

Bijlage 1 bij de Verordening van 10 juli 2023 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

1.	Algemene bepalingen	2
1.1.	Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners	2
1.1.1.	Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen	2
1.1.2.	Rechten en verplichtingen van de zorgverleners.....	3
1.2.	Certificaten en ondertekening van de berichten en zendingen	3
1.3.	Bewijskracht van de berichten en zendingen.....	4
1.4.	Archivering	4
1.5.	Vereisten betreffende de informaticasystemen van de zorgverleners en van de verzekeringsinstellingen	5
1.6.	Gegevensbescherming	5
1.7.	Toetredings- en erkenningsprocedure van een software binnen MyCareNet.....	5
1.8.	Mandaten	6
1.9.	Evaluatie	6
1.10.	Misbruiken of inbreuken	7
2.	Raadpleging van gegevens van het lid.....	8
3.	Medisch-administratieve ziekenhuisopname documenten – « Opname documenten »	9
4.	Medisch-administratieve documenten voor verpleegkundige zorgen – « Documenten verpleegkundigen ».....	9
4.1.	Aanvraag van forfait A, B, C of Toilet	10
4.2.	Aanvraag voor palliatieve zorgen	10
4.3.	Kennisgeving voor specifieke technische verstrekkingen	10
5.	Raadpleging van de tarieven – « eTar ».....	10
6.	Facturatie in derdebetaler (eFact)	11
7.	Facturatie buiten derdebetaler (eAttest)	11
8.	Globaal Medisch Dossier (hierna « GMD »).....	11
8.1.	Beheer van het GMD.....	12
8.2.	Raadpleging van het GMD recht	12
8.3.	Raadpleging van de lijst van patiënten	12
9.	Hoofdstuk IV	13
9.1.	Aanvraag akkoord hoofdstuk IV.....	13
9.2.	Raadpleging van akkoorden hoofdstuk IV	13
10.	Dienst e-Agreement	14

1. Algemene bepalingen

1.1. Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners

1.1.1. Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen

- Ter beschikking stelling en juistheid van de gegevens
De verzekeringsinstellingen actualiseren de gegevens over al hun leden in relatie tot de diensten beschreven in bijlage en stellen de juiste gegevens ter beschikking op het netwerk.
- Beschikbaarheid van de diensten van het MyCareNet platform (alias NIPPIN)
 - In de praktijk kunnen zorgverleners hun aanvragen elke dag 24 uur op 24 indienen met uitzondering van de geplande onderhoudsvensters.
 - De beschikbaarheid van synchrone diensten (online) hangt af van hun kritiektheid aan de welke een specifieke verbintenis is verbonden (Service level agreement SLA).
 - De meest kritieke diensten zullen een beschikbaarheid hebben van 99% op maandbasis met uitzondering van de onderhoudsvensters gepland op de meest aangewezen tijdstippen.
 - De minder kritieke diensten zullen een beschikbaarheid hebben van 98% op maandbasis met uitzondering van de onderhoudsvensters gepland op de meest aangewezen tijdstippen.
 - Een permanente monitoring meet deze beschikbaarheid.
 - Maatregelen worden voorzien door het Nationaal Intermutualistisch College (hierna « NIC » genoemd) en de verzekeringsinstellingen om de continuïteit van de kritieke « business » diensten te waarborgen.
 - De afdeling « beschikbaarheid » van de site www.mycarenet.be omvat verschillende middelen waar onder een “dashboard”, een agenda van evenementen (releases en incidenten) en een lijst van geïdentificeerde problemen.
- Beschikbaarheid van de helpdesks :
 - Op niveau van de helpdesk van MyCareNet :
 - de helpdesk zal uitsluitend beschikbaar zijn voor de softwareleveranciers
 - in het Frans en het Nederlands, op werkdagen tijdens de kantooruren van 8U30 tot 17U30;
 - in het Engels buiten dit tijdsvenster (24/24 7/7).
 - De coördinatie tussen de diensten helpdesk van MyCaret en van de verzekeringsinstellingen wordt verzekerd door het NIC.
 - De precieze uurroosters en modaliteiten inzake werking van de helpdesks worden beschreven op de site www.mycarenet.be.
 - Een contactformulier is eveneens beschikbaar op deze site om de vragen te structureren. Deze maakt het ook mogelijk om zich in te schrijven voor een mailing list.

1.1.2. Rechten en verplichtingen van de zorgverleners

- De zorgverlener bezorgt tijdig zijn juiste gegevens aan de verantwoordelijken van de authentieke bronnen.
- De gebruiker en zijn softwareleverancier waken over de toepassing van de van kracht zijnde regels inzake veiligheid en bescherming van gegevens, in het bijzonder voor wat de persoonsgegevens betreft en deze van medische aard.
- Een zorgverlener krijgt toegang tot het netwerk en de MyCareNet diensten op voorwaarde dat het eHealth platform de identificatiegegevens en hoedanigheden die de zorgverlener aan hem aanbiedt, erkent en authenticaceert.
- Het gebruik van het netwerk MyCareNet is beperkt tot de beschreven diensten en specifieke voorwaarden betreffende deze diensten.
- De verkregen of uitgewisselde gegevens door middel van een MyCareNet dienst kunnen louter worden gebruikt volgens de finaliteit van de dienst.
- De zorgverlener eerbiedigt de proportionaliteit/beperking van gebruik van de MyCareNet diensten en in het bijzonder van de dienst consultatie van gegevens.
- De ter beschikking stelling van gegevens en bestanden op het MyCareNet platform ter attentie van de zorgverleners is beperkt in de tijd en kan verschillen per dienst (over het algemeen 90 dagen). Het komt toe aan de zorgverlener en zijn software om deze gegevens en bestanden te downloaden binnen de vastgestelde termijn om te voorkomen zijn aanvraag te moeten herindienen of een duplicata te moeten aanvragen (via de helpdesks).
- Het komt eveneens toe aan de gebruiker en zijn softwareleverancier om zich ervan te verzekeren dat de klok van zijn computer overeenstemt met de officiële tijd. Elk significant verschil kan leiden tot een verwerping van de aanvragen.
- De eerste helpdesk van de zorgverlener is altijd de helpdesk van de leverancier van de software waarmee de zorgverlener MyCareNet raadpleegt (dus in geval van een probleem met MyCareNet zal de zorgverlener eerst zijn softwareleverancier moeten contacteren).

1.2. Certificaten en ondertekening van de berichten en zendingen

De MyCareNet diensten erkennen louter als geldig :

- De certificaten uitgereikt door de openbare overheid aan fysieke personen (identiteitskaart, enz.) ;
- De certificaten uitgereikt onder de autoriteit van het eHealth platform, zowel voor de fysieke personen als voor de instellingen en ondernemingen.

De houders van deze certificaten evenals de personen verantwoordelijk voor hun beheer waken over de naleving van de veiligheidsregels teneinde hun bescherming te waarborgen (zie met name de Praktische handleiding voor het veilige gebruik van elektronische certificaten in de medische context gepubliceerd op www.eHealth.fgov.be).

In geval van een ernstig veiligheidsincident, moeten de certificaten worden herroepen door hun houders.

Het komt ook toe aan de betrokken personen om de certificaten op tijd aan te vragen/ te hernieuwen / te installeren (binnen een redelijke termijn voor het verstrijken van hun geldigheidsduur) om het risico te vermijden dat de dienstverlening wordt onderbroken.

Bepaalde berichten en zendingen moeten elektronisch worden ondertekend zoals vermeld in de uitwisselingsprotocollen en/of de reglementering (in het bijzonder de elektronische facturen).

De enige geldige elektronische handtekeningen zijn deze die beantwoorden aan de modaliteiten omschreven in de technische documenten (cookbook) en die een certificaat uitvoeren dat erkend en geldig is op het ogenblik van de ondertekening.

De elektronische ondertekening van de berichten en zendingen dient eveneens de integriteit en onherroepelijkheid ervan te waarborgen.

1.3. Bewijskracht van de berichten en zendingen

Bepaalde berichten en zendingen vereisen dat men hen een bewijskracht toekent, in het bijzonder ter vervanging van “papieren” documenten.

Behoudens specifiek protocol, vloeit deze bewijskracht voort uit de naleving binnen de « MyCareNet » uitwisselingen van de voorwaarden vastgesteld in artikel 36/1, § 1 van de wet van 21 augustus 2018 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en houdende diverse bepalingen.

Technische specificaties worden beschreven in de technische handleidingen opgemaakt door het NIC en de overheden (onder andere : eHealth, BOSA, KSZ).

In een uitwisseling die bewijskracht vereist, komt het toe aan de verzekeringsinstellingen en zorgverleners om na te gaan dat de modaliteiten juist werden nageleefd voor wat hen betreft (bijvoorbeeld door de handtekeningen en dateringen te verifiëren).

1.4. Archivering

Met het oog op een controle of in geval van geschil, maakt archivering mogelijk om een zending te bewijzen en de elementen aan te leveren die de bewijskracht vaststellen.

Omschrijving van de procedure inzake archivering

Op regelmatige basis wordt het geheel van uitgewisselde bestanden bewaard in twee verschillende exemplaren op niet volatiele dragers. Deze bewaarde bestanden zullen kunnen worden gevoegd bij de eerder bewaarde bestanden maar zullen, achteraf, ervan afgezonderd moeten kunnen worden.

Omschrijving van de procedures inzake bewaring van de archieven

De archieven zullen worden opgeslagen op een wijze waarop ze achteraf niet kunnen worden gewijzigd of dat elke latere wijziging detecteerbaar is. De archiven worden gedupliceerd en bewaard op fysiek verschillende plaatsen om een simultane toevallige vernietiging te voorkomen. Deze archieven zijn beschermd tegen elke fysieke beschadiging (brand, overstroming, ...) en, om hun betrouwbaarheid te vrijwaren, is de toegang ertoe beperkt tot voorafgaandelijk aangewezen personen.

Omschrijving van de procedure inzake opzoeking in de archieven en inzake publicatie van de archieven

Betreffende de opzoeking in de archieven, kan de toegang gebeuren door verschillende zoekcriteria te vermelden waar onder ten minste de volgende criteria, afzonderlijk of gecombineerd : identificatie van de zender, identificatie van de bestemming, type bericht, datum van aanmaak van het bericht, referenties.

Omschrijving van de gebruikte informatica middelen, software en materiaal

Het materiaal, de software, en de gebruikte dragers worden ruim verspreid en moeten de duurzaamheid van de toepassingen garanderen voor een duur die ten minste gelijk is aan de maximale duur van retentie. Als blijkt dat de gebruikte techniek niet langer wordt gevolgd door de leverancier, is het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener of verzekeringsinstelling om het nodige te doen om de informatie te recupereren op een nieuwe drager.

1.5. Vereisten betreffende de informaticasystemen van de zorgverleners en van de verzekeringsinstellingen

De informaticasystemen gebruikt door de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen bewaren systematisch de gegevens betreffende de identiteit van de verantwoordelijke van de overdracht evenals van de persoon die deze overdracht heeft uitgevoerd en de verslagen over eventuele storingen die werden vastgesteld tijdens de verwerking.

De controlelijst bestemd om de verschillende vereisten te documenteren waaraan de informaticasystemen van de zorgverlener (of van zijn mandaathouder) moeten beantwoorden, wordt ingevuld en is beschikbaar in geval van audit met betrekking tot de procedure inzake archivering bij de zorgverlener of verzekeringsinstelling.

1.6. Gegevensbescherming

De wettelijke opdrachten van de instellingen en zorgverleners enerzijds en van de verzekeringsinstellingen anderzijds geven aanleiding tot de uitwisseling van een groot aantal types berichten die persoonsgegevens bevatten.

Deze uitwisselingen zijn verwerkingen van persoonsgegevens zoals gedefinieerd door de AVGB met als gevolg dat de verzekeringsinstellingen en zorgverleners de AVGB nauwkeurig moeten naleven.

1.7. Toetredings- en erkenningsprocedure van een software binnen MyCareNet

Om een software toe te laten om de MyCareNet diensten te gebruiken, moeten een geheel van administratieve stappen worden gerealiseerd alsook een geheel van testen met het MyCareNet platform en de verzekeringsinstellingen.

De volledige toetredingsprocedure van een softwareleverancier is beschikbaar bij het NIC.

Voordat de in productie stelling van een MyCareNet dienst binnen een software wordt goedgekeurd, organiseren het NIC en de verzekeringsinstellingen testen en validaties die, als ze succesvol zijn, uitmonden in een formele erkenning. Enkel de erkende software hebben toegang tot de diensten en gegevens in productie door gebruik van een specifieke licentie toegekend door het NIC.

Het NIC, de verzekeringsinstellingen en/of de bevoegde overheden kunnen eveneens beslissen om deze erkenning te herevalueren in geval van een bewezen tekortkoming van de software op vlak van functionaliteiten of kwaliteit.

Elk ongeoorloofd gebruik in productie, door een niet erkende software of door een software die zich de licentie van een andere software onrechtmatig toe-eigent, van een licentie toegekend door het NIC zal gesanctioneerd kunnen worden door de onmiddellijke uitsluiting zonder vooropzeg (blacklist) van de gebruikers die deze licentie onrechtmatig gebruiken.

Elke usurpatie zal het voorwerp uitmaken van een procedure inzake misbruik.

1.8. **Mandaten**

Voor bepaalde (groepen van) diensten, kan een zorgverlener een mandaat geven aan een mandaathouder.

Algemene informatie over het beheer van mandaten is beschikbaar op www.mycarenet.be en op <http://fra.mycarenet.be/algemene-beschrijving/gebruikers> op <https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/hoekrijgtu-toegang-tot-het-portaal-egezondheid-/mandaten>.

De zorgverlener en zijn mandaathouder gebruiken het middel tot beheer van mandaten eMandate, toegankelijkheid via het eHealth platform, om de mandaten te beheren: <https://eservices.minfin.fgov.be/mandates/healthcare>.

De gebruiksvoorwaarden van de mandaten zijn beschreven in het middel eMandate.

De mandaatgever blijft verantwoordelijk voor de inhoud van de berichten en de werkelijkheid van de geleverde prestaties.

Om geldig te zijn, moeten de mandaten de volgende limitatieve voorwaarden vervullen :

- Het mandaat moet uitdrukkelijk haar voorwerp vermelden;
- Een mandaat kan meerdere MyCareNet diensten betreffen (bv. verzekeraar en facturatie in derdebetaler);
- Een MyCareNet mandaat heeft louter betrekking op de diensten tot uitwisseling MyCareNet. Het geeft geen aanleiding tot een afgeleid recht;
- Behoudens uitzondering, kunnen er geen overlappende periodes bestaan tussen 2 mandaten voor eenzelfde dienst. In voorkomend geval, heeft een nieuw mandaat voor een dienst automatisch tot gevolg dat het vorig mandaat wordt beëindigd.

Overeenkomstig het Burgerlijk wetboek, wordt elk mandaat beëindigd in geval van overlijden, faillissement of vereffening van de mandaatgever of mandaathouder. Een mandaat kan eventueel worden gegeven of heringevoerd met het akkoord van de vereffenaar of curator.

1.9. **Evaluatie**

Er vindt een permanente evaluatie plaats van de rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen en zorgverleners.

1.10. **Misbruiken of inbreuken**

- In geval van misbruik of inbreuk op de huidige verordening :
 - Van zodra een verzekeringsinstelling misbruiken of inbreuken op de huidige verordening vaststelt, stuurt hij aan de betrokken zorgverlener een waarschuwing hierover bij aangetekend schrijven.
 - Het NIC deelt elk misbruik of inbreuk mee aan het Informatieveiligheidscomité.
 - Van zodra een zorgverlener één of meerdere misbruiken of één of meerdere inbreuken op de huidige verordening vaststelt, stuurt hij aan het NIC een waarschuwing hierover bij aangetekend schrijven.
 - In geval van herhaling van de feiten binnen de 365 dagen te rekenen van de eerste inbreuk, worden de Overeenkomstencommissies en akkoordencommissies evenals de administratieve en medische controlediensten van het RIZIV hierover ingelicht, en zullen ze, in functie van hun respectieve bevoegdheden en verantwoordelijkheden, de nodige acties ondernemen ten aanzien van de partij die de inbreuk begaat.
- In geval het gebruik van het netwerk door de zorgverlener de beschikbaarheid of veiligheid van het informaticasysteem in gevaar brengt, kan de toegang hem tijdelijk worden ontzegd na voorafgaandelijke verwittiging gedurende de tijd die nodig is om het probleem op te lossen. (Het betreft hier 'technische problemen'). De toegang kan niet definitief worden afgesloten tenzij na akkoord van de leidend ambtenaar van de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV of zijn afgevaardigde.

2. Raadpleging van gegevens van het lid

Onder « gegevens van het lid » dient te worden begrepen : de gegevens die toelaten om de rechten op terugbetaling door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te verifiëren, evenals de gegevens voor de toepassing van het tarief voor terugbetaling en het statuut van de patiënt waarvoor deze gegevens gelden. Deze raadpleging gebeurt 'online' voor één patiënt per keer. Het is evenwel mogelijk om deze dienst asynchroon te gebruiken.

Het betreft de volgende gegevens :

- Gegevens betreffende de identificatie van de betrokken persoon,
 - Gegevens betreffende de verzekeraar van de patiënt,
 - Gegevens betreffende de inschrijving in een medisch huis,
 - Gegevens betreffende het statuut van gehospitaliseerde patiënt,
 - Gegevens betreffende het zorgtraject van de patiënt die lijdt aan een chronische aandoening (diabetes type 2 of chronische nierinsufficiëntie),
 - Gegevens betreffende het statuut chronische aandoening,
 - Gegevens betreffende de referentie apotheker,
 - Gegevens betreffende de maximumfactuur.
- Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen
 - De verzekeringsinstellingen verstrekken de meest actueel beschikbare informatie.
 - Behalve voor asynchrone aanvragen, worden de antwoorden op het vlak van de dienst gegevens van het lid onmiddellijk, enkele seconden na de aanvraag, gegeven.
 - De verzekeringsinstellingen stellen de gegevens ter beschikking die de zorgverleners nodig hebben om hun prestaties correct te kunnen factureren.
 - Rechten en verplichtingen van de zorgverleners
 - De zorgverlener vraagt en verwerkt enkel de gegevens voor de patiënten die hij effectief behandelt en dit met als enige finaliteit de facturatie van de geneeskundige verstrekkingen.
 - De zorgverlener behandelt de gegevens strikt vertrouwelijk en draagt deze niet over aan andere zorgverleners of aan derden.
 - De zorgverlener kan slechts eenmaal de gegevens in verband met de verzekeraar opvragen en dit op het moment van het contact met de patiënt.

3. Medisch-administratieve ziekenhuisopname documenten – « Opname documenten »

De dienst « opname documenten » stelt elke toegelaten instelling in staat om de opname documenten, op elektronische wijze, via netwerk, over te maken aan de verzekeringsinstellingen. Er bestaan veel mogelijkheden inzake informatie uitwisseling tussen het ziekenhuis en de verzekeringsinstelling in het kader van het administratief beheer van de ziekenhuisopname. Ze kunnen als volgt worden samengevat, in functie van de vigerende codificatie:

721000 : opname formulier met INSZ
721100 : opname formulier zonder INSZ
721008 : kennisgeving verbetering gegevens van de 721
721009 : kennisgeving annulatie 721
721900 : bericht betalingsverbintenis
721999 : weigering betalingsverbintenis
723000 : aanvraag tot verlenging betalingsverbintenis
723009 : annulatie laatste 723
723900 : aanvraag tot verlenging betalingsverbintenis
723999 : antwoord weigering voor 723
725000 : dienstwijziging
725008 : correctie dienstwijziging
725009 : kennisgeving annulatie dienstwijziging
727100 : 727 administratief
727200 : 727 medisch
727008 : verbetering 727 administratief
727009 : kennisgeving annulatie 727 administratief
727208 : verbetering 727 medisch
727209 : kennisgeving annulatie 727 medisch
700000 : signalisatie van een ontbrekend document
730000 : kennisgeving wijziging verzekeraarbaarheid
777000 : vraag gegevens bij een opname (debugging)
777900 : mededeling opnamegegevens
791000 : ontvangstbewijs

4. Medisch-administratieve documenten voor verpleegkundige zorgen – « Documenten verpleegkundigen »

Medisch-administratief luik : het betreft de elektronische verzending van de kennisgevingen en aanvragen van de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling voor de verpleegkundige zorgen te verlenen aan de patiënt en de elektronische antwoorden van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener overeenkomstig artikel 8 van de nomenclatuur.

Deze dienst is samengesteld uit drie luiken:

- Aanvraag van forfait A, B, C of Toilet
- Aanvraag voor palliatieve zorgen
- Kennisgeving voor specifieke technische verstrekkingen

4.1. Aanvraag van forfait A, B, C of Toilet

Deze informatie uitwisseling vervangt het papieren document met de Katz schaal en werd omgevormd tot 3 berichten :

- Het bericht 410000 : kennisgeving van een aanvraag van een forfait A, B, C of toilet, of van een aanvraag tot wijziging of verlenging van een eerder toegestaan akkoord.
- Het bericht 410900/410999 (9xx = 900: akkoord; 9xx = 999: weigering) : antwoord van de verzekeringsinstelling op een kennisgeving van een nieuwe aanvraag van een forfait A, B, C of toilet of van een aanvraag tot wijziging of verlenging van een eerder door de VI toegestaan akkoord.
- Het bericht 410908 : kennisgeving beslissing adviserend arts ten gevolge van een bezoek / Mededeling van afsluiten van een vorig akkoord ten gevolge van een vervanging.

4.2. Aanvraag voor palliatieve zorgen

Deze informatie uitwisseling vervangt het papieren document "KENNISGEVING PALLIATIEVE PATIENT" en werd omgevormd tot 2 berichten.:

- Het bericht 420000: een aanvraag voor palliatieve zorgen
- Het bericht 420900/420999: bericht met antwoord (900 is positief / 999 is negatief) van de verzekeringsinstelling op de aanvraag 420000.

4.3. Kennisgeving voor specifieke technische verstrekkingen

Deze informatie uitwisseling is een toevoeging aan het verzorgingsplan en werd omgevormd tot 2 berichten:

- Het bericht 430000: een kennisgeving voor specifieke technische verstrekkingen naar de VI.
- Het bericht 891000: bericht met antwoord van de VI op de kennisgeving 430000 en is een standaard ontvangstbewijs.

5. Raadpleging van de tarieven – « eTar »

Onder tarificatie, dient te worden begrepen : mededeling door de verzekeringsinstelling van de gegevens die toelaten om het tarief van terugbetaling toe te passen, en het statuut van de patiënt voor de welke deze gegevens gelden. Deze raadpleging is beschikbaar in 'online' modus voor één patiënt per keer, voor één of meerdere verstrekkingen.

De dienst raadpleging van de tarieven stelt een zorgverlener aldus in staat om bij de verzekeringsinstellingen het voor een patiënt te factureren tarief te raadplegen voor een gegeven patiënt en gegeven nomenclatuurcodes teneinde zijn factuur correct op te stellen. De verzekeringsinstelling berekent het tarief in functie van de informatie verstrekt door de zorgverlener en van de informatie over de patiënt waarover hij beschikt.

Deze dienst is synchroon beschikbaar via web service (sso eHealth).

6. Facturatie in derdebetaler (eFact)

De dienst facturatie laat elke toegelaten instelling of zorgverlener in staat om het facturatiebestand dat wordt aangemaakt in het kader van de derdebetalersregeling, op elektronische wijze, via netwerk, over te maken aan de verzekeringsinstellingen. Deze dienst facturatie laat aldus toe om de magnetische drager (CD, cassette,...) te vervangen door een elektronische, beveiligde, overdracht, via netwerk, van het facturatiebestand aangemaakt door de zorgverlener in het kader van de derdebetalersregeling.

Het facturatiebestand behoudt, voor wat de detail betreft, dezelfde structuur als deze omschreven in de desbetreffende richtlijnen van het RIZIV (instructies voor facturatie op elektronische drager).

Voor de sectoren die beschikken over de dienst eAgreement, is de toegang tot de dienst eFact slechts mogelijk voor een bepaalde verstrekking als de zorgverlener voorafgaandelijk eAgreement heeft gebruikt voor deze verstrekking

7. Facturatie buiten derdebetaler (eAttest)

De dienst eAttest laat elke toegelaten instelling of zorgverlener toe om het bestand van getuigschrift voor verstrekte hulp, op elektronische wijze, via netwerk, over te maken aan de verzekeringsinstellingen.

Deze dienst is synchroon beschikbaar via service web (sso eHealth).

Voor de sectoren die beschikken over de dienst eAgreement, is de toegang tot de dienst eAttest slechts mogelijk voor een bepaalde verstrekking als de zorgverlener voorafgaandelijk eAgreement heeft gebruikt voor deze verstrekking

8. Globaal Medisch Dossier (hierna « GMD »)

Het luik 'GMD' omvat drie diensten :

- Het beheer van het GMD eigenlijk : Het betreft de elektronische verzending van de kennisgevingen van houder van GMD door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling en de elektronische antwoorden van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener, evenals de verzending door de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener van de verlengingen van GMD recht en van het afsluiten van GMD recht.
- De raadpleging van de identiteit van de GMD houder van een patiënt door de zorgverlener en het antwoord van de verzekeringsinstelling.
- De raadpleging door een huisarts van de lijst patiënten waarvoor hij GMD houder is, en het antwoord van de verzekeringsinstellingen.

8.1. Beheer van het GMD

De verzending van een kennisgeving laat de huisarts toe om aan de verzekeringsinstelling te kennen te geven dat hij de GMD houder van de patiënt wordt. Deze kennisgeving staat los van het al dan niet uitbetalen van het GMD. Deze dienst is beschikbaar in synchrone modus (onmiddellijk antwoord).

Dit laat de arts toe om de GMD houder te worden zelfs als een andere arts, in het verleden GMD houder van de patiënt, reeds het GMD uitbetaald kreeg voor deze patiënt voor het lopend jaar.

Specifieke situatie :

Wanneer een nieuwe huisarts de GMD houder wordt terwijl de patiënt reeds een GMD heeft bij een andere huisarts zal dit het GMD bij de andere huisarts 'afsluiten'. Indien deze andere huisarts via MyCareNet werkt zal hij automatisch een elektronisch bericht ontvangen betreffende het afsluiten van dit GMD.

De kennisgeving van 'afsluiten' zal worden verzonden in de volgende situaties :

- Opening van een GMD
- Overnemen van een GMD

8.2. Raadpleging van het GMD recht

Deze dienst biedt de arts de mogelijkheid om de GMD houder van de patiënt te kennen of het feit dat er geen GMD houder is. Een arts kan enkel een raadpleging GMD doen voor een patiënt waarmee de arts een therapeutische relatie heeft.

De arts kan het GMD recht van de patiënt raadplegen via zijn eigen applicatie of via een Web applicatie. De arts krijgt het antwoord onmiddellijk (synchrone mode).

8.3. Raadpleging van de lijst van patiënten

De arts vraagt om de lijst te bekomen van alle patiënten waarvoor hij de GMDhouder is. Als antwoord geeft elke verzekeringsinstelling de lijst van patiënten van de huisarts, aangesloten bij hun VI, alsook bepaalde informatie over de GMD-betalingen die uitgevoerd werden voor het lopende jaar.

9. Hoofdstuk IV

Het luik 'Akkoorden adviserend artsen – geneesmiddelen hoofdstuk IV' omvat twee diensten : de aanvragen van akkoord hoofdstuk IV en de raadplegingen van akkoorden hoofdstuk IV.

9.1. Aanvraag akkoord hoofdstuk IV

Het betreft de elektronische verzending van akkoordaanvragen door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling voor de geneesmiddelen uit hoofdstuk IV die afgeleverd moeten worden aan de patiënt overeenkomstig het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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 de elektronische antwoorden van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener.

Deze dienst is beschikbaar in productie voor voorschrijvende artsen in een ambulante omgeving en in een ziekenhuisomgeving. De akkoordaanvraag is een dienst beschikbaar via zijn software of via de webtoepassing. Sommige aanvragen (zonder bijlage) zullen onmiddellijk kunnen worden "toegekend" of "geweigerd" (synchroon). De voorschrijvend arts zal dan zijn antwoord ontvangen in de seconden die volgen. Voor andere aanvragen zal een manuele interventie van de adviserend arts nodig zijn (bv.: analyse van de bijlagen). In dat geval zal de verzekeringsinstelling onmiddellijk een bericht sturen naar de voorschrijvende arts om hem mee te delen dat de aanvraag later verwerkt zal worden door de adviserend arts.

Voor de aanvragen die geanalyseerd moeten worden door de adviserend arts persoonlijk, wordt in de volgende dagen een antwoord verstuurd naar de voorschrijvende arts via MyCareNet. In alle gevallen zal de beslissing per brief opgestuurd worden naar de patiënt.

9.2. Raadpleging van akkoorden hoofdstuk IV

Een zorgverlener kan een raadpleging hoofdstuk IV aanvragen voor een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft op basis van:

- een datum. In dat geval zal hij alle akkoorden krijgen die beantwoorden aan zijn aanvraag en die geldig zijn tijdens (een deel van) de periode van twee jaar die loopt vanaf de gevraagde datum.
- een periode. In dat geval zal hij alle akkoorden krijgen die beantwoorden aan zijn aanvraag en die geldig zijn tijdens (een deel van) de gevraagde periode. Die periode moet beperkt worden tot twee jaar maar zij kan volledig in het verleden liggen.

Deze dienst is louter beschikbaar in synchrone modus.

10. Dienst e-Agreement

De dienst « e-Agreement » heeft als doel om het proces van akkoordaanvraag te digitaliseren. Een zorgverlener kan alsdan een nieuwe aanvraag indienen, de verlenging van een bestaand akkoord aanvragen, een ingediende aanvraag annuleren of de lijst van aanvragen en akkoorden met betrekking tot een patiënt raadplegen. Deze dienst laat ook toe om van de verzekeringsinstellingen de medische beslissing (akkoord of weigering) te ontvangen nadat de verzekeringsinstelling eventueel een bijkomende informatie heeft gevraagd. In voorkomend geval, zal de zorgverlener er gevolg aan kunnen geven via deze dienst door zijn aanvraag te argumenteren.

Rechten en verplichtingen van de partijen

- Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen :
 - De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe om de meest actueel beschikbare informatie te verstrekken.
 - De verzekeringsinstellingen zijn verplicht om de gegevens ter beschikking te stellen die de zorgverleners nodig hebben om hun prestaties correct te kunnen factureren.
- Rechten en verplichtingen van de zorgverleners :
 - De zorgverlener verbindt zich ertoe om enkel de gegevens aan te vragen en te verwerken voor de patiënten die hij effectief behandelt en dit met als enige finaliteit de facturatie van de geneeskundige verstrekkingen. Bijgevolg verbindt de zorgverlener er zich toe om effectief terugbetaalbare zorgen te attesteren voor de patiënten voor de welke hij/zij de gegevens heeft aangevraagd.
 - De zorgverlener behandelt de gegevens strikt vertrouwelijk en draagt deze niet over aan andere zorgverleners of aan derden.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 10 juli 2023

De leidend ambtenaar,

De Voorzitster,

Mickaël Daubie
Directeur-generaal geneeskundige verzorging

Anne Kirsch

Bijlage 2 bij de Verordening van 10 juli 2023 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 - Matrix van diensten per categorie van zorgverleners

Diensten	Gegevens van het lid								GMD			Raadpleging van de tarieven	e-Fact	E-Attest	Hoofdstuk IV		Beheer van hospitalisatie	e-Agreement	Documenten verpleegkundigen	
	verzekerbaarheid	MAF	Referentie apotheker	Statut gehospitaliseerde	Abonnee medisch huis	Palliatief statut	Statut chronische aandoening	Raadpleging van houder	Beheer	Lijst van patiënten	Anvrag				Raadpleging					
Sectoren																				
Bandagisten	X							X												
Tandartsen	X			X				X							X					
Diëtisten	X																			
Ziekenhuizen	X	X		X	X			X	X					X	X	X	X			X
Verpleegkundigen	X			X	X			X	X					X	X					X
Kinesitherapeuten	X			X	X			X	X					X	X					X
Laboratoria	X			X				X						X						
Logopedisten	X																			
Psychiatrische verzorgingstehuizen	X			X												X				
Medische huizen	X			X	X			X	X					X	X					X
Artsen	X			X	X			X	X	X			X	X	X	X	X	X		
Tarifieringsdiensten	X			X				X						X						
Opticiens	X												X							
Audiciens	X												X							
Orthopedisten	X												X							
Apothekers	X	X		X				X					X							
Podologen	X												X							
Wachtposten	X			X									X							
Vroedvrouwen	X			X									X							
Ambulancediensten	X												X							

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 10 juli 2023

De leidend ambtenaar,
Mickaël DaubieDe Voorzitter,
Anne Kirsch