

Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid  
Afdeling “Sociale Zekerheid”

SCSZG/17/176

**BERAADSLAGING NR. 07/003 VAN 9 JANUARI 2007, GEWIJZIGD OP 2 FEBRUARI 2010, OP 5 JULI 2011, OP 7 OKTOBER 2014, OP 2 FEBRUARI 2016, OP 6 JUNI 2017 EN OP 5 SEPTEMBER 2017 MET BETREKKING TOT DE MEDEDELING VAN PERSOONSgegevens DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN AAN DE ZORGVERLENERS EN DE TARIFERINGSDIENSTEN MET HET OOG OP HET BEPALEN VAN HET VERZEKERBAARHEIDSTATUUT VAN DE BETROKKEN PATIËNTEN EN HET BEREKENEN VAN HET TOEPASSELIJK TARIEF IN HET KADER VAN DE DERDEBETALERSREGELING OF HET TEN LASTE NEMEN VAN DE ZORG DOOR EEN OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN EN MET HET OOG OP HET VERMIJDEN VAN EEN DUBBELE TENLASTENEMING VAN BEPAALDE KOSTEN VAN ZIEKENHUISOPNAMES**

Gelet op de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, inzonderheid op artikel 15, § 1;

Gelet op de rapporten van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid van 21 december 2006, 21 januari 2010, 28 juni 2011, 1 september 2014, 8 januari 2016 en 17 mei 2017;

Gelet op het verslag van de voorzitter.

**A. ONDERWERP VAN DE AANVRAAG**

1. In de derdebetalersregeling keert de verzekeringsinstelling 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,...) – 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.

De toepassing van de derdebetalersregeling veronderstelt evenwel dat de betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van het verzekeraarsstatuut van hun patiënten. Daartoe werd een toepassing ontwikkeld, ook ten behoeve van de tarifieringsdiensten, aan de hand waarvan zij dit verzekeraarsstatuut op een beveiligde wijze kunnen controleren en aldus op een correcte wijze het nog door de patiënt te betalen bedrag kunnen berekenen.

Aan de hand van een andere toepassing kunnen de zorgverleners overgaan tot het raadplegen van het tarief dat zij, rekening houdend met het verzekeraarsstatuut van de betrokken patiënt, mogen aanrekenen.

2. 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 verzekeringsinstellingen in de kosten van verstrekkingen gedaan door apothekers niet rechtstreeks door de verzekeringsinstellingen aan de gerechtigden wordt gestort, alle tarifieringsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen 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 verzekeringsinstellingen. Zij kunnen worden beschouwd als verplichte tussenpersonen in de verhouding tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen en dienen in die hoedanigheid gebruik te kunnen maken van bepaalde persoonsgegevens indien de facturatie door de verzekeringsinstelling 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 verzekeringsinstellingen tot stand te brengen.

3. De betrokken zorgverlener kan aan de hand van het identificatienummer van de sociale zekerheid (het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen of het identificatienummer van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid) van de patiënt een aantal persoonsgegevens achterhalen.

Overeenkomstig artikel 4 van het koninklijk besluit van 5 december 1986 *tot regeling van de toegang tot de informatiegegevens en van het gebruik van het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen in hoofde van instellingen die, in het kader van de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering, opdrachten van algemeen belang vervullen* mag het identificatienummer van de sociale zekerheid worden gebruikt in de relaties tussen de verzekeringsinstellingen en de personen die ertoe gehouden zijn informatie te ontvangen of te verstrekken omtrent de houder van dat identificatienummer, in het kader van de verplichtingen die hun zijn opgelegd ingevolge een wettelijke of reglementaire bepaling inzake sociale zekerheid.

Daarenboven werden diverse categorieën zorgverleners inmiddels door de bevoegde sectorale comités gemachtigd om voor facturatie doeleinden toegang tot het Rijksregister van de natuurlijke personen en de Kruispuntbankregisters te hebben en het identificatienummer ervan te gebruiken (zie bijvoorbeeld beraadslaging nr. 21/2009 van 25 maart 2009 van het sectoraal comité van het Rijksregister en beraadslaging nr. 09/39 van 7 juli 2009 van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid).

De beide hogervermelde toepassingen zullen aan de hand van het meegedeelde identificatienummer van de sociale zekerheid 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 verzekeringsinstelling aanduidt.

- 4.1. Door middel van de toepassing tot raadpleging van het verzekerbaarheidsstatuut van de patiënt ontvangt de zorgverlener (en in voorkomend geval de tarifieringsdienst die wordt geconfronteerd met de verwerping van de facturatie van een apotheker door een verzekeringsinstelling) een elektronisch bericht dat, behalve enkele administratieve gegevens met betrekking tot het elektronisch bericht zelf, volgende persoonsgegevens aangaande zijn patiënt (en voor wat betreft de tarifieringsdiensten de cliënt van de apotheker ten behoeve van wie zij instaan voor de administratieve verwerking van de farmaceutische verstrekkingen) bevat.

*Identificatiegegevens.* Het betreft het identificatienummer van de sociale zekerheid van de betrokken patiënt, zijn naam en voornaam, zijn geboortedatum, zijn geslacht en in voorkomend geval de datum van zijn overlijden. De betrokken zorgverlener is in principe reeds op de hoogte van het identificatienummer van de sociale zekerheid van de patiënt vermits hij het dient aan te wenden bij het verrichten van zijn aanvraag.

*Herhaling van een aantal in de aanvraag opgenomen persoonsgegevens.* Bij het verrichten van de aanvraag wendt de beveiligde toepassing enige raadplegingscriteria aan. Deze worden in het antwoordbericht aan de betrokken zorgverlener herhaald. Het gaat om het referentienummer dat hij eventueel in zijn aanvraag heeft opgenomen, het type raadpleging, het type contact, de begin- en einddatum van de geraadpleegde periode (voor apothekers de datum van de aanvraag/aflevering), de globale toestand van de patiënt (deze zone laat toe een buitengewone toestand van de patiënt met betrekking tot de geraadpleegde periode te vermelden, bijvoorbeeld de mutatie naar een andere verzekeringsinstelling), de datum van de eventuele mutatie naar een andere verzekeringsinstelling, de aanduiding van de oorspronkelijke verzekeringsinstelling en van de nieuwe verzekeringsinstelling, de datum van aansluiting tijdens de geraadpleegde periode, de aanduiding dat de derdebetalersregeling mag worden toegepast, de identificatie van het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, de opnamedatum van de lopende hospitalisatie en de opnamedienst van de lopende hospitalisatie. Voor wat betreft de initiële mededeling van persoonsgegevens door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen wordt verwezen naar beraadslaging nr. 11/52 van 19 juli 2011 van de afdeling gezondheid van het sectoraal comité, laatst gewijzigd op 16 mei 2017.

*Persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur.* Deze persoonsgegevens stellen de zorgverlener in staat om na te gaan of de patiënt tijdens de geraadpleegde periode recht heeft op toepassing van de maximumfactuur. Het betreft met name 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 patiënt.* Het betreft per betrokken geval de statuscode, de begin- en einddatum van de periode van verzekeraarbaarheid, de identificatie van de verzekeringsinstelling, de code gerechtigde 1, de code gerechtigde 2, het nummer van het betrokken akkoord inzake betalingsverbintenis en de datum van de 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 verzekeringsinstelling van een abonnee van een medisch huis zal zich dus gesteld zien tegenover een weigering van terugbetaling. De geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten dienen dus 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 verzekeringsinstelling dient dit persoonsgegeven derhalve bij opname aan het ziekenhuis over te maken.

*Persoonsgegevens over het verblijf van de betrokkene in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een ziekenhuis.* De openbare apotheken en de tarifieringsdiensten hebben deze persoonsgegevens nodig in het kader van de tarifiering per eenheid van geneesmiddelen afgeleverd in een openbare apotheek aan personen die in een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis verblijven. In het kader van een besparingsmaatregel van de regering ter beheersing van het volume aan gefactureerde geneesmiddelen moeten apothekers sommige geneesmiddelen (vergoedbare farmaceutische specialiteiten met een oraal-vaste toedieningsvorm voor acute en chronische behandelingen) die in openbare apotheken afgeleverd worden verplicht per eenheid (bijvoorbeeld per tablet) aanrekenen, indien de cliënt in een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis verblijft. Zij moeten dan ook kennis hebben van een dergelijk verblijf. Het verblijf van de betrokkene in een ziekenhuis moet eveneens gekend zijn vermits dat een einde maakt aan de voormelde verplichting.

- 4.2.** Voor het achterhalen van het aan te rekenen tarief verzendt de zorgverlener door middel van de ontwikkelde toepassing een elektronisch bericht dat de volgende

persoonsgegevens bevat: het identificatienummer van de sociale zekerheid van de patiënt, het identificatienummer van de sociale zekerheid van de zorgverlener, de datum van de prestatie, de nomenclatuurcodes waarvoor de zorgverlener het tarief wenst te kennen en – indien van toepassing – het RIZIV-nummer van de houder van het globaal medisch dossier en de specifieke reden voor het toepassen van de derdebetalersregeling. Het elektronisch bericht dat de verzekeringsinstelling bij wijze van antwoord terugstuurt, bevat de volgende persoonsgegevens: de identificatie van de patiënt (identificatienummer van de sociale zekerheid, naam, voornaam, geboortedatum, geslacht, code gerechtigde 1/2) en per gevraagde nomenclatuurcode het honorarium (het officieel vastgesteld bedrag voor de prestatie), het door de verzekeringsinstelling te betalen bedrag, het door de patiënt persoonlijk te betalen bedrag (het remgeld), het nummer van het toepasselijk akkoord over de betalingsverbintenis en de reden voor het toepassen van de derdebetalersregeling.

- 4.3.** De afdeling sociale zekerheid heeft bij beraadslaging nr. 12/21 van 6 maart 2012 een machtiging verleend voor de uitwisseling van persoonsgegevens in het kader van het project “eCarmed” (nu “Mediprima”), dat betrekking heeft op de elektronische beslissing van tenlasteneming van zorg ten behoeve van personen in financiële moeilijkheden. Die beslissing wordt genomen door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn en biedt de betrokkene de mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden zorgverstrekking te bekomen die wordt betaald door de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.
- 4.4.** Om zorgverleners in staat te stellen het correcte remgeld aan te rekenen aan patiënten die gedekt zijn door een beslissing van tenlasteneming van zorg van een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, heeft het Nationaal Intermutualistisch College een specifieke webservice ontwikkeld. Op basis van de inlichtingen die worden verstrekt door de zorgverlener, de inlichtingen waarover de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering zelf beschikt en de beslissing van tenlasteneming van zorg (zoals geregistreerd op het niveau van Mediprima) kan het toepasselijke tarief worden berekend. De zorgverlener deelt door middel van de webservice de volgende persoonsgegevens mee: de datum van de prestatie, het identificatienummer van de sociale zekerheid, de nomenclatuurcode(s) waarvan de zorgverlener het tarief wil weten en de referentie en de versie van het elektronisch bericht. Hij ontvangt dan van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de identiteit van de patiënt (het identificatienummer van de sociale zekerheid, de naam, de voornaam, de geboortedatum en het geslacht) en per vermelde nomenclatuurcode het toepasselijk tarief (de datum van de prestatie, het ereloon, het remgeld, het nummer van de toekenning van het betalingsengagement, het bedrag van de terugbetaling ten aanzien van de programmatorische overheidsdienst Maatschappelijke Integratie en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, de identiteit van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, de referentie en de versie van het elektronisch bericht en de aanduiding van de nood van een attest “Dringende Medische Hulpverlening”).

De verwerking van de persoonsgegevens geschiedt als volgt. Vanuit het softwarepakket van de zorgverlener wordt, via de webservice “Consultation Mediprima” en met de tussenkomst van het eHealth-platform en het Nationaal Intermutualistisch College, een verzoek tot raadpleging van het aan te rekenen tarief voor een bepaald persoon overgemaakt aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Deze laatste raadpleegt zelf, met de tussenkomst van het Nationaal Intermutualistisch College en de

Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, de persoonsgegevensbank met de beslissingen van tenlasteneming van zorg, berekent het tarief en bevestigt al dan niet het engagement om de kosten te dekken. Het resultaat van de berekening en de vaststelling over het engagement worden ten slotte met de tussenkomst van het Nationaal Intermutualistisch College en het eHealth-platform aan de betrokken zorgverlener overgemaakt.

## **B. BEHANDELING VAN DE AANVRAAG**

5. Het betreft een mededeling van persoonsgegevens waarvoor krachtens artikel 15, § 1, van de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid* een principiële machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid vereist is.
6. De aanvraag beoogt gerechtvaardigde 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 verzekeringsinstelling te recupereren, alsook de efficiënte toepassing van de beslissing van tenlasteneming van zorg door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn.
7. De mee te delen persoonsgegevens zijn, uitgaande van dat doeleinde, ter zake dienend en niet overmatig.

De identificatiegegevens aangaande de betrokken patiënt zijn noodzakelijk met het oog op een eenduidige identificatie van deze laatste.

Het referentienummer dat de zorgverlener eventueel in zijn aanvraag heeft opgenomen, het type raadpleging, het type contact en de begin- en einddatum van de geraadpleegde periode vormen raadplegingscriteria waarvan hij vooraf reeds kennis heeft. Ze vormen voor hem geen nieuwe persoonsgegevens.

De zorgverlener dient op de hoogte te zijn van de identiteit van de bevoegde verzekeringsinstelling(en) 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 verzekeringsinstelling van de betrokkene dient te richten.

De identificatie van het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, de opnamedatum van de lopende hospitalisatie en de opnamedienst van de lopende hospitalisatie worden 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.

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. Zie echter ook 8.

De eigenlijke persoonsgegevens met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van de patiënt – de begin- en einddatum van de periode van verzekeraarbaarheid, de code gerechtigde 1 (CG1) en de code gerechtigde 2 (CG2) – zijn voor de zorgverlener noodzakelijk met het oog op het verifiëren dat de aanrekening wel degelijk kan gebeuren (op basis van de vaststelling dat de verzekerde inderdaad recht heeft op tegemoetkomingen voor de betrokken prestaties van geneeskundige verzorging) en met het oog op het bepalen van het gedeelte van de kost van de verzorging dat ten laste valt van de verzekeringsinstelling 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).

De bijkomende persoonsgegevens met betrekking tot de overeenkomsten met een medisch huis dienen te worden overgemaakt om volgende reden. De medische huizen ontvangen voor elke patiënt die bij hen op basis van een abonnement ingeschreven is 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 verzekeringsinstelling van een abonnee van een medisch huis zal zich dus gesteld zien tegenover een weigering van terugbetaling. De geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten dienen bijgevolg geïnformeerd te worden over het bestaan van een overeenkomst met een medisch huis.

Ten slotte kunnen voor bepaalde categorieën van verzekerden geen honorariasupplementen aangerekend worden wanneer zij bij hospitalisatie verblijven in een tweepersoonskamer of in een gemeenschappelijke kamer. De verzekeringsinstelling dient dit persoonsgegeven dus bij opname over te maken aan het ziekenhuis.

De onder 4.2. vermelde persoonsgegevens, met in het bijzonder (per nomenclatuurcode waarvoor de vraag door de zorgverlener werd gesteld) het bedrag dat moet worden gedragen door de patiënt zelf en het bedrag dat moet worden gedragen door de verzekeringsinstelling, zijn noodzakelijk voor het achterhalen van het door de zorgverlener aan te rekenen tarief. De verzekeringsinstelling zal dit tarief bepalen op basis van de inlichtingen verstrekt door de zorgverlener en de eigen inlichtingen over de patiënt.

De persoonsgegevens over het verblijf in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een ziekenhuis zijn nodig voor de verplichte tarifiering per eenheid van sommige geneesmiddelen afgeleverd in een openbare apotheek aan personen die in een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis verblijven.

- 8.1.** Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering verzoekt de afdeling sociale zekerheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid tevens om een machtiging voor 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.

Het systeem van de maximumfactuur geeft aan elk gezin de waarborg dat het niet meer dan een bepaald bedrag zal dienen uit te geven voor gezondheidskosten. Ziekenhuiskosten worden echter niet altijd uitsluitend door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gedekt maar kunnen tevens het voorwerp uitmaken van een terugbetaling door een hospitalisatieverzekering.

Om een dubbele tenlasteneming van bepaalde ziekenhuiskosten te vermijden, wordt voorgesteld om de ziekenhuizen in kennis te stellen van de toepasselijkheid van het systeem van de maximumfactuur, opdat zij deze toepasselijkheid zouden kunnen vermelden op de verpleegnota die wordt uitgereikt aan de patiënt. Deze laatste dient deze verpleegnota ten aanzien van de hospitalisatieverzekeraar te gebruiken om zijn gemaakte kosten te bewijzen. De hospitalisatieverzekeraar geraakt aldus op de hoogte van het feit dat de rechthebbende de maximumfactuur geniet en dus reeds teruggave van de kosten zal krijgen vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De hospitalisatieverzekeraar zelf dient deze kosten dan niet meer te vergoeden.

Aldus zouden de verzekeringsinstellingen door het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid in de mogelijkheid dienen te worden gesteld om aan de ziekenhuizen mee te delen dat een bepaalde rechthebbende het recht op de maximumfactuur geniet voor het betrokken kalenderjaar. Deze mededeling dient op elektronische wijze dan wel op papieren drager te kunnen geschieden.

De mededeling van de persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur beoogt bijgevolg ook een tweede wettig doeleinde, met name het vermijden van een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames (door enerzijds de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en anderzijds de hospitalisatieverzekering). De meegedeelde persoonsgegevens zijn, uitgaande van dat doeleinde, ter zake dienend en niet overmatig.

- 8.2.** 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 mededeelt aan de apotheker bij de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens.

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.

9. Bij beraadslaging nr. 97/48 van 3 juli 1997 verleende het Toezichtscomité bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (de rechtsvoorganger van de afdeling sociale zekerheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid) reeds een machtiging voor de mededeling van bepaalde persoonsgegevens door de verzekeringsinstellingen aan de zorgverleners, in het kader van de derdebetalersregeling. Deze machtiging bleef evenwel beperkt tot de mededeling van persoonsgegevens tot verbetering of bijwerking van persoonsgegevens die initieel door de zorgverlener zelf waren meegedeeld.
- 10.1. De tarifieringsdiensten zouden de persoonsgegevens slechts raadplegen in geval van verwerping van de facturatie van een apotheker door een verzekeringsinstelling.
- 10.2. Om de betrokken actoren in de mogelijkheid te stellen om inlichtingen over het tarief van de tenlastenneming van zorg door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn op te vragen, stemt het sectoraal comité daarenboven in met de verwerking van de in 4.4. vermelde persoonsgegevens.

## C. VEILIGHEIDSMATREGELEN

11. Bij de hogervermelde toepassingen dient te worden voorzien in een degelijk systeem van identificatie en authenticatie van de gebruikers.

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 tenlastenneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames.

Ook de tarifieringsdiensten dienen ten behoeve van de apothekers toegang te hebben tot de hogervermelde persoonsgegevens.

12. Tevens dienen loggings met betrekking tot de raadpleging van de betrokken persoonsgegevens te worden beheerd en ter beschikking gehouden van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid. Deze loggings dienen onder andere te vermelden welke zorgverlener op welk ogenblik over welke patiënt welke soorten persoonsgegevens heeft verkregen voor welke doeleinden.

De loggings dienen het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid 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 sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid 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.

13. De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid dient, overeenkomstig artikel 14, eerste lid, 2°, van de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, niet tussen te komen bij de voorliggende mededeling van persoonsgegevens.
14. De veiligheidsconsulenten van de bij de toepassingen (“*raadplegen van verzekerbaarheid*” 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 bij 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.
15. 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.

16. De betrokken persoonsgegevens dienen in voorkomend geval tevens, overeenkomstig artikel 10 van de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, ter beschikking te worden gesteld van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

Aldus zouden zij verder kunnen worden meegedeeld aan andere personen die ze nodig hebben voor het vervullen van hun wettelijke en reglementaire opdrachten.

Een dergelijke verdere mededeling dient evenwel alleszins het voorwerp uit te maken van een machtiging van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid.

17. 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 mededelen aan het sectoraal comité) en over een informatieveiligheidsplan (dat zij ter beschikking houden van het sectoraal comité).

Om deze redenen, verleent

**het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid**

aan de verzekeringsinstellingen de machtiging om via de hogervermelde beveiligde toepassingen de hogervermelde persoonsgegevens mee te delen aan de betrokken zorgverleners (en/of hun mandaathouders) en de tarifieringsdiensten met het oog op het efficiënt toepassen van de derdebetalersregeling, de maximumfactuur en het Mediprimasysteem, de vereenvoudiging van de facturatie van de gezondheidsprestaties en, voor wat betreft de persoonsgegevens met betrekking tot de maximumfactuur, het vermijden van een dubbele tenlasteneming van bepaalde kosten van ziekenhuisopnames.

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 mededelen aan het sectoraal comité) en over een informatieveiligheidsplan (dat zij ter beschikking houden van het sectoraal comité).

Yves ROGER  
Voorzitter

De zetel van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid is gevestigd in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, op volgend adres: Willebroekkaai 38 – 1000 Brussel (tel. 32-2-741 83 11).