

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22449]

25 JULI 2014. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisartsen 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;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 februari 2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisartsen een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier;

Gelet op het advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 8 juli 2013;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 17 juli 2013;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 22 juli 2013;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 oktober 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting van 23 december 2013;

Gelet op het advies nr. 55.019/2 van de Raad van State, gegeven op 5 februari 2014 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, 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^o « globaal medisch dossier » : het 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 en uitkeringen;

2^o « openingsjaar » : het kalenderjaar in de loop waarvan een welbepaald huisarts voor het eerst het globaal medisch dossier zoals bedoeld onder 1^o voor een welbepaald rechthebbende beheert;

3^o « verlengingsjaar » : een kalenderjaar in de loop waarvan een welbepaald huisarts na het openingsjaar zoals bedoeld onder 2^o het globaal medisch dossier voor een welbepaalde rechthebbende beheert;

4^o « verzekeringsinstellingen » : de instellingen bedoeld in artikel 2, i), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

5^o « eHealth-platform » : de openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht door de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform;

6^o « 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, in het bijzonder de globaal medische dossiers, rekening houdend met de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer; de

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22449]

25 JUILLET 2014. — 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;

Vu l'arrêté royal du 18 février 2004 fixant les conditions et règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global;

Vu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste du 8 juillet 2013;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 17 juillet 2013;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 22 juillet 2013;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 octobre 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 23 décembre 2013;

Vu l'avis n^o 55.019 du Conseil d'Etat, donné le 5 février 2014, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, 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^{er}. Le présent arrêté détermine les conditions et les règles par lesquelles les médecins généralistes agréés ont droit à un honoraire pour la gestion du dossier médical global dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

CHAPITRE I^{er}. — *Dispositions générales*

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

1^o « dossier médical global » : le dossier médical tel que décrit 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;

2^o « année d'ouverture » : l'année civile au cours de laquelle un médecin généraliste gère pour la première fois le dossier médical global, comme visé sous le point 1^o, à un bénéficiaire déterminé;

3^o « 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^o;

4^o « 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^o « la plate-forme e-health » : 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^o « groupements enregistrés » : 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, en particulier les dossiers médicaux globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée; les règles selon

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 159bis, § 1, 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.

Art. 3. Het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier is aan de huisarts verschuldigd :

1° ofwel met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten zoals deze zijn geregeld in Hoofdstuk II van dit besluit;

2° ofwel met toepassing van de bepalingen vermeld in artikel 2, 1°, en in Hoofdstuk III van dit besluit.

De huisarts maakt, voor alle rechthebbenden waarvoor hij het globaal medisch beheert, enkel toepassing van ofwel de bepalingen van Hoofdstuk II ofwel de bepalingen van Hoofdstuk III van dit besluit.

De huisarts die toepassing wenst te maken van Hoofdstuk II kan daartoe vanuit zijn elektronisch medisch dossier een kennisgeving naar alle verzekeringsinstellingen zenden, 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 die gebruik maakt van de MyCareNet-diensten voor het beheer van de honoraria voor het globaal medisch dossier doet dit 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 met gebruik van de functionaliteiten
van de MyCareNet-diensten*

*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 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 aan die bedoeld in artikel 3, derde lid, en de geneesheren-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 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° vergewist er zich van of zijn therapeutische relatie met de rechthebbende is geregistreerd in de gevalideerde authentieke bron « therapeutische relatie » beheerd door e-Health : in voorkomend geval

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 à l'article 159bis § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pris en exécution de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. L'honoraire pour la gestion du dossier médical global est dû au médecin généraliste :

1° ou bien par l'utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet tels qu'ils sont réglés par le Chapitre II du présent arrêté;

2° ou bien en application des dispositions renseignées à l'article 2, 1°, et au Chapitre III du présent arrêté.

Le médecin généraliste fait uniquement application, pour tous les assurés pour lesquels il gère le dossier médical global, ou bien des dispositions du Chapitre II ou bien des dispositions du Chapitre III.

Le médecin généraliste qui souhaite appliquer le chapitre II peut à cet effet au moyen de son dossier médical électronique adresser 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 My CareNet.

Le médecin généraliste qui fait utilisation des services de MyCareNet pour la gestion des honoraires pour le dossier médical global le fait 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
avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet*

*Section 1^{re}. — Gestion de l'honoraire durant l'année d'ouverture
du dossier médical global*

Art. 4. Les organismes assureurs mettent à disposition aux médecins généralistes visés à l'article 3, alinéa 3, via le Collège intermutualiste national les fonctionnalités suivantes pour la gestion de l'honoraire du dossier médical global :

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

2° consultation de la liste des assurés 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 à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global.

La fonctionnalité visée à l'alinéa 1^{er}, 1°, est également accessible pour les autres médecins généralistes que ceux visés à l'article 3, alinéa 3, et pour les médecins-spécialistes à condition qu'ils aient une relation thérapeutique avec le bénéficiaire.

Art. 5. § 1^{er}. Le médecin généraliste qui, durant l'année d'ouverture, revendique l'honoraire pour la gestion du dossier médical global :

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

2° s'assure que sa relation thérapeutique avec le bénéficiaire est enregistrée au sein de la source authentique validée « relation thérapeutique » gérée par e-Health : le cas échéant, il crée cette relation

creëert hij deze therapeutische relatie middels het lezen van de elektronische identiteitskaart van de rechthebbende;

3° stuurt via e-Health 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 e-Health 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 103754;

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 e-Health, 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. 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 binnen de dertig dagen nadat ze aan de rechthebbende de verzekeringstegemoetkoming heeft betaald met betrekking tot de eerste raadpleging of het eerste huisbezoek die in de loop van het verlengingsjaar wordt aangerekend door de huisarts waarvoor met betrekking tot het openingsjaar artikel 5 van toepassing was, 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 103596.

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.

§ 4. De §§ 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 of artikel 6 kan worden aangerekend voor de

therapeutische via de lecture de la carte d'identité électronique du bénéficiaire;

3° envoie via e-Health 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^{er}, 3°:

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

2° envoie via e-Health 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 de l'honoraire 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 de l'honoraire pour l'année civile en cours pour la gestion du dossier médical global:

a) si pour le même assuré, 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 l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année civile dans les 30 jours à compter de la notification visée au § 1^{er}, 3°, à la condition que le médecin généraliste ait communiqué à l'organisme assureur le compte financier sur lequel l'honoraire doit être payé; l'organisme assureur enregistre le paiement de cet honoraire sous le pseudocode 103754;

b) si pour le même assuré, il est constaté qu'un honoraire pour la gestion du dossier médical global a déjà été payé durant la même année civile, le médecin généraliste a droit à l'honoraire 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 e-Health, une notification au médecin généraliste qui gérait auparavant le dossier médical global avec la mention qu'il n'est plus reconnu en tant que gestionnaire du dossier médical global de cet assuré.

Section II. — Gestion de l'honoraire durant une année de prolongation du dossier médical global

Art. 6. § 1^{er}. Si le médecin généraliste a reçu l'honoraire 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 à l'honoraire 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. L'honoraire pour la gestion du dossier médical global durant l'année de prolongation est payé par l'organisme assureur dans les trente jours après avoir payé l'intervention de l'assurance à l'assuré pour ce qui concerne la première consultation ou la première visite qui est portée en compte par le médecin généraliste durant l'année de prolongation et pour laquelle l'article 5 était d'application pour ce qui concerne l'année d'ouverture, et ce pour autant que le médecin généraliste ait communiqué à l'organisme assureur le compte financier sur lequel l'honoraire doit être payé.

L'organisme assureur enregistre ce paiement au moyen du pseudocode 103596.

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 de l'honoraire 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. Les §§ 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 de l'honoraire qui est payé par l'organisme assureur en application du présent chapitre est équivalent au montant de l'honoraire qui peut être porté en compte au moment de la notification visée à l'article 5 ou à l'article 6 pour la prestation 102771

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.

HOOFDSTUK III. — *Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten*

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

Art. 8. De huisarts die in de loop van het openingsjaar aanspraak maakt op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier maakt toepassing van de regels 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.

Afdeling II. — Beheer van het honorarium gedurende een verlengingsjaar van het globaal medisch dossier

Art. 9. De huisarts kan in de loop van een verlengingsjaar het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier aan de rechthebbende aanrekenen in toepassing van de bepalingen vermeld in artikel 8.

Art. 10. § 1. Indien de huisarts in de loop van een welbepaald verlengingsjaar geen toepassing heeft gemaakt van artikel 9, betaalt de verzekeringsinstelling van de rechthebbende het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier gedurende dat verlengingsjaar aan de huisarts indien voldaan is aan de volgende voorwaarden :

1° de huisarts of een lid van dezelfde geregistreerde groepering heeft in de loop van het verlengingsjaar het honorarium voor een raadpleging of een bezoek aangerekend 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° in de loop van het verlengingsjaar heeft geen andere huisarts toepassing gemaakt van artikel 5 of artikel 8.

§ 2. De verzekeringsinstelling controleert de in § 1 bepaalde voorwaarden en betaalt het honorarium aan de huisarts ten laatste op 30 september van het jaar na het verlengingsjaar. De verzekeringsinstelling registreert deze betaling door middel van de pseudocode 102793.

Art. 11. Het bedrag van het honorarium zoals het door de verzekeringsinstelling in uitvoering van artikel 10 wordt betaald is gelijk aan het bedrag van het honorarium dat op 31 december van het verlengingsjaar kan worden aangerekend 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.

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

Art. 12. Voor de toepassing van dit hoofdstuk 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. 13. Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een openingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts en zowel de eerste als de tweede huisarts toepassing maken van Hoofdstuk II :

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;

reprise 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.

CHAPITRE III. — *Honoraire pour la gestion du dossier médical global sans utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet*

Section I^{re}. — Gestion de l'honoraire durant l'année d'ouverture du dossier médical global

Art. 8. Le médecin généraliste qui revendique durant l'année d'ouverture l'honoraire pour la gestion du dossier médical global fait application des règles de 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.

Section II. — Gestion de l'honoraire durant l'année de prolongation du dossier médical global

Art. 9. Le médecin généraliste peut durant l'année de prolongation porter en compte à l'assuré l'honoraire pour la gestion du dossier médical global en application des dispositions reprises à l'article 8.

Art. 10. § 1^{er}. Si durant une année de prolongation bien déterminée, un médecin généraliste n'a pas fait application de l'article 9, l'organisme assureur de l'assuré paie au médecin généraliste l'honoraire pour la gestion du dossier médical global durant l'année de prolongation pour autant qu'il est satisfait aux conditions suivantes :

1° le médecin généraliste ou un membre du même groupement enregistré a porté en compte durant l'année de prolongation l'honoraire pour une consultation ou une visite 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° durant l'année de prolongation aucun autre médecin généraliste n'a fait application de l'article 5 ou de l'article 8.

§ 2. L'organisme assureur contrôle les conditions déterminées au § 1^{er} et paie l'honoraire au médecin généraliste au plus tard le 30 septembre de l'année qui suit l'année de prolongation. L'organisme assureur enregistre ce paiement au moyen du pseudocode 102793.

Art. 11. Le montant de l'honoraire tel que payé par l'organisme assureur en exécution de l'article 10 est égal au montant de l'honoraire qui peut être porté en compte au 31 décembre de l'année de prolongation pour la prestation 102771 reprise 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.

CHAPITRE IV. — *Honoraire pour la gestion du dossier médical global si l'assuré confie la gestion de son dossier médical global à un autre médecin*

Art. 12. Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

1° 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. 13. Si l'assuré confie la gestion de son dossier médical global durant l'année d'ouverture à un autre médecin généraliste et que tant le premier que le deuxième médecin généraliste font application du Chapitre II :

1° le premier médecin généraliste qui fait application de l'article 5, § 1^{er}, 3°, a droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année calendrier;

2° gelden de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier bij de eerste huisarts vanaf de datum van diens raadpleging of bezoek bedoeld in artikel 5, § 1, 3°, en bij de tweede huisarts vanaf de datum van diens raadpleging of bezoek bedoeld in artikel 5, § 1, 3°.

Art. 14. Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een verlengingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts en zowel de eerste als de tweede huisarts toepassing maken van Hoofdstuk II :

1° heeft de eerste huisarts die toepassing maakt van hetzij artikel 5, § 1, 3°, hetzij artikel 6, § 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 bedoeld in artikel 5, § 1, 3°, van de tweede huisarts;

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

Art. 15. Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een openingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts en de eerste huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk II en de tweede huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk III :

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

2° heeft de tweede huisarts voor dat openingsjaar waarin hij toepassing maakt van artikel 8 geen recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier;

3° blijven de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier voor het openingsjaar bij de eerste huisarts.

Art. 16. Indien de rechthebbende in de loop van een verlengingsjaar het beheer van zijn globaal medisch dossier toevertrouwt aan een andere huisarts en de eerste huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk II en de tweede huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk III :

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

2° heeft de tweede huisarts waarin hij toepassing maakt van artikel 8 voor dat verlengingsjaar geen recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier;

3° blijven de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier voor het verlengingsjaar bij de eerste huisarts.

Art. 17. Indien de rechthebbende het beheer van zijn globaal medisch dossier in de loop van een openingsjaar of een verlengingsjaar toevertrouwt aan een andere huisarts en de eerste huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk III en de tweede huisarts toepassing maakt van Hoofdstuk II :

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

2° heeft de tweede huisarts voor dat openingsjaar of dat verlengingsjaar geen recht op het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier;

3° gaan de rechten van de rechthebbende met betrekking tot het globaal medisch dossier bij de tweede huisarts in vanaf de datum van de raadpleging of het huisbezoek bedoeld in artikel 5, § 1, 3°.

HOOFDSTUK V. — *Inwerkingtreding en overgangsbepalingen*

Art. 18. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2014.

Art. 19. Het koninklijk besluit van 18 februari 2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 oktober 2011, wordt opgeheven vanaf 31 juli 2014, met dien verstande dat het van toepassing is op het verlengingsjaar 2013 zoals dat in genoemd besluit is bepaald en waarvoor de verzekeringsinstelling het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier betaalt ten laatste op 30 september 2014.

2° les droits de l'assuré en relation avec le dossier médical global valent auprès du premier médecin généraliste à partir de la date de sa propre consultation ou visite visée à l'article 5, § 1^{er}, 3°, et auprès du deuxième médecin généraliste à partir de la date de sa propre consultation ou visite visée à l'article 5, § 1^{er}, 3°.

Art. 14. Si l'assuré confie la gestion de son dossier médical global durant l'année de prolongation à un autre médecin généraliste et que tant le premier que le deuxième médecin généraliste ont fait application du Chapitre II :

1° le premier médecin généraliste qui fait application de soit l'article 5, § 1^{er}, 3°, ou de soit l'article 6, § 3, a droit à l'honoraire 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^{er}, 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^{er}, 3°.

Art. 15. Si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global durant l'année d'ouverture à un autre médecin généraliste et que le premier médecin généraliste fait application du Chapitre II et que le deuxième médecin généraliste fait application du Chapitre III :

1° le premier médecin généraliste a droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année d'ouverture;

2° le deuxième médecin généraliste n'a pas droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année d'ouverture durant laquelle il fait application de l'article 8;

3° les droits liés au dossier médical global de l'assuré pour l'année d'ouverture sont maintenus auprès du premier médecin généraliste.

Art. 16. Si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global durant l'année de prolongation à un autre médecin généraliste et que le premier médecin généraliste fait application du Chapitre II et que le deuxième médecin généraliste fait application du Chapitre III :

1° le premier médecin a droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année de prolongation;

2° le deuxième médecin généraliste n'a pas droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année de prolongation durant laquelle il fait application de l'article 8;

3° les droits liés au dossier médical global de l'assuré pour l'année de prolongation sont maintenus auprès du premier médecin généraliste.

Art. 17. Si le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global durant l'année d'ouverture ou durant une année de prolongation à un autre médecin généraliste et que le premier médecin généraliste fait application du Chapitre III et que le deuxième médecin généraliste fait application du Chapitre II :

1° le premier médecin généraliste a droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année d'ouverture ou pour cette année de prolongation;

2° le deuxième médecin généraliste n'a pas droit à l'honoraire pour la gestion du dossier médical global pour cette année d'ouverture ou pour cette année de prolongation;

3° les droits liés au dossier médical global de l'assuré pour l'année d'ouverture sont transférés auprès du deuxième médecin généraliste à partir de la date de la consultation ou de la visite visée à l'article 5, § 1^{er}, 3°.

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

Art. 18. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} août 2014.

Art. 19. L'arrêté royal du 18 février 2004 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 2011, est abrogé à partir du 31 juillet 2014, étant entendu qu'il est d'application pour l'année de prolongation 2013 comme stipulé dans l'arrêté nommé et pour laquelle l'organisme assureur paie l'honoraire pour la gestion du dossier médical global au plus tard le 30 septembre 2014.

Art. 20. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 25 juli 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

Art. 20. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 25 juillet 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2014/22465]

26 AUGUSTUS 2014. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 27 december 2005, § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 23 december 2009 en artikel 37, § 3, derde lid, vervangen bij de wet van 27 december 2005 en gewijzigd bij de wet van 13 december 2006;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, artikelen 13, 81 en 95 § 3, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de specialiteit XOFIGO ten gevolge van een materiële fout, niet ingeschreven werd in bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten en dat dit zo snel mogelijk gecorrigeerd moet worden in het belang van de patiënten;

Gelet op de noodzaak om onderhavig besluit zo snel mogelijk te nemen en bekend te maken,

Besluit :

Artikel 1. In hoofdstuk IV van de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, zoals tot op heden gewijzigd, wordt een § 7210000 toegevoegd, luidende :

I = Aandeel van de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1 en § 19, van de bij het koninklijk besluit van 14.7.94 gecoördineerde wet, die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er} et § 19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.

II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

II = Intervention des autres bénéficiaires.

Paragraaf 7210000

a) De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien zij wordt toegediend door een arts-specialist erkend in de nucleaire geneeskunde, vergund door het FANC voor de toediening van XOFIGO, voor de behandeling van een volwassen patiënt met castratieresistente prostaatkanker, symptomatische botmetastasen en geen bekende viscerale metastasen.

De patiënt moet bij aanvang van de behandeling met XOFIGO beantwoorden aan elk van de volgende criteria :

- serum castratiespiegels van testosteron < 50 ng/dL of < 1,7 nmol/L na bilaterale orchidectomie of onder androgene ablatietherapie;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2014/22465]

26 AOUT 2014. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

La Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35bis, § 1^{er}, inséré par la loi du 10 août 2001 et modifié en dernier lieu par la loi de 27 décembre 2005, § 2, inséré par la loi du 10 août 2001 et modifié en dernier lieu par la loi de 23 décembre 2009, et l'article 37 § 3, troisième alinéa, remplacé par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 13 décembre 2006;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, les articles 13, 81 et 95 § 3, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1^{er};

Vu l'urgence;

Vu la circonstance que la spécialité XOFIGO n'a pas été, suite à une erreur matérielle, inscrite à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, et que cela doit être corrigé dès que possible, dans l'intérêt des patients;

Vu la nécessité d'adopter et de publier le présent arrêté le plus vite possible,

Arrête :

Article 1^{er}. Au chapitre IV de l'annexe I^{er} de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, tel qu'il a été modifié à ce jour, il est inséré un § 7210000, rédigé comme suit :

Paragraphe 7210000

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée par un médecin spécialiste reconnu en médecine nucléaire, autorisé par l'AFCN pour l'administration de XOFIGO, pour le traitement de patients atteints de cancer de la prostate résistant à la castration, avec métastases osseuses symptomatiques et sans métastases viscérales connues.

La patient doit répondre à l'initiation du traitement par XOFIGO à chacun des critères suivants :

- taux sérique de testostérone de castration < 50 ng/dL ou < 1,7 nmol/L après orchidectomie bilatérale ou sous traitement par privation androgénique;