

<p>Informatieveiligheidscomité Kamer sociale zekerheid en gezondheid</p>
--

IVC/KSZG/20/352

BERAADSLAGING NR. 11/052 VAN 19 JULI 2011, GEWIJZIGD OP 3 JULI 2018 EN OP 1 SEPTEMBER 2020, BETREFFENDE DE MEDEDELING VAN PERSOONSGEGEVENS DIE DE GEZONDHEID BETREFFEN TUSSEN ZORGVERLENERS EN TARIFERINGSDIENSTEN ENERZIJS EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN ANDERZIJS MET HET OOG OP HET BEPALEN VAN HET VERZEKERBAARHEIDSSSTATUUT VAN DE BETROKKEN PATIËNTEN EN DE BEREKENING VAN HET TOEPASSELIJK TARIEF IN HET KADER VAN DE DERDEBETALERSREGELING OF DE TENLASTENEMING VAN DE ZORG DOOR HET OCMW, EN MET HET OOG OP HET VERMIJDEN VAN EEN DUBBELE TENLASTENEMING VAN BEPAALDE KOSTEN VAN ZIEKENHUISOPNAMES

Het Informatieveiligheidscomité, kamer sociale zekerheid en gezondheid (hierna “het Comité” genoemd);

Gelet op de Verordening (EU) nr. 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* (Algemene Verordening Gegevensbescherming of AVG);

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*;

Gelet op de wet van 5 september 2018 *tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG*, in het bijzonder artikel 97;

Gelet op de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid;

Gelet op de wet van 3 december 2017 *tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit*, in het bijzonder artikel 114, gewijzigd bij de wet van 25 mei 2018;

Gelet op het auditoraatsrapport van 2 juli 2018 en van 11 augustus 2020;

Gelet op het verslag van de heer Bart Viaene;

Beslist op 1 september 2020, na beraadslaging, als volgt:

I. VOORWERP

A. BEPALING VERZEKERBAARHEIDSSSTATUUT EN BEREKENING VAN HET TOEPASSELIJK TARIEF IN HET KADER VAN DE DERDEBETALERSREGELING

1. In de derdebetalersregeling keert de verzekeringsinstelling (VI) het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in de kostprijs van de honoraria van de betrokken zorgverlener – het gaat daarbij zowel om natuurlijke personen (geneesheren, verpleegkundigen, apothekers,...) als om entiteiten (algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, laboratoria, groeperingen van geneesheren, groeperingen van verpleegkundigen, apotheken, artsen-vennootschappen,...) – rechtstreeks aan deze laatste uit. De sociaal verzekerde dient dit bedrag bijgevolg niet zelf meer voor te schieten maar dient aan de zorgverlener enkel nog het zogenaamde remgeld te betalen.
2. De toepassing van de derdebetalersregeling veronderstelt evenwel dat de betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van het verzekeraarstatuut van hun patiënten. Daartoe werd door het Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een toepassing ontwikkeld aan de hand waarvan zij dit verzekeraarstatuut op een beveiligde wijze kunnen controleren en aldus op een correcte wijze het nog door de patiënt te betalen bedrag kunnen berekenen. Deze toepassing heeft eveneens tot doel om een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames te vermijden.
3. Aan de hand van een andere toepassing kunnen de zorgverleners overgaan tot het raadplegen van het tarief dat zij, rekening houdend met het verzekeraarstatuut van de patiënt, mogen aanrekenen.
4. Artikel 165 van de wet *betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt dat, indien de tegemoetkoming van de VI in de kosten van verstrekkingen gedaan door apothekers niet rechtstreeks door de VI aan de gerechtigden wordt gestort, alle tarifieringsverrichtingen en alle betalingen van de VI voor farmaceutische verstrekkingen verplicht worden gedaan via erkende tarifieringsdiensten.

Apothekers zijn aldus verplicht aangesloten bij een tarifieringsdienst. De tarifieringsdiensten komen ten behoeve van de apothekers tussen bij de administratieve verwerking van de farmaceutische verstrekkingen door de VI. Zij kunnen worden beschouwd als verplichte tussenpersonen in de verhouding tussen de apothekers en de VI en dienen in die hoedanigheid gebruik te kunnen maken van bepaalde persoonsgegevens indien de facturatie door de VI in kwestie verworpen wordt (dat gebeurt slechts in uitzonderlijke gevallen). Het weze evenwel duidelijk dat de tarifieringsdiensten de eventueel bekomen persoonsgegevens enkel voor dat doeleinde – met uitsluiting van elk ander doeleinde – mogen aanwenden. Ze mogen de persoonsgegevens met andere woorden enkel verwerken voor zover dat

noodzakelijk is om de administratieve afhandeling van farmaceutische verstrekkingen tussen apothekers en VI tot stand te brengen.

5. Wat de klinisch psychologen of orthopedagogen betreft, heeft het verzekeringscomité van het RIZIV een overeenkomst goedgekeurd waarbij de terugbetaling wordt geregeld van de eerstelijnspsychologiebehandelingen door klinisch psychologen of orthopedagogen. De behandelingen vinden in hun praktijk in het werkingsgebied van het netwerk plaats. Om de sessies te kunnen aanbieden, moeten de klinisch psychologen of orthopedagogen een overeenkomst hebben afgesloten met het netwerk van de regio van hun praktijk.

Eén ziekenhuis per netwerk factureert de psychologiebehandelingen. De klinisch psychologen en orthopedagogen delen de details van de sessies die ze hebben gerealiseerd mee aan het ziekenhuis dat is belast met de facturatie binnen hun netwerk. Het ziekenhuis betaalt de tussenkomst van de verzekering in de sessies aan de klinisch psychologen en orthopedagogen.

Het persoonlijk aandeel in de behandeling door de klinisch psycholoog of orthopedagoog wordt echter aan de patiënt aangerekend.. Enkel zij die een overeenkomst met het netwerk van hun regio hebben afgesloten, krijgen hun prestaties terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering en zouden in dat kader beperkt toegang moeten krijgen tot de verzekerbaarheidsgegevens van hun patiënten.

6. De verschillende toepassingen zullen aan de hand van het meegedeelde INSZ in een door het Nationaal Intermutualistisch College beheerde persoonsgegevensbank nagaan bij welke verzekeringsinstelling de betrokken patiënt is aangesloten. Bij de verificatie van het verzekerbaarheidsstatuut, is het evenwel mogelijk dat de betrokken zorgverlener zelf bij het verrichten van de aanvraag reeds de betrokken VI aanduidt.
7. Wat de verificatie van de verzekerbaarheid betreft, verzendt de zorgverlener of de tarifieringsdienst door middel van de betreffende toepassing een elektronisch bericht dat, behalve enkele administratieve gegevens met betrekking tot het elektronisch bericht zelf, volgende persoonsgegevens aangaande de betrokkene bevat:
 - het identificatienummer van de sociale zekerheid;
 - een referentienummer toegekend door de aanvrager aan zijn aanvraag;
 - het identificatienummer van de VI (indien gekend);
 - het inschrijvingsnummer bij de VI;
 - het type van consultatie (informatief of in het kader van facturatie);
 - het type van contact (indien de aanvrager een ziekenhuis of polikliniek is: ambulatoire zorgen, daghospitalisatie of elders gehospitaliseerd);
 - de begin- en einddatum van de geraadpleegde periode (voor andere zorgverleners dan apothekers);
 - datum van de aanvraag/aflevering (enkel voor apothekers).
8. Na ontvangst van de aanvraag, maken de VI een antwoord over dat verschilt naar gelang de aard van de aanvrager.

9. Het elektronisch bericht dat door een VI aan een apotheker of een tarifieringsdienst wordt overgemaakt bevat, behalve enkele administratieve gegevens met betrekking tot het elektronisch bericht zelf, volgende persoonsgegevens:

Identificatiegegevens van de betrokkene:

- het identificatienummer van de sociale zekerheid;
- de naam, de voornaam en het geslacht, de geboortedatum en –in voorkomend geval– de datum van overlijden.

Persoonsgegevens met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van de patiënt:

- status code (facturatie mogelijk, facturatie niet mogelijk wegens individueel probleem, facturatie niet mogelijk wegens probleem met het systeem);
- het identificatienummer van de VI¹;
- datum van de aanvraag/aflevering;
- einddatum van dekking;
- de code gerechtigde 1 en 2;
- derdebetalersregime (niet van toepassing, niet-preferentieel of preferentieel) op de datum van de aanvraag;
- datum van de mededeling;
- het referentienummer naar de aanvraag;
- het nummer van het betrokken akkoord inzake de betalingsverbintenis;
- een code ter verificatie door de VI van het akkoord inzake de betalingsverbintenis;
- de identificatienummers van de VI in geval van dubbele of drievoudige aansluiting;
- MAF-statuut.

Persoonsgegevens met betrekking tot het zorgtraject² van de patiënt met een chronische ziekte (diabetes type 2 of nierinsufficiëntie):

- het type zorgtraject (diabetes type 2 of chronische nierinsufficiëntie);
- het RIZIV-nummer van de huisarts die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend;
- het RIZIV-nummer van het medisch huis waarvan de arts het zorgtrajectcontract heeft ondertekend;
- het RIZIV-nummer van de arts-specialist die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend;
- de begindatum van het recht op voordelen verbonden met het zorgtraject;
- de einddatum van het zorgtrajectcontract;
- de einddatum van het recht op voordelen verbonden met het zorgtraject.

Persoonsgegevens met betrekking tot het statuut van chronische ziekte³

¹ De zorgverlener dient op de hoogte te zijn van de identiteit van de bevoegde VI waarbij betrokkene is aangesloten tijdens de geraadpleegde periode vermits hij zich voor het aanrekenen van de geleverde verzorging in geval van toepassing van de derdebetalersregeling rechtstreeks tot de VI van de betrokkene dient te richten.

² In artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, wordt het zorgtraject als volgt gedefinieerd: “de georganiseerde tenlasteneming van een chronische patiënt met een welbepaalde pathologie op basis van een “zorgtrajectcontract” waarin ... de modaliteiten van de samenwerking tussen de huisarts, de geneesheer-specialist en de rechthebbende zijn bepaald met het oog op het realiseren van verbintenissen en gepersonaliseerde doelstellingen die gestoeld zijn op evidence based aanbevelingen van goede praktijk”.

- het jaar (de jaren) waarin de sociaal verzekerde van het statuut van chronische ziekte geniet en dat (die) is (zijn) vervat in de gevraagde raadplegingsperiode.

Persoonsgegevens met betrekking tot de huisapotheker⁴:

- het RIZIV-nummer van de officina waarmee de overeenkomst van huisapotheker werd afgesloten;
- de datum waarop de overeenkomst huisapotheker werd afgesloten (prestatiedatum van de CNKi).

In principe heeft elke patiënt het recht om een huisapotheker te kiezen. Overeenkomstig de zeventigste wijziging van 11 juli 2017⁵ betreffende de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen betaalt de ziekteverzekering de prestatie van de “huisapotheker” echter alleen terug voor chronische patiënten:

- die zich tot een officina-apotheek wenden (met uitzondering van de patiënten die in een rustoord of in een rust- en verzorgingstehuis verblijven)
- en voor wie is vastgesteld dat in dezelfde apotheek minstens 5 verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (dat wil zeggen minstens 5 verschillende werkzame bestanddelen) zijn afgeleverd over een periode van 1 jaar, waarvan minstens 1 geneesmiddel voor een chronische behandeling (dat wil zeggen minstens 160 Defined Daily Doses die in de loop van de laatste 12 maanden zijn afgeleverd).

In die doelgroep zijn 4 subgroepen als prioritair te beschouwen:

- de patiënten die het statuut van ‘chronisch zieke’ hebben, met een globaal medisch dossier;
- de patiënten die in een voortraject diabetes zijn opgenomen en recht hebben op een educatie door de huisapotheker of door een apotheker die zijn activiteit in dezelfde officina-apotheek als de huisapotheker uitoefent;
- de gepolymediceerde patiënten (die minstens 5 chronische geneesmiddelen in 1 jaar innemen);

³ Koninklijk besluit van 12 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Dankzij het statuut van persoon met een chronische ziekte geniet de patiënt automatisch van voordelen zoals de derde betaler of een vermindering van het plafond van het remgeld in het kader van de minimumfactuur. Het statuut wordt toegekend:

- automatisch aan de patiënt die belangrijke uitgaven heeft voor geneeskundige verzorging of aan de rechthebbende op de forfaitaire toelage chronisch zieken. Het statuut wordt in dat geval voor 2 jaar toegekend en wordt nadien telkens voor één jaar verlengd.

- op basis van een medisch attest dat aan het ziekenfonds moet worden overgemaakt voor een patiënt met een zeldzame ziekte of weesziekte die belangrijke uitgaven voor geneeskundige verzorging heeft. In dat laatste geval wordt het statuut voor een periode van 5 jaar toegekend die kan worden verlengd.

⁴ De opdracht van de huisapotheker bestaat erin een globaal overzicht te hebben over alle geneesmiddelen van de patiënt; een medicatieschema ter beschikking te stellen van de patiënt en van de betrokken zorgverleners; een persoonlijke begeleiding te verzekeren aan de patiënt die is aangepast aan zijn specifieke behoeften; met de huisarts en de andere zorgverleners samen te werken en als contactpersoon op te treden voor bijkomende informatie over de medicatie van de patiënt.

http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_apothekers_Wijzigingsclausule37.pdf

- de patiënten voor wie een specifieke nood aan opvolging van de farmaceutische zorg bestaat of die aan die nood uiting geven, als gevolg van specifieke pathologieën of fysiologische toestanden, van (potentiële) iatrogene risico's, van het (vermoedelijk) gebrek aan therapietrouw voor de medicamenteuze behandeling of van een specifieke nood aan begeleiding om sociale redenen.

10. Het elektronisch bericht dat door een VI aan een klinisch psycholoog of orthopedagoog wordt overgemaakt bevat, behalve enkele administratieve gegevens met betrekking tot het elektronisch bericht zelf, volgende persoonsgegevens:

Identificatiegegevens van de betrokkene:

- het identificatienummer van de sociale zekerheid;
- de naam, de voornaam en het geslacht, de geboortedatum en in voorkomend geval de datum van overlijden.

Persoonsgegevens met betrekking tot de verzekeraar van de patiënt:

- het identificatienummer van de VI;
- de code KG1 en KG2;
- de datum van de mededeling;
- het ziekenfonds.

11. Het elektronisch bericht dat door een verzekeringsinstelling (VI) aan een andere zorgverlener dan een apotheker, een klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog wordt overgemaakt, bevat, behalve enkele administratieve gegevens met betrekking tot het elektronisch bericht zelf, volgende persoonsgegevens:

Identificatiegegevens van de betrokkene:

- het identificatienummer van de sociale zekerheid;
- de naam, de voornaam en het geslacht, de geboortedatum en –in voorkomend geval– de datum van overlijden.

Herhaling van een aantal in de aanvraag opgenomen persoonsgegevens:

- het referentienummer naar de aanvraag;
- het type van consultatie (informatief of in het kader van facturatie);
- het type van contact (indien de aanvrager een ziekenhuis of polikliniek is: ambulatoire zorgen, daghospitalisatie of elders gehospitaliseerd);
- de begin- en einddatum van de geraadpleegde periode.

Persoonsgegevens met betrekking tot de situatie van de betrokkene:

- de aanduiding van de globale situatie van de betrokkene tijdens de geraadpleegde periode, meer bepaald: normale situatie, een mutatie naar een andere verzekeringsinstelling, meerdere specifieke situaties tijdens de geraadpleegde periode, het dossier van de betrokkene is afgesloten (door overlijden, mutatie, of onbepaalde reden) of het dossier van de betrokkene is geopend na afloop van de geraadpleegde periode;

- (in voorkomend geval) de datum van de mutatie naar aan andere VI, de identificatie van de oorspronkelijke verzekeringinstelling en van de nieuwe VI, en de datum van de aansluiting bij een VI;
- de toepassing van de uitzondering op het verbod van de toepassing van de derdebetalersregeling;
- het RIZIV-nummer van het ziekenhuis waar de patiënt is gehospitaliseerd indien de zorgen worden verleend in een ander ziekenhuis voor ambulante of technische zorgen dan het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, evenals de datum en dienst van opname van het betreffende ziekenhuis⁶.

Persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur⁷: het meest recente in de geraadpleegde periode gelegen jaar waarin de patiënt recht heeft op de maximumfactuur, aangevuld met de overige in de geraadpleegde periode gelegen jaren waarin de patiënt recht heeft op de maximumfactuur.

Persoonsgegevens met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van de patiënt⁸:

- de begin- en einddatum van de periode van verzekeraarbaarheid;
- de identificatie van de VI;
- de codes gerechtigde 1 en 2;
- het nummer van het betrokken akkoord inzake de betalingsverbintenis;
- datum van mededeling.

Bijkomende persoonsgegevens. Het is mogelijk dat de patiënt voor de geraadpleegde periode geniet van een overeenkomst met een medisch huis. De medische huizen ontvangen voor elke patiënt die bij hen op basis van een abonnement is ingeschreven een forfaitair bedrag dat de prestaties dekt van de geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten van het medisch huis. De prestaties van deze categorieën van zorgverleners zijn dus niet meer individueel vergoedbaar voor de abonnees van een medisch huis. De zorgverlener die in het kader van de derdebetalersregeling zijn prestaties zou aanrekenen aan de VI van een abonnee van een medisch huis zal zich dus gesteld zien tegenover een weigering van terugbetaling. De geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten dienen dus

⁶ Tijdens een verblijf in ziekenhuis A kan het voorkomen dat een patiënt een onderzoek of een behandeling dient te ondergaan in ziekenhuis B, waarna hij op dezelfde dag terugkeert naar ziekenhuis A. Ziekenhuis B zal dit bedrag dan aanrekenen maar zal bij facturatie ook ziekenhuis A dienen te vermelden, de dag van opname en het type van ziekenhuisdienst waarin betrokkene verblijft.

⁷ De persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur zijn nodig in de gevallen waarin de zorgverlener deze informatie ook aan de verzekerde patiënt dient over te maken zodat deze laatste een volledig beeld zou hebben van de facturatiegegevens die hem betreffen, met name in geval van hospitalisatie, en in de gevallen waarin de reglementering zou voorzien dat hij de aanrekening van zijn prestaties overeenkomstig deze informatie dient aan te passen. Deze gegevens worden eveneens aangewend om een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames te vermijden.

⁸ Deze gegevens zijn voor de zorgverlener noodzakelijk met het oog op het verifiëren dat de aanrekening wel degelijk kan gebeuren en met het oog op het bepalen van het gedeelte van de kost van de verzorging dat ten laste valt van de VI en van de verzekerde. Aan de hand van de CG1 en de CG2 kan een onderscheid worden gemaakt tussen de verzekeraarbaarheid voor *grote risico's* en de verzekeraarbaarheid voor *kleine risico's*. De CG1 en CG2 omvatten informatie over het recht op verzekeraarbaarheid (respectievelijk voor grote en kleine risico's), de hoedanigheid van de verzekerde en de hoogte van de tegemoetkoming (verhoogde tegemoetkoming of gewone tegemoetkoming).

geïnformeerd te worden over het bestaan van een overeenkomst met een medisch huis. In voorkomend geval wordt in het antwoordbericht de begin- en einddatum van de overeenkomst vermeld. Voor bepaalde categorieën van verzekerden – bijvoorbeeld zij die in aanmerking komen voor het zorgforfait voor chronisch zieken – kunnen geen honorariumsupplementen aangerekend worden wanneer zij bij hospitalisatie verblijven in een tweepersoonskamer of in een gemeenschappelijke kamer. De VI dient dit persoonsgegevens derhalve bij opname aan het ziekenhuis over te maken.

Persoonsgegevens met betrekking tot het zorgtraject van een patiënt met een chronische ziekte:

- het type zorgtraject (diabetes type 2 of chronische nierinsufficiëntie);
- het RIZIV-nummer van de huisarts die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend;
- het RIZIV-nummer van het medisch huis waarvan de arts het zorgtraject heeft ondertekend;
- het RIZIV-nummer van de arts-specialist die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend;
- de begindatum van het recht op voordelen verbonden met het zorgtraject;
- de einddatum van het zorgtrajectcontract;
- de einddatum van het recht op voordelen verbonden met het zorgtraject.

Persoonsgegevens met betrekking tot het statuut chronische aandoening:

- het jaar (de jaren) waarin de sociaal verzekerde van het statuut van chronische ziekte geniet en dat (die) is (zijn) vervat in de gevraagde raadplegingsperiode.

Persoonsgegevens met betrekking tot de huisapotheker:

- het RIZIV-nummer van de officina waarmee de overeenkomst van huisapotheker werd afgesloten;
- de datum waarop de overeenkomst huisapotheker werd afgesloten (prestatiedatum van de CNKi).

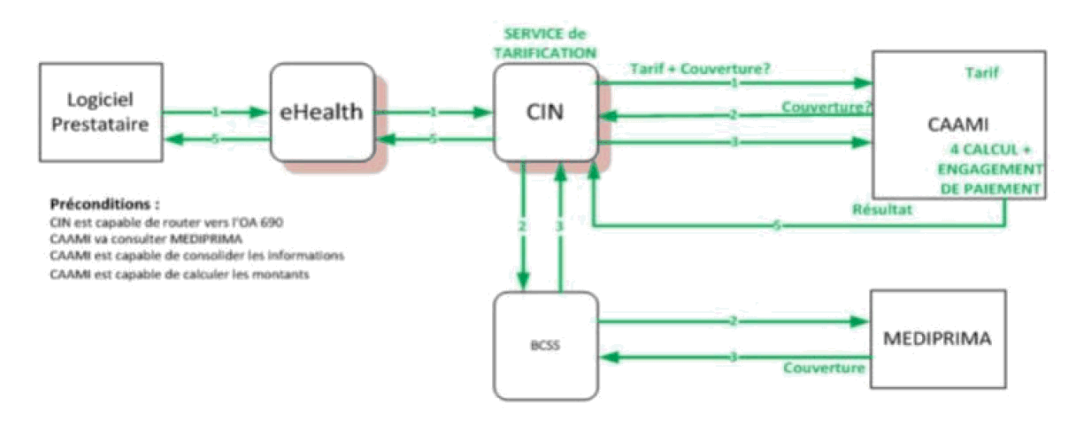
12. Voor het achterhalen van het toepasselijk tarief, verzendt de zorgverlener door middel van de ontwikkelde toepassing een elektronisch bericht dat volgende persoonsgegevens bevat:
 - het INSZ van de patiënt
 - het INSZ van de geneesheer aanvrager
 - de datum van de prestatie
 - een of meerdere nomenclatuurcodes waarvoor de geneesheer het tarief wenst te kennen
 - indien van toepassing, het RIZIV nummer van de GMD-houder
 - indien van toepassing, de specifieke reden om de derdebetalersregeling voor de patiënt te kunnen toepassen (financiële situatie, georganiseerde wachtdienst, ...)
13. Het elektronisch bericht dat door een VI bij wijze van antwoord terugstuurt, bevat volgende persoonsgegevens:
 - identificatie van de patiënt (INSZ, naam, voornaam, geboortedatum, geslacht, code gerechtigde 1/2)
 - met betrekking tot het toepasselijk tarief:
 - de gevraagde nomenclatuurcode
 - het honorarium (wettelijk bepaald bedrag voor de prestatie)
 - het door de VI te betalen bedrag

- het remgeld (het door de patiënt persoonlijk te betalen bedrag)
 - het nummer van het betrokken akkoord inzake de betalingsverbintenis
 - de reden voor het toepassen van de derdebetalersregeling
14. Teneinde de tarieven te berekenen, zal de VI rekening houden met volgende informatie :
- betreffende de geneesheer alsook de groepspraktijk (kwalificatie, accreditatie, GMD-houder)
 - betreffende de patiënt (GMD, zorgtraject, palliatieve patiënt, leeftijd, chronische ziekte, terugbetalingsregime)
 - betreffende de prestatie (nomenclatuurcode, datum van de prestatie)
15. Voor de berekening van het tarief zal de VI geen rekening houden met volgende informatie : eventuele hospitalisatie, cumulregels, kruiscontroles, maxima, algemene nomenclatuurregels, MAF, ... Een herevaluatie van de controle a posteriori blijft mogelijk. Geen enkel tarief zal worden meegedeeld indien de patiënt is verbonden aan een medisch huis en de prestatie wordt gedekt door de betreffende overeenkomst.

B. CONSULTATIE VAN HET TOEPASSELIJK TARIEF IN HET KADER VAN DE TENLASTENEMING VAN DE ZORG DOOR HET OCMW

16. De afdeling sociale zekerheid van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid heeft bij beraadslaging nr. 12/021 van 6 maart 2012 de machtiging verleend voor de uitwisseling van persoonsgegevens in het kader van het project inzake de elektronische beslissing van tenlasteneming van de zorg door OCMW's eCarmed (nu 'Mediprima' genoemd).
17. Door middel van het project worden volgende doelstellingen nagestreefd:
- de informatisering van de beslissing van tenlasteneming van de zorg, die uitgereikt wordt door het OCMW en waarbij het OCMW zich ertoe verbindt de totaliteit of een gedeelte van de medische kosten van personen in financiële moeilijkheden op zich te nemen, overeenkomstig de reglementaire modaliteiten;
 - de overdracht naar de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), in plaats van de OCMW's, van de betaling van de tegemoetkoming door de Staat in de tenlasteneming van medische kosten voor de personen die ten laste zijn van de OCMW's en in aanmerking komen voor een dergelijke tegemoetkoming;
 - de optimalisering van de controles door de HZIV door systematische controles van de facturen die ze ontvangt en het bestaan van een gecentraliseerde database waardoor het onmogelijk wordt om nog tegelijkertijd verschillende tegemoetkomingen voor medische kosten aan te vragen voor eenzelfde persoon bij verschillende OCMW's.
18. Teneinde zorgverleners toe te laten het correcte remgeld aan te rekenen aan de patiënten die gedekt zijn door een beslissing van tenlasteneming van de zorg door OCMW's, werd een webservice ontwikkeld door het Nationaal Intermutualistisch College. Op basis van de informatie aangeleverd door de zorgverlener en de informatie waarover de HZIV zelf beschikt en de beslissingen van tenlasteneming door een OCMW geregistreerd op het niveau van Mediprima, zal de HZIV het toepasselijke tarief berekenen.

19. De zorgverlener of de zorginstelling dient hiertoe via de webservice volgende persoonsgegevens mee te delen:
- de datum van de prestatie
 - het INSZ
 - één of meerdere nomenclatuurcodes waarvoor de geneesheer het tarief wil weten
 - de referentie en versie van het elektronisch bericht
20. De zorgverlener ontvangt vervolgens volgende informatie vanwege de HZIV:
- de identificatie van de patiënt (INSZ, naam, voornaam, geboortedatum en geslacht)
 - het toepasselijk tarief per nomenclatuurcode:
 - o de gevraagde nomenclatuurcode
 - o de datum van de prestatie
 - o het ereloon
 - o het remgeld
 - o het nummer van de toekenning van het betalingsengagement
 - o terugbetalingsbedrag POD Maatschappelijke Integratie
 - o terugbetalingsbedrag OCMW
 - o identificatie van het OCMW
 - o de referentie en de versie van het elektronisch bericht
 - o indicatie van de nood van een attest Dringende Medische Hulpverlening
21. De gegevensstromen verlopen als volgt:



stap 1 : Vanuit het softwarepakket van de zorgverlener wordt via de webservice 'Consultation Mediprima' een verzoek tot consultatie van het aan te rekenen tarief in het kader van Mediprima voor een bepaald persoon verzonden aan het HZIV/CAAMI. Het eHealth-platform komt hierbij tussen voor de verificatie van de identiteit van de gebruiker waarbij de coördinatie van de deelprocessen via de Enterprise Service Bus (ESB) van het eHealth-platform verloopt. Het verzoek komt toe bij het Nationaal Intermutualistisch College (NIC/CIN) dat als overkoepelend orgaan van de verzekeringstellingen het verzoek via het geëigende kanaal, NIPPIN, doorstuurt naar de betrokken verzekeringsinstelling, meer bepaald het HZIV/CAAMI.

stappen 2 en 3: Het HZIV verzendt een verzoek tot consultatie van de databank met beslissingen betreffende de tenlasteneming van zorg door een OCMW met tussenkomst van het NIC/CIN en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid (KSZ). Via omgekeerde weg wordt het antwoord aan het HZIV/CAAMI verzonden.

stap 4: Aan de hand van het antwoord berekent het HZIV/CAAMI het tarief en bevestigt al dan niet het engagement om de kosten te dekken.

stap 5: Het resultaat van de berekening en het engagement worden verzonden naar het NIC/CIN en worden met tussenkomst van het eHealth-platform via de webservice aan de betrokken zorgverlener overgemaakt.

II. BEHANDELING VAN DE AANVRAAG

A. BEVOEGDHEID

22. Overeenkomstig artikel 42, §2, 3°, van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid is de afdeling gezondheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid, met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, bevoegd voor het verlenen van een principiële machtiging met betrekking tot elke mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen in de zin van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens⁹.
23. Aan de hand van de identiteit van de aanvrager en/of de nomenclatuurcode van de verrichte prestatie zouden in principe persoonsgegevens die de gezondheid betreffen met betrekking tot de betrokkene wiens verzekeraarheid wordt geconsulteerd of voor wie de berekening van het toepasselijk tarief wordt aangevraagd, kunnen worden afgeleid, bijvoorbeeld indien de aanvrager een zorginstelling of zorgverlener is met een specifieke medische specialisatie of indien de prestatie met een bepaalde medische aandoening is verbonden. Derhalve dient de verwerking van hogervermelde persoonsgegevens als een mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen worden gekwalificeerd.
24. Overeenkomstig artikel 15, §1, tweede lid, van de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid* vereist de mededeling van persoonsgegevens van sociale aard door de verzekeringinstellingen een principiële machtiging van de afdeling sociale zekerheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid. Echter, ook de mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door verzekeringinstellingen aan zorgverleners, vallen onder de toepassing van artikel 42, §2, 3°, van de wet van 13 december 2006.
25. De huidige beraadslaging beperkt zich dan ook tot de behandeling van de mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen tussen de zorgverleners en

⁹ De mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, is o.a. vrijgesteld van een machtiging indien de mededeling plaatsvindt tussen beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in het kader van de behandeling van de betrokkene, evenals indien de mededeling door of krachtens de wet plaatsvindt, hetgeen *in casu* niet het geval is.

tarifiëringdiensten enerzijds en de VI anderzijds. De mededeling van persoonsgegevens andere dan persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door de verzekeringinstellingen aan de zorgverleners dient het voorwerp uit te maken van een machtiging van de afdeling sociale zekerheid van het sectoraal comité.

B. TOELAATBAARHEID

26. De verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen is in principe verboden, overeenkomstig artikel 9, § 1, van de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (AVG), behalve specifieke uitzonderingen. Het Comité stelt vast dat de mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, voldoet aan de voorwaarden van de uitzonderingen op het voormelde verbod zoals opgenomen in artikel 9, tweede punt b) van de AVG.

C. FINALITEIT

27. Volgens artikel 5, b) van de AVG mogen persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verwerkt.
28. De verwerking van persoonsgegevens beoogt wettige doeleinden, met name:
- de efficiënte toepassing van de derdebetalersregeling, waarbij patiënten het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in de kostprijs van de honoraria van zorgverleners niet zelf vooraf aan deze laatsten hoeven te betalen om het dan later bij de VI te recupereren
 - de efficiënte toepassing van de beslissing tot tenlasteneming van de zorg door het OCMW.
29. Hierbij wordt er eveneens voorzien in het gebruik van de hogervermelde persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur voor een ander doeleinde, met name het vermijden van een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames. De mededeling van de betreffende persoonsgegevens door de verzekeringinstellingen aan de betreffende ziekenhuizen werd in het kader hiervan gemachtigd door de afdeling sociale zekerheid van het Comité bij beraadslaging nr. 07/003 van 9 januari 2007¹⁰, waarbij het wettig doeleinde van de mededeling van de persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur werd bevestigd.

D. PROPORTIONALITEIT

30. In artikel 5, punt 1 c), van de AVG wordt bepaald dat de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en niet overmatig dienen te zijn, uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of waarvoor zij verder worden verwerkt.

¹⁰ www.privacycommission.be.

31. Het Comité stelt vast dat de identificatiegegevens aangaande de betrokken patiënt noodzakelijk zijn met het oog op een eenduidige identificatie van deze laatste.
32. Teneinde de verzekeringinstellingen in de mogelijk te stellen om de informatie betreffende de verzekeraarbaarheidssituatie op te vragen, acht het Comité het inderdaad noodzakelijk dat het identificatienummer van de VI, het inschrijvingsnummer bij de verzekeringsmaatschappij, het type van raadpleging, het type van contact, de begin- en einddatum van de geraadpleegde periode (voor andere zorgverleners dan apothekers) en de datum van de aanvraag/aflevering (enkel voor apothekers) worden meegedeeld. Deze gegevens vormen immers de noodzakelijke raadplegingscriteria.
33. Het systeem van de maximumfactuur heeft tot gevolg dat wanneer het bedrag van de persoonlijke aandelen die de leden van een gezin gedurende een bepaald kalenderjaar ten laste hebben genomen het geldende grensbedrag bereikt, de persoonlijke aandelen die dat grensbedrag overschrijden ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Volgens artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 *betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging* kunnen zorgverleners worden geïnformeerd over de toekenning van de maximumfactuur aan patiënten. Het koninklijk besluit van 13 januari 2014 *tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, wat betreft de apothekers*, dat in werking treedt op 1 januari 2015, bepaalt dienaangaande dat wanneer een apotheker een geneeskundige verstrekking aflevert aan een rechthebbende in een voor het publiek opengestelde apotheek en die rechthebbende geniet van de toekenning van de maximumfactuur voor het jaar waarin de verstrekking wordt afgeleverd, de verzekeringsinstelling van de rechthebbende dit meedeelt aan de apotheker bij de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens. Een apotheker kan aldus bij het afleveren van vergoedbare producten aan de hand van een toepassing nagaan of er al dan niet in hoofde van de patiënt een recht op de maximumfactuur bestaat voor de betrokken periode. Zo kan hij ten opzichte van de patiënt een correcte aanrekening waarborgen.
34. In het elektronische bericht dat als antwoord aan de zorgverleners andere dan de apotheker, de klinisch psycholoog of de klinisch orthopedagoog wordt overgemaakt, worden de identificatie van het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, de opnamedatum van de lopende hospitalisatie en de opnamedienst van de lopende hospitalisatie (gegevens die als persoonsgegevens die de gezondheid betreffen moeten worden beschouwd) enkel opgenomen indien de zorgen worden verleend in een ander ziekenhuis voor ambulante of technische zorgen dan het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen. Tijdens een verblijf in ziekenhuis A kan het voorkomen dat een patiënt een onderzoek of een behandeling dient te ondergaan in ziekenhuis B, waarna hij op dezelfde dag terugkeert naar ziekenhuis A. Ziekenhuis B zal dit bedrag dan aanrekenen maar zal bij facturatie ook ziekenhuis A dienen te vermelden, de dag van opname en het type van ziekenhuisdienst waarin betrokkene verblijft.
35. Wat de berekening van het tarief in het kader van de derdebetalersregeling betreft, acht het Comité het inderdaad noodzakelijk dat de datum van de prestatie, een of meerdere nomenclatuurcodes waarvoor de geneesheer het tarief wenst te kennen, het RIZIV nummer

van de GMD-houder en, indien van toepassing, de specifieke reden om de derdebetalersregeling voor de patiënt te kunnen toepassen (financiële situatie, georganiseerde wachtdienst, ...), worden meegedeeld.

36. Teneinde het NIC en de HZIV in de mogelijkheid te stellen om de informatie betreffende het tarief van de tenlastenneming van de zorg door het OCMW op te vragen, acht het Comité het inderdaad noodzakelijk dat de prestatiedatum, het INSZ of het inschrijvingsnummer bij de verzekeringstelling, de toepasselijke nomenclatuurcodes en de referentie naar Mediprima worden meegedeeld. Deze gegevens vormen immers de noodzakelijke raadplegingscriteria. In het elektronische bericht dat als antwoord aan de zorgverleners wordt overgemaakt, worden de identificatiegegevens van de patiënt evenals de details van het toepasselijke tarief meegedeeld.
37. Het Comité acht de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en niet overmatig uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen.

E. VEILIGHEIDSMATREGELEN

38. Overeenkomstig artikel 5, f) van de AVG moet de aanvrager alle passende technische of organisatorische maatregelen nemen die nodig zijn voor de bescherming van de persoonsgegevens. Deze maatregelen moeten een passend beveiligingsniveau verzekeren, rekening houdend, enerzijds, met de stand van de techniek ter zake en de kosten voor het toepassen van de maatregelen en, anderzijds, met de aard van de te beveiligen gegevens en de potentiële risico's.
39. Bij de hogervermelde toepassingen dient te worden voorzien in een degelijk systeem van identificatie en authenticatie van de gebruikers.
40. De terbeschikkingstelling van de toepassingen dient beperkt te blijven tot de zorgverleners, bedoeld in artikel 2, n), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en hun respectieve mandaathouders, met het oog op het toepassen van de derdebetalersregeling en (voor wat betreft de persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur) het vermijden van een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames. Ook de tarifieringsdiensten dienen ten behoeve van de apothekers toegang te hebben tot de hogervermelde persoonsgegevens. Wat de klinisch psychologen of orthopedagogen betreft die een overeenkomst met het netwerk van hun regio hebben afgesloten, kunnen zij voor de persoonlijke aandelen (beperkt) toegang hebben tot de verzekerbaarheidsgegevens van hun patiënten.
41. Tevens dienen loggings met betrekking tot de raadpleging van de betrokken persoonsgegevens te worden beheerd en ter beschikking gehouden van het Comité. Deze loggings dienen onder andere te vermelden welke zorgverlener of tarifieringsdienst op welk ogenblik over welke patiënt welke soorten persoonsgegevens heeft verkregen voor welke doeleinden.

De loggings dienen het Comité in staat te stellen zijn controleopdracht te vervullen. Ze dienen minstens te worden bijgehouden gedurende een periode van tien jaren.

De toegang tot de loggings dient te worden beperkt tot de veiligheidsconsulenten van de bij de toepassing betrokken instellingen van sociale zekerheid, in opdracht van het Comité of van de leidinggevendenden van de betrokken instellingen van sociale zekerheid. Bij de toegang tot de loggings dient eveneens te worden voorzien in een degelijk systeem van identificatie en authenticatie, bijvoorbeeld aan de hand van de elektronische identiteitskaart.

42. De veiligheidsconsulenten van de bij de toepassingen (“raadplegen van verzekeraarbaarheid” en “raadplegen van tarieven”) betrokken partijen – zowel de veiligheidsconsulenten aangeduid bij de instellingen van sociale zekerheid overeenkomstig de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid als (in voorkomend geval) de veiligheidsconsulenten aangeduid bij de ziekenhuizen overeenkomstig het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd en de veiligheidsconsulenten van de tarifieringsdiensten (overeenkomstig het koninklijk besluit van 15 juni 2001 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de tarifieringsdiensten) – dienen in het kader van hun wettelijke en reglementaire opdrachten toezicht te houden op het gebruik van de toepassing.
43. De mededeling zelf van de persoonsgegevens, aan de hand van de voormelde toepassingen, dient eveneens het voorwerp uit te maken van specifieke beveiligingsmaatregelen.

Er dient een systeem van machtiging tot toegang tot de beide toepassingen te worden aangewend om de beheerder ervan in staat te stellen, enerzijds, om na te gaan of de toegang van de gebruiker gegrond is en, anderzijds, om te beschikken over een structuur die er permanent op toeziet dat de verleende machtigingen zijn afgestemd op de opdrachten van de gebruikers.

Daarenboven dienen de nodige technische en organisatorische maatregelen te worden ingesteld om met zekerheid te kunnen vaststellen welke gebruiker de diensten wanneer voor welke doeleinden gebruikt of gebruikt heeft.

In functie van de gebruikte techniek (in het bijzonder bij het gebruik van webservices) is het noodzakelijk om een systeem te implementeren dat de oorsprong van een bericht en de niet-vervalsing ervan garandeert.

In het kader van uitwisselingen buiten het Extranet van de sociale zekerheid, buiten beveiligde private netwerken erkend door de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid of die niet verlopen via het eHealth-platform, dient gebruik te worden gemaakt van een procédé van end-to-end encryptie.

Op toepassingsniveau is het gebruik van het HTTPS-protocol verplicht.

In het kader van het gebruik van het internet en om het netwerk tegen eventuele externe aanvallen te beschermen, dient de implementatie van een “gemandateerde” server te

worden voorzien. Aldus kunnen de internetgebruikers slechts onrechtstreeks toegang krijgen tot sommige servers binnen de infrastructuur.

44. De onderscheiden ziekenhuizen en tarifieringsdiensten kunnen slechts mededeling van de hogervermelde persoonsgegevens bekomen voor zover zij beschikken over een informatieveiligheidsconsulent (van wie zij de identiteit meedelen aan het sectoraal comité) en over een informatieveiligheidsplan (dat zij ter beschikking houden van het sectoraal comité).

Om deze redenen,

de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité,

machtigt de mededeling van hogervermelde persoonsgegevens die de gezondheid betreffen via de hogervermelde beveiligde toepassingen tussen de betrokken zorgverleners (en/of hun mandaathouders) en de tarifieringsdiensten enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds met het oog op het efficiënt toepassen van de derdebetalersregeling, het Mediprima-systeem, de vereenvoudiging van de facturatie van de gezondheidsprestaties en het vermijden van een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames.

De mededeling van de hogervermelde persoonsgegevens slechts kan worden gemachtigd voor zover de betrokken ziekenhuizen en tarifieringsdiensten beschikken over een informatieveiligheidsconsulent (van wie zij de identiteit meedelen aan het comité) en over een informatieveiligheidsplan (dat zij ter beschikking houden van het comité).

besluit dat,

de mededeling van de persoonsgegevens zoals beschreven in deze beraadslaging toegestaan is mits wordt voldaan aan de vastgestelde maatregelen ter waarborging van de gegevensbescherming, in het bijzonder de maatregelen op het vlak van doelbinding, minimale gegevensverwerking, opslagbeperking en informatieveiligheid.

Bart VIAENE
Voorzitter

De zetel van de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité is gevestigd in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, op volgend adres : Willebroekkaai 38 – 1000 Brussel.
