

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/30107]

23 DECEMBER 2021. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier

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 36septies, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier;

Gelet op het advies van de Nationale commissie artsenziektenfondsen van 8 juni 2020;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 24 juni 2020;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 29 juni 2020;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 27 januari 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 16 februari 2021;

Gelet op het advies nr. 69.219/2 van de Raad van State, gegeven op 4 mei 2021 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Dit besluit bepaalt de voorwaarden en de regels waaronder de erkende huisartsen in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen recht hebben op een honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier.

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepalingen*

**Art. 2.** In dit besluit wordt verstaan onder:

1° “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;

2° “openingsjaar”: het kalenderjaar in de loop waarvan een welbepaalde huisarts voor het eerst het globaal medisch dossier, voor een welbepaalde rechthebbende beheert voor wie geen globaal medisch dossier is geopend;

3° “verlengingsjaar”: een kalenderjaar in de loop waarvan een welbepaalde huisarts na het openingsjaar, zoals bedoeld onder 2° het globaal medisch dossier voor een welbepaalde rechthebbende beheert;

4° “verzekeringsinstellingen”: de instellingen, zoals bedoeld in artikel 2, i), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

5° “eHealth-platform”: de openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht door de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen;

6° “geregistreerde groepering”: een groepering van algemeen geneeskundigen:

a) die minstens twee huisartsen bevat;

b) die in een schriftelijk samenwerkingsakkoord bevestigen dat ze samenwerken, hetzij op dezelfde installatieplaats, hetzij op verschillende installatieplaatsen die zich bevinden in dezelfde huisartsenzone of in twee aan elkaar grenzende huisartsenzones;

c) waarvan het schriftelijk samenwerkingsakkoord minstens de modaliteiten voor intern overleg tussen alle deelnemende huisartsen regelen (dit overleg vindt op regelmatige en gestructureerde basis plaats om een interne evaluatie van de medische kwaliteit mogelijk te maken); de modaliteiten voor het raadplegen van de medische dossiers,

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/30107]

23 DECEMBRE 2021. — Arrêté royal fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global

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, l'article 36septies, inséré par la loi du 22 août 2002, modifié par la loi du 18 décembre 2016 ;

Vu l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global ;

Vu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste du 8 juin 2020 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 24 juin 2020 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 29 juin 2020 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 27 janvier 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 16 février 2021 ;

Vu l'avis n° 69.219/2 du Conseil d'Etat, donné le 4 mai 2021, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté détermine les conditions et les règles par lesquelles les médecins généralistes agréés ont droit à des honoraires pour la gestion du dossier médical global dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Dispositions générales*

**Art. 2.** Dans le présent arrêté, il faut entendre par :

1° « 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 ;

2° « année d'ouverture » : l'année civile au cours de laquelle un médecin généraliste gère pour la première fois le dossier médical global, pour un bénéficiaire déterminé pour lequel aucun dossier médical global n'est ouvert ;

3° « année de prolongation » : une année civile au cours de laquelle un médecin généraliste gère le dossier médical global d'un bénéficiaire déterminé après l'année d'ouverture comme visée sous le point 2° ;

4° « organismes assureurs » : les organismes visés à l'article 2, i), de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

5° « la plate-forme eHealth » : l'organisme public avec personnalité juridique créé par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions ;

6° « groupement enregistré » : un groupement de médecins de médecine générale :

a) qui comprend au moins deux médecins généralistes ;

b) qui confirment dans un accord de coopération écrit qu'ils collaborent, soit au même lieu d'installation, soit à différents lieux d'installation qui se situent dans la même zone de médecins généralistes ou dans deux zones voisines de médecins généralistes ;

c) pour lequel l'accord de coopération écrit règle au moins les modalités pour une concertation interne entre tous les médecins généralistes participants (cette concertation a lieu sur une base régulière et structurée afin de permettre une évaluation interne de la qualité de la médecine) ; les modalités pour la consultation des dossiers médicaux,

in het bijzonder de globaal medische dossiers, rekening houdend met de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer; de regels volgens dewelke beslissingen worden genomen; de regels volgens dewelke het samenwerkingsakkoord kan worden beëindigd regelen;

d) die de namen en de installatieplaatsen van de samenwerkende huisartsen meedelen aan hun patiënten, samen met de modaliteiten voor hun toestemming voor het raadplegen van hun medisch dossier, in overeenstemming met de wetgeving op de rechten van de patiënt;

e) waarvan de huisartsen van de groepering moeten gebruik maken van een gelabeld elektronisch medisch dossier;

f) en die als dusdanig door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is geregistreerd overeenkomstig de bepalingen van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

7° "Nationaal intermutualistisch college": de instantie, zoals bedoeld in de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid;

8° "MyCareNet": het elektronisch netwerk, bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling;

9° "rechthebbende waarvoor de huisarts recht heeft op een verhoogd honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier": de rechthebbende die, tussen het jaar van zijn 45e verjaardag tot het jaar van zijn 75e verjaardag, het statuut chronische aandoening had in het jaar voorafgaand aan de opening of de verlenging van het globaal medisch dossier zoals omschreven in artikel 2 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.

**Art. 3.** Het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier is aan de huisarts verschuldigd met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten.

De huisarts zendt daartoe vanuit zijn elektronisch medisch dossier een kennisgeving naar alle verzekeringsinstellingen, met de melding dat hij voor het beheer van de honoraria voor de globaal medische dossiers die hij beheert, gebruik zal maken van de MyCareNet-diensten.

De huisarts maakt gebruik van de MyCareNet-diensten voor het beheer van de honoraria voor het globaal medisch dossier overeenkomstig de modaliteiten en voorwaarden omschreven in de Verordening van 17 maart 2014 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

## HOOFDSTUK II. — *Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier*

### Afdeling I. — *Beheer van het honorarium gedurende het openingsjaar van het globaal medisch dossier*

**Art. 4.** De verzekeringsinstellingen stellen via het Nationaal intermutualistisch college de volgende functionaliteiten van de MyCareNet-diensten ter beschikking van de huisartsen, zoals bedoeld in artikel 3, derde lid, voor het beheer van de honoraria voor het globaal medisch dossier:

1° raadpleging van de rechten van een rechthebbende in het kader van het globaal medisch dossier;

2° raadpleging van de lijst van rechthebbenden voor wie de huisarts houder van het globaal medisch dossier is;

3° elektronische gegevensuitwisseling tussen de huisarts en de verzekeringsinstelling met betrekking tot de honoraria voor het beheer van het globaal medisch dossier.

De functionaliteit bedoeld in het eerste lid, 1°, is eveneens toegankelijk voor de andere huisartsen dan die bedoeld in artikel 3, derde lid, en de artsen-specialisten, op voorwaarde dat zij een therapeutische relatie met de rechthebbende hebben.

**Art. 5. § 1.** De huisarts die in de loop van het openingsjaar aanspraak maakt op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier:

1° maakt toepassing van de toepassingsregels voor de verstrekking 102771 opgenomen 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;

en particulier les dossiers médicaux globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée ; les règles selon lesquelles les décisions sont prises; les règles selon lesquelles il peut être mis fin à l'accord de coopération ;

d) qui communiquent à leurs patients les noms et lieux d'installation des médecins généralistes avec lesquels ils collaborent, ainsi que les modalités pour leur autorisation à consulter leur dossier médical, en conformité avec la législation relative aux droits du patient ;

e) dont les médecins généralistes font utilisation d'un dossier médical électronique labellisé ;

f) et qui, comme tel est enregistré par l'Institut national d'assurance maladie invalidité conformément aux dispositions du règlement du 28 juillet 2003 en exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

7° « Collège intermutualiste national » : l'instance telle que visée par la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale ;

8° « MyCareNet » : le réseau électronique visé dans l'article 5 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant ;

9° « bénéficiaire pour lequel le médecin généraliste a droit à des honoraires majorés pour la gestion du dossier médical global » : le bénéficiaire qui, entre l'année de son 45<sup>ème</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 75<sup>ème</sup> anniversaire, avait le statut affection chronique l'année précédant l'ouverture ou la prolongation du dossier médical global comme inscrit à l'article 2 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.

**Art. 3.** Les honoraires pour la gestion du dossier médical global sont dus au médecin généraliste par l'utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet.

Le médecin généraliste adresse à cet effet, au moyen de son dossier médical électronique, une notification vers tous les organismes assureurs, avec la mention que, pour la gestion des honoraires des dossiers médicaux globaux qu'il gère, il fera usage des services de MyCareNet.

Le médecin généraliste fait utilisation des services de MyCareNet pour la gestion des honoraires pour le dossier médical global conformément aux modalités et conditions décrites dans le Règlement du 17 mars 2014 portant exécution des articles 9bis et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

## CHAPITRE II. — *Honoraires pour la gestion du dossier médical global*

### Section I. — *Gestion des honoraires durant l'année d'ouverture du dossier médical global*

**Art. 4.** Les organismes assureurs mettent à disposition des médecins généralistes, via le Collège intermutualiste national, les fonctionnalités suivantes des services MyCareNet visées à l'article 3, alinéa 3, pour la gestion des honoraires du dossier médical global :

1° consultation des droits d'un bénéficiaire dans le cadre du dossier médical global ;

2° consultation de la liste des bénéficiaires pour lesquels le médecin généraliste est gestionnaire du dossier médical global ;

3° échange électronique des données entre le médecin généraliste et l'organisme assureur relativement aux honoraires pour la gestion du dossier médical global.

La fonctionnalité visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, est également accessible aux autres médecins généralistes que ceux visés à l'article 3, et aux médecins-spécialistes à condition qu'ils aient une relation thérapeutique avec le bénéficiaire.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Le médecin généraliste qui, durant l'année d'ouverture, revendique les honoraires pour la gestion du dossier médical global :

1° fait application des règles d'application de la prestation 102771 reprise 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 ;

2° vergewist er zich van of zijn therapeutische relatie met de rechthebbende is geregistreerd in de gevalideerde authentieke bron "therapeutische relatie" beheerd door eHealth: in voorkomend geval creëert hij deze therapeutische relatie middels het lezen van de elektronische identiteitskaart van de rechthebbende;

3° stuurt via eHealth en MyCareNet een kennisgeving globaal medisch dossier aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende binnen de zeven kalenderdagen na de datum van de raadpleging of het bezoek naar aanleiding waarvan het hij het beheer van het globaal medisch dossier heeft geopend.

§ 2. De verzekeringsinstelling die de kennisgeving bedoeld in paragraaf 1, 3°, ontvangt:

1° controleert de kennisgeving en actualiseert de door haar beheerde gevalideerde authentieke bron "globaal medisch dossier";

2° stuurt via MyCareNet en eHealth een kennisgeving aan de huisarts met de melding dat hij erkend is als beheerder van het globaal medisch dossier van de rechthebbende en dat zijn recht op betaling van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor die rechthebbende wordt onderzocht;

3° stuurt aan de huisarts een kennisgeving met de melding of hij voor het lopende kalenderjaar al of niet recht heeft op de betaling van het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier:

a) indien voor dezelfde rechthebbende in hetzelfde kalenderjaar nog geen honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier is betaald, betaalt de verzekeringsinstelling binnen de 30 dagen, te rekenen vanaf de kennisgeving bedoeld in § 1, 3°, het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier in dat kalenderjaar, op voorwaarde dat de huisarts aan de verzekeringsinstelling het bankrekeningnummer heeft meegedeeld waarop het honorarium moet worden betaald; de verzekeringsinstelling registreert de betaling van dit honorarium onder de pseudocode 101496 of de pseudocode 101511, indien het een rechthebbende betreft, zoals bedoeld in artikel 2, 9°;

b) indien voor dezelfde rechthebbende in hetzelfde kalenderjaar reeds een honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier is betaald, heeft de huisarts recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier in het volgende kalenderjaar indien in dat kalenderjaar de voorwaarden bepaald in artikel 6 zijn vervuld;

4° stuurt, in voorkomend geval, via MyCareNet en eHealth een kennisgeving aan de huisarts die voorheen het globaal medisch dossier van de rechthebbende beheerde, met de melding dat hij niet meer erkend is als beheerder van het globaal medisch dossier van die rechthebbende.

#### Afdeling II. — Beheer van het honorarium

gedurende een verlengingsjaar van het globaal medisch dossier

**Art. 6.** § 1. 1. Indien de huisarts met betrekking tot het openingsjaar van de verzekeringsinstelling het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier heeft ontvangen in toepassing van artikel 5 of indien in zijn hoofde artikel 5, § 2, 3°, b), van toepassing is, dan heeft hij met betrekking tot elk verlengingsjaar na het openingsjaar recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier volgens de voorwaarden en de regels bepaald in § 2 en § 3.

§ 2. Het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende het verlengingsjaar wordt door de verzekeringsinstelling betaald in februari van het verlengingsjaar aan de huisarts die erkend is als beheerder van het globaal medisch dossier van de rechthebbende op 31 december van het jaar voorafgaand aan het verlengingsjaar en waarvoor met betrekking tot het openingsjaar artikel 5 van toepassing was, mits ten minste in één van de twee jaren voor het verlengingsjaar één raadpleging of bezoek in aanmerking werd genomen, op voorwaarde dat de huisarts aan de verzekeringsinstelling het bankrekeningnummer heeft meegedeeld waarop het honorarium moet worden betaald.

De verzekeringsinstelling registreert deze betaling door middel van de pseudocode 101533 of door middel van de pseudocode 101555, indien het een rechthebbende betreft, zoals bedoeld in artikel 2, 9°.

De verzekeringsinstelling stuurt aan de huisarts een kennisgeving met de melding van de verlenging van het beheer van het globaal medisch dossier en van de betaling van het honorarium voor het verlengingsjaar.

§ 3. De huisarts maakt gedurende het verlengingsjaar toepassing van de toepassingsregels voor de verstrekking 102771 opgenomen in artikel 2 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.

2° s'assure que sa relation thérapeutique avec le bénéficiaire est enregistrée au sein de la source authentique validée « relation thérapeutique » gérée par eHealth : le cas échéant, il crée cette relation thérapeutique via la lecture de la carte d'identité électronique du bénéficiaire ;

3° envoie via eHealth et MyCareNet une notification dossier médical global à l'organisme assureur du bénéficiaire endéans les sept jours calendriers à compter de la date de la consultation ou de la visite sur base de laquelle il a ouvert la gestion d'un dossier médical global.

§ 2. L'organisme assureur qui reçoit la notification visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, 3° :

1° contrôle la notification et actualise la source authentique validée « dossier médical global » gérée par lui ;

2° envoie via eHealth et MyCareNet une notification au médecin généraliste avec la mention qu'il est reconnu en tant que gestionnaire du dossier médical global du bénéficiaire et que son droit au paiement des honoraires pour la gestion du dossier médical global est analysé ;

3° envoie au médecin généraliste une notification avec la mention qu'il a droit ou non au paiement des honoraires pour l'année civile en cours pour la gestion du dossier médical global :

a) si pour le même bénéficiaire, aucun honoraire pour la gestion du dossier médical global n'a été payé pour la même année civile, l'organisme assureur s'engage à verser les honoraires pour la gestion du dossier médical global pour cette année civile dans les 30 jours à compter de la notification visée au § 1<sup>er</sup>, 3°, à la condition que le médecin généraliste ait communiqué à l'organisme assureur le compte financier sur lequel les honoraires doivent être payés ; l'organisme assureur enregistre le paiement de ces honoraires sous le pseudocode 101496 ou sous le pseudocode 101511 lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire visé à l'article 2, 9° ;

b) si pour le même bénéficiaire, il est constaté que des honoraires pour la gestion du dossier médical global ont déjà été payés durant la même année civile, le médecin généraliste a droit aux honoraires pour la gestion du dossier médical global pour l'année civile suivante si durant cette année civile les conditions prévues à l'article 6 sont accomplies ;

4° envoie, le cas échéant via MyCareNet et eHealth, une notification au médecin généraliste qui gère auparavant le dossier médical global avec la mention qu'il n'est plus reconnu en tant que gestionnaire du dossier médical global de ce bénéficiaire.

#### Section II. — Gestion des honoraires durant

une année de prolongation du dossier médical global

**Art. 6.** § 1<sup>er</sup>. Si le médecin généraliste a reçu les honoraires pour la gestion du dossier médical global relatif à l'année d'ouverture de la part de l'organisme assureur en application de l'article 5 ou si l'article 5, § 2, 3°, b), lui est applicable, alors il a droit aux honoraires pour la gestion du dossier médical global pour chaque année de prolongation après l'année d'ouverture selon les conditions et règles prévues aux § 2 et § 3.

§ 2. Les honoraires pour la gestion du dossier médical global durant l'année de prolongation sont payés par l'organisme assureur en février de l'année de prolongation au médecin généraliste qui est reconnu en tant que gestionnaire du dossier médical global du bénéficiaire au 31 décembre de l'année qui précède l'année de prolongation et auquel l'article 5 était d'application pour l'année d'ouverture, à condition qu'au minimum une consultation ou une visite a été portée en compte durant une des deux années qui précèdent l'année de prolongation, et ce pour autant que le médecin généraliste ait communiqué à l'organisme assureur le compte financier sur lequel les honoraires doivent être payés.

L'organisme assureur enregistre ce paiement au moyen du pseudocode 101533 ou au moyen du pseudocode 101555 lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire visé à l'article 2, 9°.

L'organisme assureur envoie au médecin généraliste une notification avec la mention de la prolongation de la gestion du dossier médical global et du paiement des honoraires pour l'année de prolongation.

§ 3. Le médecin généraliste fait application durant l'année de prolongation des règles d'application pour la prestation 102771 reprises à l'article 2 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.



§ 4. De paragrafen 2 en 3 zijn eveneens van toepassing, indien de verzekeringstegemoetkoming wordt betaald met betrekking tot een raadpleging of bezoek van een andere algemeen geneeskundige dan de huisarts en die deel uitmaakt van dezelfde geregistreerde groepering.

**Art. 7.** Het bedrag van het honorarium zoals het door de verzekeringsinstelling in uitvoering van dit hoofdstuk wordt betaald, is gelijk aan het bedrag van het honorarium dat op de dag van de kennisgeving bedoeld in artikel 5, § 1, 3°, of artikel 6 kan worden aangerekend voor de verstrekking 102771 opgenomen 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.

**HOOFDSTUK III.** — *Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier toevertrouwt aan een andere huisarts*

**Afdeling I.** — Beheer van het honorarium gedurende het openingsjaar van het globaal medisch dossier indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier toevertrouwt aan een andere huisarts

**Art. 8.** Voor de toepassing van deze afdeling wordt verstaan onder:

1° eerste huisarts: de huisarts die in de loop van een kalenderjaar voor de rechthebbende als eerste een raadpleging of een bezoek verricht overeenkomstig de bepalingen van artikel 2 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;

2° tweede huisarts: de huisarts die in de loop van een kalenderjaar voor de rechthebbende als tweede een raadpleging of een bezoek verricht overeenkomstig de bepalingen van artikel 2 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.

**Art. 9.** Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een openingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts:

1° heeft de eerste huisarts die toepassing maakt van artikel 5, § 1, 3°, het recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor dat kalenderjaar;

2° gelden de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier:

a) bij de eerste huisarts tot aan de datum van de raadpleging of het bezoek, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, 3°, van de tweede huisarts;

b) bij de tweede huisarts vanaf de datum van diens raadpleging of bezoek, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, 3°.

**Afdeling II.** — Beheer van het honorarium gedurende een verlengingsjaar van het globaal medisch dossier indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier toevertrouwt aan een andere huisarts

**Art. 10.** Voor de toepassing van deze afdeling wordt verstaan onder:

1° eerste huisarts: de huisarts die op 31 december van het voorafgaand jaar aan het verlengingsjaar als de beheerder van het globaal medisch dossier van de rechthebbende erkend was;

2° tweede huisarts: de huisarts die in de loop van een kalenderjaar voor de rechthebbende een raadpleging of een bezoek verricht overeenkomstig de bepalingen van artikel 2 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.

**Art. 11.** Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een verlengingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts:

1° heeft de eerste huisarts het recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier voor dat kalenderjaar;

2° gelden de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier:

a) bij de eerste huisarts tot aan de datum van de raadpleging of het bezoek, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, 3°, van de tweede huisarts;

b) bij de tweede huisarts vanaf de datum van diens raadpleging of bezoek, zoals bedoeld in artikel 5, § 1, 3°.

§ 4. Les paragraphes 2 et 3 sont également d'application si l'intervention de l'assurance est payée suite à une consultation ou une visite effectuée par un autre médecin de médecine générale que le médecin généraliste et qui fait partie du même groupement enregistré.

**Art. 7.** Le montant des honoraires qui sont payés par l'organisme assureur en application du présent chapitre sont équivalents au montant des honoraires qui peuvent être portés en compte au moment de la notification visée à l'article 5, § 1, 3°, ou à l'article 6 pour la prestation 102771 reprise 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.

**CHAPITRE III.** — *Honoraires pour la gestion du dossier médical global si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global à un autre médecin.*

**Section I.** — Gestion des honoraires durant l'année d'ouverture du dossier médical global si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global à un autre médecin

**Art. 8.** Pour l'application de la présente section, il faut entendre par :

1° le premier médecin généraliste : le médecin généraliste qui durant une année civile effectuée en premier une consultation ou une visite pour le bénéficiaire conformément aux dispositions de l'article 2 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 ;

2° le deuxième médecin généraliste : le médecin généraliste qui durant une année civile effectuée en second une consultation ou une visite pour le bénéficiaire conformément aux dispositions de l'article 2 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.

**Art. 9.** Si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global durant l'année d'ouverture à un autre médecin généraliste :

1° le premier médecin généraliste qui fait application de l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3°, a droit aux honoraires pour la gestion du dossier médical global pour cette année civile ;

2° les droits du bénéficiaire en relation avec le dossier médical global valent :

a) auprès du premier médecin généraliste à partir de la date de sa propre consultation ou visite visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3° ;

b) auprès du deuxième médecin généraliste à partir de la date de sa propre consultation ou visite visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3°.

**Section II.** — Gestion des honoraires durant une année de prolongation du dossier médical global si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global à un autre médecin

**Art. 10.** Pour l'application de la présente section, il faut entendre par :

1° le premier médecin généraliste : le médecin généraliste reconnu en tant que gestionnaire du dossier médical global du bénéficiaire au 31 décembre de l'année qui précède l'année de prolongation ;

2° le deuxième médecin généraliste : le médecin généraliste qui durant une année civile effectuée une consultation ou une visite pour le bénéficiaire conformément aux dispositions de l'article 2 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.

**Art. 11.** Si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global durant l'année de prolongation à un autre médecin généraliste :

1° le premier médecin généraliste a droit aux honoraires pour la gestion du dossier médical global pour cette année civile ;

2° les droits du bénéficiaire en relation avec le dossier médical global valent :

a) auprès du premier médecin généraliste jusqu'à la date de la consultation ou visite visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3°, du deuxième médecin généraliste ;

b) auprès du deuxième médecin à partir de la date de sa propre consultation ou visite visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, 3° :

## HOOFDSTUK V. — Inwerkingtreding en overgangsbepalingen

**Art. 12. § 1.** De verzekeringsinstellingen betalen uiterlijk in februari 2021 het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier tijdens het verlengingsjaar 2020 aan de huisarts die ten laatste op 30 september 2020 gebruikgemaakt heeft van MyCareNet-diensten voor patiënten voor wie geen enkele huisarts in de loop van het jaar 2020 een raadpleging of bezoek heeft aangerekend, als de huisarts in de loop van het openingsjaar aanspraak gemaakt heeft op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier, als bedoeld in artikel 5.

De verzekeringsinstelling registreert deze betaling door middel van de pseudocode 101452 of door middel van de pseudocode 101474, indien het een rechthebbende betreft, zoals bedoeld in artikel 2, 9°.

§ 2. Bij de eerste toepassing van artikel 6 van dit besluit, in het jaar 2021, zal rekening worden gehouden met alle inschrijvingen in MyCareNet tot en met 15 maart 2021. Voor de artsen die voor het eerst gebruik maken van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten tussen 1 januari 2021 en 15 maart 2021, zullen de betalingen tijdens het verlengingsjaar 2021, zoals vermeld in art. 6, § 2, worden uitgevoerd vóór 30 september 2021.

**Art. 13.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2021, met uitzondering van artikel 12, § 1, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2020.

**Art. 14.** Het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier, wordt opgeheven vanaf 1 januari 2021, met dien verstande dat het van toepassing is op het verlengingsjaar 2020 zoals dat in genoemd besluit is bepaald en waarvoor de verzekeringsinstelling het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier ten laatste op 30 september 2021 betaalt.

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

Gegeven te Brussel, 23 december 2021.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

## CHAPITRE V. — Entrée en vigueur et dispositions transitoires

**Art. 12. § 1<sup>er</sup>.** Les organismes assureurs paient, au plus tard en février 2021, les honoraires pour la gestion du dossier médical global durant l'année de prolongation 2020 au médecin généraliste qui a utilisé les services MyCareNet au plus tard le 30 septembre 2020 pour les patients pour lesquels aucun médecin généraliste n'a porté en compte une consultation ou une visite durant l'année 2020, si le médecin généraliste a revendiqué les honoraires pour la gestion du dossier médical global durant l'année d'ouverture, comme visé à l'article 5.

L'organisme assureur enregistre ce paiement au moyen du pseudocode 101452 ou au moyen du pseudocode 101474 lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire visé à l'article 2, 9°.

§ 2. Lors de la première application de l'article 6 du présent arrêté en 2021, il sera tenu compte de toutes les nouvelles inscriptions dans MyCareNet jusqu'au 15 mars 2021 inclus. Pour les médecins qui utilisent les fonctionnalités des services MyCareNet pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 15 mars 2021, les paiements pendant l'année de prolongation 2021, visé à l'art. 6, § 2, seront effectués avant le 30 septembre 2021.

**Art. 13.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2021 à l'exception de l'article 12, § 1<sup>er</sup>, qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Art. 14.** L'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global est abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2021, étant entendu qu'il est d'application pour l'année de prolongation 2020 comme stipulé dans l'arrêté nommé et pour laquelle l'organisme assureur paie les honoraires pour la gestion du dossier médical global au plus tard le 30 septembre 2021.

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

Donné à Bruxelles, le 23 décembre 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/30103]

**23 DECEMBER 2021.** — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, 1, 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, met betrekking tot globaal medisch dossier

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 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 10 maart 2020;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 10 maart 2020;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van 8 juni 2020;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 24 juni 2020;

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/30103]

**23 DECEMBRE 2021.** — Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 1, 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, en ce qui concerne le dossier médical global

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, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

Vu 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 ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 10 mars 2020 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 10 mars 2020 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 8 juin 2020 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 24 juin 2020 ;