



CONSEIL D'ÉTAT  
section de législation

avis 70.902/2  
du 14 février 2022

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 70.902/2  
van 14 februari 2022

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'

Le 26 janvier 2022, 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 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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 14 février 2022. La chambre était composée de Pierre VANDERNOOT, président de chambre, Patrick RONVAUX et Christine HOREVOETS, conseillers d'État, Sébastien VAN DROOGHENBROECK et Jacques ENGLEBERT, assesseurs, et Esther CONTI, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Ambre VASSART, auditeur adjoint.

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

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 14 février 2022.

\*

Op 26 januari 2022 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 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 14 februari 2022. De kamer was samengesteld uit Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Patrick RONVAUX en Christine HOREVOETS, staatsraden, Sébastien VAN DROOGHENBROECK en Jacques ENGLEBERT, assessoren, en Esther CONTI, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Ambre VASSART, adjunct-auditeur.

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

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 14 februari 2022.

\*

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

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

## EXAMEN DU PROJET

### PRÉAMBULE

Il n'est pas judicieux de mentionner dans l'alinéa du préambule consacré à l'arrêté modifié par le projet les modifications qu'il a subies antérieurement <sup>1</sup>.

À l'alinéa 2, il y a donc lieu d'omettre les mots « et modifié par 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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux ».

### Article 1<sup>er</sup>

1. Le paragraphe 2 modifie l'article 5, §§ 3, 3/1 et 3/2, 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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux' dans le but d'y supprimer la condition qui impose au médecin de disposer d'un numéro INAMI depuis cinq ans au moins afin d'être éligible à la prime annuelle.

À la question de savoir pourquoi cette modification apparaît dans les paragraphes 3 et 3/1 visant respectivement la prime pour les années 2016 et 2017, le délégué du Gouvernement a répondu ce qui suit :

« Het is een fout in de tekst. In die zin achten we een correctie überhaupt aangewezen.

Wat betreft de juridische relevantie heb ik momenteel niet nagekeken of er eventueel nog dossiers lopende zijn, in die zin zou er ook nog juridische relevantie kunnen zijn.

Maar zoals gesteld : het is een fout in de tekst dus we zetten die liever recht nu ze is vastgesteld ».

<sup>1</sup> *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, <http://www.raadvst-consetat.be>, onglet « Technique législative », recommandation n° 30 et formule F 3-3.

Si le texte n'entend pas effectuer cette modification pour les années 2016 et 2017 comme le relève le délégué du Gouvernement, il sera modifié afin de ne plus viser les paragraphes 3 et 3/1.

2. Le paragraphe 2 modifie également l'article 5, § 3/2, de l'arrêté royal du 30 juin 2017.

Il ressort des éléments du dossier transmis à la section de législation que cette modification tend à corriger une erreur dans la version française de l'article 5, §§ 3, 3/1 et 3/2, de l'arrêté royal du 30 juin 2017, le critère selon lequel les médecins généralistes concernés doivent disposer d'un numéro RIZIV-INAMI « depuis 5 années ou plus » ne figurant pas dans la version néerlandaise, laquelle se lit comme suit :

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

§ 3/1. Indien de in § 1. bedoelde huisarts niet voldoet aan de in § 2/1 vastgelegde voorwaarde en hij gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde groepspraktijk, dan geldt als vervangende voorwaarde dat voor minstens 4 van de in § 2/1 bedoelde gebruiksindicatoren door hemzelf of gemiddeld door de groepspraktijk de in § 2/1 vastgelegde drempel is bereikt. Voor de berekening van deze gemiddelden wordt enkel rekening gehouden met de gebruiksgegevens van de huisartsen die gedurende het volledige premiejaar beschikten over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, deel uitmaakten van zijn groepspraktijk en die geen deel uitmaakten van een andere groepspraktijk, hijzelf inclusief.

§ 3/2. 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 ».

Compte tenu de l'intention exprimée, il y a tout lieu de penser que la condition des cinq années d'inscription figurant dans la version française de l'arrêté royal n'a jamais été appliquée.

Cependant, si cette condition a effectivement été appliquée, le projet, qui la supprime pour les années 2018, 2019, 2020 et 2021, a une portée rétroactive.

Il est rappelé que la non-rétroactivité des actes administratifs est de règle en vertu d'un principe général de droit. La rétroactivité peut toutefois être justifiée si elle est autorisée par la loi. En l'absence d'autorisation légale, elle 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<sup>2</sup>.

L'arrêté royal du 30 juin 2017 imposant l'introduction du dossier de demande au plus tard le 31 octobre de l'année suivant l'année de la prime et le projet à l'examen prévoyant de produire ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il n'est pas exclu que certains demandeurs se voient accorder une prime pour les années 2020 ou 2021 au bénéfice de la condition plus favorable ainsi introduite alors même que d'autres demandeurs ne l'auraient pas obtenue dans le cadre de l'examen de dossiers antérieurs, faute de remplir la condition supprimée par le projet.

Dès lors que la règle visée offrirait au demandeur de prime un allègement des conditions d'octroi, il devra être veillé à ce que cet avantage soit octroyé dans le respect du principe d'égalité.

### Article 3

1. Il convient de mentionner que l'article 9 de l'arrêté royal du 30 juin 2017 a été modifié par les arrêtés royaux des 24 novembre 2019 et 8 juin 2021<sup>3</sup>.

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

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

---

<sup>2</sup> Voir dans le même sens, l'avis 54.470/2 donné le 4 décembre 2013 sur un projet devenu l'arrêté ministériel du 11 février 2014 'portant la pondération et la répartition en classes de fonctions de niveau A du cadre administratif et logistique de la police fédérale' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/54470>), l'avis 58.508/2 donné le 14 décembre 2015 sur un projet devenu l'arrêté ministériel du 24 février 2016 'portant la pondération et la répartition en classes des fonctions de niveau A du cadre administratif et logistique de la police fédérale' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/58508>) et l'avis 70.373/2 donné le 23 novembre 2021 sur le projet d'arrêté ministériel 'portant la pondération et la répartition en classes de fonctions de niveau A du cadre administratif et logistique de la police fédérale et portant modification de l'arrêté ministériel du 22 novembre 2016 portant la pondération et la répartition en classes des fonctions de niveau A du cadre administratif et logistique du secrétariat de la police intégrée (SSGPI)', observation n° 3 formulée sous l'article 35.

<sup>3</sup> *Principes de technique législative – Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be), onglet « Technique législative », recommandation n° 113.

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

En tout état de cause, la prime prévue à l'article 9 aux médecins qui ne satisfont pas aux conditions relatives à l'utilisation effective de la télémédecine et de gestion électronique des dossiers, mais seulement aux conditions relatives à l'activité effective, ne peut trouver un fondement dans l'article 36sexies précité » <sup>4</sup>.

Cette observation vaut également pour l'article 3 du projet, qui modifie l'article 9 de l'arrêté royal du 30 juin 2017.

#### Article 4

L'arrêté en projet est appelé à produire ses effets rétroactivement le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

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 <sup>5</sup>.

Par ailleurs, ainsi qu'il a été observé plus haut, la non-rétroactivité des actes administratifs est de règle en vertu d'un principe général de droit. La rétroactivité peut toutefois être justifiée si elle est autorisée par la loi. En l'absence d'autorisation légale, elle 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.

---

<sup>4</sup> Observation n° 2 formulée dans l'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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/61248>) ; l'observation figure également dans l'avis 66.617/2 donné le 24 octobre 2019 sur un projet devenu 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' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/66617>).

<sup>5</sup> En ce sens, l'avis 68.970/2 donné le 31 mars 2021 sur un projet devenu l'arrêté royal du 6 mai 2021 'fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/68970>) et 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 télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/69256>).

En l'espèce, l'auteur du texte doit s'assurer que la rétroactivité peut être justifiée malgré les conditions fixées par l'article 5, § 2/2, de l'arrêté royal du 30 juin 2017, que le projet d'arrêté entend rendre applicables à l'année de la prime 2021. Ainsi, on peut s'interroger sur le point de savoir si tous les médecins concernés ont été informés du fait que ces conditions s'appliquent à l'année de la prime 2021.

Il est également renvoyé à l'observation n° 2 formulée sous l'article 1<sup>er</sup>.

\*

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 overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat die drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

## ONDERZOEK VAN HET ONTWERP

### AANHEF

Het is niet zinvol om in het lid van de aanhef dat handelt over het besluit dat bij het ontwerp gewijzigd wordt, melding te maken van de wijzigingen die daarin vroeger aangebracht zijn.<sup>1</sup>

In het tweede lid dienen de woorden “en gewijzigd bij 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” dan ook weggelaten te worden.

### Artikel 1

1. Bij paragraaf 2 wordt artikel 5, §§ 3, 3/1 en 3/2, 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 teneinde daarin de voorwaarde te schrappen naar luid waarvan de arts sedert ten minste vijf jaar over een RIZIV-nummer moet beschikken om voor de jaarlijkse premie in aanmerking te komen.

Op de vraag waarom die wijziging voorkomt in de paragrafen 3 en 3/1, die respectievelijk betrekking hebben op de premie voor de jaren 2016 en 2017, heeft de gemachtigde van de Regering het volgende geantwoord:

“Het is een fout in de tekst. In die zin achten we een correctie überhaupt aangewezen.

Wat betreft de juridische relevantie heb ik momenteel niet nagekeken of er eventueel nog dossiers lopende zijn, in die zin zou er ook nog juridische relevantie kunnen zijn.

---

<sup>1</sup> *Beginnelsen van de wetgevingstechniek – Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be), tab “Wetgevingstechniek”, aanbeveling 30 en formule F 3-3.

Maar zoals gesteld: het is een fout in de tekst dus we zetten die liever recht nu ze is vastgesteld.”

Indien het niet de bedoeling is die wijziging voor de jaren 2016 en 2017 te laten gelden, zoals de gemachtigde van de Regering opmerkt, moet de tekst aldus gewijzigd worden dat hij niet langer naar de paragrafen 3 en 3/1 verwijst.

2. Bij paragraaf 2 wordt ook artikel 5, § 3/2, van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 gewijzigd.

Uit de gegevens van het dossier dat aan de afdeling Wetgeving overgezonden is, blijkt dat die wijziging ertoe strekt een fout recht te zetten in de Franse tekst van artikel 5, §§ 3, 3/1 en 3/2, van het koninklijk besluit van 30 juni 2017, namelijk het criterium naar luid waarvan de betrokken huisartsen “depuis 5 années ou plus” moeten beschikken over “un numéro RIZIV-INAMI”, welk criterium niet voorkomt in de Nederlandse tekst, die als volgt luidt:

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

§ 3/1. Indien de in § 1. bedoelde huisarts niet voldoet aan de in § 2/1 vastgelegde voorwaarde en hij gedurende het volledige premiejaar deel uitmaakt van één enkele geregistreerde groepspraktijk, dan geldt als vervangende voorwaarde dat voor minstens 4 van de in § 2/1 bedoelde gebruiksindicatoren door hemzelf of gemiddeld door de groepspraktijk de in § 2/1 vastgelegde drempel is bereikt. Voor de berekening van deze gemiddelden wordt enkel rekening gehouden met de gebruiksgegevens van de huisartsen die gedurende het volledige premiejaar beschikten over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts, deel uitmaakten van zijn groepspraktijk en die geen deel uitmaakten van een andere groepspraktijk, hijzelf inclusief.

§ 3/2. 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.”

Gelet op de te kennen gegeven bedoeling is er alle reden om ervan uit te gaan dat de voorwaarde sedert vijf jaar over een RIZIV-nummer te beschikken, zoals in de Franse tekst van het koninklijk besluit staat, nooit toegepast is.

Indien die voorwaarde wel degelijk toegepast is, heeft het ontwerp echter terugwerkende kracht, aangezien die voorwaarde daarbij voor de jaren 2018, 2019, 2020 en 2021 geschrapt wordt.

Er wordt op gewezen dat bestuurshandelingen 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 wet toegestaan is, kan terugwerking alleen bij wijze van uitzondering aanvaard worden wanneer ze nodig is voor, inzonderheid, de continuïteit van de openbare dienst of de regularisatie van een feitelijke of rechtstoestand en voor zover de vereisten inzake rechtszekerheid vervuld zijn en de individuele rechten geëerbiedigd worden.<sup>2</sup>

Aangezien het aanvraagdossier krachtens het koninklijk besluit van 30 juni 2017 uiterlijk op 31 oktober van het jaar volgend op het premiejaar ingediend moet worden en aangezien in voorliggend ontwerp bepaald wordt dat het uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2021, is het niet uitgesloten dat aan bepaalde aanvragers voor de jaren 2020 of 2021 een premie toegekend zal worden op grond van de gunstigere voorwaarde die aldus ingevoerd wordt, terwijl andere aanvragers die premie niet verkregen zouden hebben in het kader van het onderzoek van eerdere dossiers, omdat zij niet voldeden aan de voorwaarde die bij dit ontwerp geschrapt wordt.

Aangezien de bedoelde regel voor de aanvrager van de premie een versoepeling van de toekenningsvoorwaarden zou betekenen, moet erop toegezien worden dat dit voordeel met inachtneming van het gelijkheidsbeginsel toegekend wordt.

### Artikel 3

1. Er dient vermeld te worden dat artikel 9 van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 gewijzigd is bij de koninklijke besluiten van 24 november 2019 en 8 juni 2021.<sup>3</sup>

2. In haar advies 61.248/2 van 26 april 2017 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 30 juni 2017, heeft de afdeling Wetgeving de volgende opmerking geformuleerd:

“Artikel 36sexies van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor

---

<sup>2</sup> Zie in dezelfde zin advies 54.470/2 van 4 december 2013 over een ontwerp dat geleid heeft tot het ministerieel besluit van 11 februari 2014 ‘houdende de weging en de indeling in klassen van ambten van het niveau A van het administratief en logistiek kader van de federale politie’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/54470>), advies 58.508/2 van 14 december 2015 over een ontwerp dat geleid heeft tot het ministerieel besluit van 24 februari 2016 ‘houdende de weging en de indeling in klassen van de ambten van het niveau A van het administratief en logistiek kader van de federale politie’ (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/58508>) en advies 70.373/2 van 23 november 2021 over het ontwerp van ministerieel besluit ‘houdende de weging en de indeling in klassen van ambten van het niveau A van het administratief en logistiek kader van de federale politie en tot wijziging van het ministerieel besluit van 22 november 2016 ‘houdende de weging en de indeling in klassen van de ambten van het niveau A van het administratief en logistiek kader van het secretariaat van de geïntegreerde politie (SSGPI)’, opmerking 3 over artikel 35.

<sup>3</sup> *Beginselen van de wetgevingstechniek – Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be), tab “Wetgevingstechniek”, aanbeveling 113.

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 wacht Dienst.

De premie waarin artikel 9 voorziet voor artsen die enkel voldoen aan de voorwaarden inzake de effectieve activiteit, maar niet aan de voorwaarden inzake het effectief gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers kan hoe dan ook geen rechtsgrond ontleen aan het voornoemde artikel 36sexies.”<sup>4</sup>

Die opmerking geldt ook voor artikel 3 van het ontwerp, waarbij artikel 9 van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 gewijzigd wordt.

#### Artikel 4

Het ontworpen besluit moet met terugwerkende kracht uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2021.

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.<sup>5</sup>

Bovendien hebben bestuurshandelingen, zoals hierboven opgemerkt is, krachtens een algemeen rechtsbeginsel in de regel geen terugwerkende kracht. Terugwerkende kracht kan

---

<sup>4</sup> Opmerking 2 van advies 61.248/2 d.d. 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' (<http://www.raadvst-consetat.bedbx/adviezen/61248>); deze opmerking staat ook in advies 66.617/2 van 24 oktober 2019 over een ontwerp dat geleid heeft tot 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' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/66617>).

<sup>5</sup> Zie in die zin advies 68.970/2 van 31 maart 2021 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 6 mei 2021 'tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de vroedvrouwen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/68970>) en 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' (<http://www.raadvst-consetat.be/dbx/adviezen/69256>).

evenwel verantwoord zijn indien ze bij wet toegestaan is. Indien ze niet bij wet toegestaan is, kan terugwerkende kracht alleen bij wijze van uitzondering aanvaard worden wanneer ze nodig is voor, inzonderheid, de continuïteit van de openbare dienst of 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 de tekst zich ervan vergewissen dat de terugwerkende kracht te verantwoorden valt ondanks de voorwaarden die gesteld zijn in artikel 5, § 2/2, van het koninklijk besluit van 30 juni 2017, die bij het ontwerpbesluit toepasselijk gemaakt worden op het premiejaar 2021. Zo kan men zich afvragen of alle betrokken artsen op de hoogte gebracht zijn van het feit dat die voorwaarden van toepassing zijn op het premiejaar 2021.

Er wordt tevens verwezen naar opmerking 2 die bij artikel 1 gemaakt is.

LE GREFFIER – DE GRIFFIER

LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Esther CONTI

Pierre VANDERNOOT