin généraliste ou la maison médicale qui a droit à l'intervention, est payé au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime.

Section 2. — Intervention pour la gestion de la pratique

Art. 15. Pour obtenir l'intervention pour la gestion de la pratique, le cabinet de médecin généraliste ou la maison médicale introduit une demande d'intervention pour la gestion de la pratique auprès du Service des soins de santé de l'Institut, contenant au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification du demandeur, y compris le numéro d'entreprise ;
- 2° l'année de prime pour laquelle le demandeur sollicite l'indemnité ;
- 3° le numéro de compte sur lequel l'indemnité doit être versée ;
- 4° le contrat de travail ou l'accord de coopération auquel la demande se rapporte ;

5° een verklaring op eer betreffende de voorwaarden vermeld in de artikelen 3 tot en met 10.

Op straffe van verval wordt de in het eerste lid bedoelde aanvraag vanaf 1 november en uiterlijk op 31 december van het premiejaar overgemaakt aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, op de template aangeleverd door het Instituut of via de applicatie die door het Instituut wordt ter beschikking gesteld en volgens de modaliteiten gepubliceerd op de website van het Instituut.

De huisartspraktijk of het medisch huis die voor een tegemoetkoming voor praktijkbeheer in aanmerking komt, wordt betaald uiterlijk op 31 maart van het jaar volgend op het premiejaar.

HOOFDSTUK VI. — Slotbepalingen

Art. 16. Het instituut evalueert deze maatregel uiterlijk op 31 maart 2025.

Art. 17. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 juli 2024.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken
F. VANDENBROUCKE

5° une déclaration sur l'honneur concernant les conditions mentionnées aux articles 3 à 10, inclus.

Sous peine de déchéance, la demande visée à l'alinéa 1^{er} est transmise au Service des soins de santé de l'Institut à partir du 1^{er} novembre et au plus tard le 31 décembre de l'année de la prime, sur le modèle fourni par l'Institut ou via l'application mise à disposition par l'Institut et selon les modalités publiées sur le site Internet précité de l'Institut.

Le cabinet de médecine générale ou la maison médicale qui a droit à l'intervention pour la gestion de la pratique, est payé au plus tard le 31 mars de l'année qui suit l'année de la prime.

CHAPITRE VI. — Dispositions finales

Art. 16. L'Institut évalue cette mesure au plus tard le 31 mars 2025.

Art. 17. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 4 juillet 2024.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/006596]

5 SEPTEMBER 2023. — Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. — ERRATUM

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 244 van 13 september 2023 de volgende correcties worden aangebracht:

1° op pagina 76496 dient men te lezen:

« Titel 3. Bureau van de Commissie
Titre 3. Bureau de la Commission »

in plaats van

“Titre 3. Bureau de la Commission”;

2° op pagina 76497 dient men te lezen:

« Titel 4. Vertrouwelijkheid en discretie
Titre 4. Confidentialité et discrétion »

in plaats van

« Titel 3. Vertrouwelijkheid en discretie
Titre 3. Confidentialité et discrétion » ;

3° op pagina 76502 dient men te lezen:

« Titel 5. Algemene bepalingen
Titre 5. Dispositions générales »

in plaats van

« Titel 4. Algemene bepalingen
Titre 4. Dispositions générales ».

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2024/006596]

5 SEPTEMBRE 2023. — Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. — ERRATUM

Au *Moniteur belge* n° 244 du 13 septembre 2023, il y a lieu d'apporter les corrections suivantes :

1° à la page 76496, il y a lieu de lire :

« Titel 3. Bureau van de Commissie
Titre 3. Bureau de la Commission »

au lieu de

« Titre 3. Bureau de la Commission » ;

2° à la page 76497, il y a lieu de lire :

« Titel 4. Vertrouwelijkheid en discretie
Titre 4. Confidentialité et discrétion »

au lieu de

« Titel 3. Vertrouwelijkheid en discretie
Titre 3. Confidentialité et discrétion » ;

3° à la page 76502, il y a lieu de lire :

« Titel 5. Algemene bepalingen
Titre 5. Dispositions générales »

au lieu de

« Titel 4. Algemene bepalingen
Titre 4. Dispositions générales ».

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/006679]

12 JULI 2024. — Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” 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/6, zoals ingevoegd door de wet van 15 december 2013;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2024/006679]

12 JUILLET 2024. — Arrêté ministériel modifiant le chapitre “ F. Chirurgie thoracique et cardiologie » 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

Le 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/6, tel qu'inséré par la loi du 15 décembre 2013 ;