

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F. 91 — 3034

3 OCTOBRE 1991. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité peut être accordée dans le cadre de l'expérience pendant laquelle le médecin, porteur d'un certificat de formation complémentaire gère le dossier médical des patients qui l'ont choisi comme leur médecin de famille attitré

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 34septies, alinéa 1er, inséré par la loi du 1er août 1985;

Vu l'avis du Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 15 juillet 1991;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Entre le Comité de gestion du Service des soins de santé et les médecins généralistes agréés au sens de l'arrêté ministériel du 1er décembre 1987 fixant les critères d'agrément en médecine générale, dénommés ci-après médecins de famille, peuvent être conclues, dans les conditions fixées au présent arrêté, des conventions prévoyant l'octroi au médecin de famille, dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, d'une intervention forfaitaire dans le cadre des expériences en matière de gestion d'un dossier médical pour les bénéficiaires, appelés ci-après patients, qui l'ont choisi comme médecin de famille attitré.

Art. 2. Pour avoir droit à l'intervention forfaitaire prévue à l'article 6, § 1er, le médecin de famille doit :

— ne pas avoir refusé d'adhérer aux termes de l'Accord national médico-mutualiste en vigueur;

— gérer par patient qui l'a choisi comme médecin de famille attitré, un dossier médical comportant au moins les rubriques suivantes :

A. le journal : un rapport des contacts entre le médecin de famille et les patients;

B. la liste des problèmes : comprenant les problèmes importants actifs et non actifs du patient;

C. les données de base : état de vaccinations, facteurs à risques;

D. les données personnelles : nom, adresse, sexe, âge, environnement social et familial;

E. les rapports médicaux concernant des consultations de médecins spécialistes et des hospitalisations et/ou les protocoles d'exams techniques et d'interventions; les avis et rapports d'autres dispensateurs de soins concernant l'état de santé du patient;

— conclure dans le délai fixé à l'article 3, § 4, une convention avec le Comité de gestion susvisé;

— avoir des patients l'ayant choisi, suivant la procédure définie aux articles 4 et 5, comme médecin de famille attitré.

Art. 3. § 1er. Après que le Comité de gestion susvisé ait mis au point la convention type prévue à l'article 1er, celle-ci est envoyée par le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. à chaque médecin de famille enregistré auprès de ce Service.

§ 2. Le médecin de famille qui souhaite prendre part à l'expérience, doit renvoyer la convention type dûment complétée au Comité de gestion susvisé; le Service précité confirme la date d'entrée en vigueur de la convention au médecin de famille.

§ 3. A son tour, le médecin de famille visé au § 2 soumet à la signature de ses patients qui en font la demande, la convention entre le médecin de famille et le patient prévue à l'article 4.

§ 4. Toute convention visée aux §§ 1er et 3 a une durée de validité de un an et prend cours entre le 1er janvier 1992 et la date prévue à l'article 5, § 3 et au plus tard le 31 décembre 1992.

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 91 — 3034

3 OKTOBER 1991. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in het raam van het experiment waarbij de geneesheer, houder van een getuigschrift van aanvullende opleiding, het medisch dossier van de patiënten beheert die hem hebben gekozen als hun vaste huisarts

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 34septies, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 1 augustus 1985;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 15 juli 1991;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Onder de in dit besluit vastgestelde voorwaarden kunnen tussen het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging en de erkende huisartsen als bedoeld in het ministerieel besluit van 1 december 1987 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de huisartsgeneeskunde, hierna huisartsen genoemd, overeenkomsten worden gesloten waarbij in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aan de huisarts een forfaitaire tegemoetkoming wordt verleend in het raam van de experimenten inzake het beheer van een medisch dossier voor de rechthebbers, hierna patiënten genoemd, die hem tot vaste huisarts hebben gekozen.

Art. 2. Om recht te hebben op de in artikel 6, § 1, vastgestelde forfaitaire tegemoetkoming moet de huisarts :

— niet geweigerd hebben toe te treden tot de termen van het geldende Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen;

— per patiënt die hem tot vaste huisarts heeft gekozen, een medisch dossier beheren dat ten minste de volgende rubrieken bevat :

A. het journaal : een verslag van de huisarts-patiëntcontacten;

B. de probleemlijst : omvat de relevante actieve en niet actieve problemen van de patiënt;

C. de basisgegevens : vaccinatiestatus, risicofactoren;

D. de persoonsgegevens : naam, adres, geslacht, leeftijd, sociaal en gezinsmilieu;

E. de medische verslagen met betrekking tot raadplegingen van geneesheren-specialisten en ziekenhuisopnames en/of de protocollen van technische onderzoeken en ingrepen; de adviezen en verslagen van andere hulpverleners met betrekking tot de gezondheidstoestand van patiënt;

— binnen de in artikel 3, § 4, bepaalde termijn een overeenkomst sluiten met vorenbedoeld Beheerscomité;

— patiënten hebben die hem, volgens de in de artikel 4 en 5 bepaalde procedure, tot vaste huisarts hebben gekozen.

Art. 3. §1. Nadat vorenbedoeld Beheerscomité de in artikel 1 bedoelde modelovereenkomst heeft opgesteld, wordt deze door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. verzonden naar ieder bij deze Dienst geregistreerde huisarts.

§ 2. De huisarts die aan het experiment wenst deel te nemen, dient de in § 1 bedoelde modelovereenkomst, degelijk ingevuld, terug te zenden naar vorenbedoeld Beheerscomité; vorengenoemde Dienst bevestigt de huisarts de datum van het ingaan van de overeenkomst.

§ 3. Op zijn beurt legt de in § 2 bedoelde huisarts aan zijn patiënten die erom vragen, de in artikel 4 beoogde overeenkomst huisarts-patiënt ter ondertekening voor.

§ 4. Elke overeenkomst, bedoeld in §§ 1 en 3, heeft een looptijd van een jaar en vangt aan tussen 1 januari 1992 en de in artikel 5, § 3, vastgestelde datum en uiterlijk op 31 december 1992.

Art. 4. § 1er. La convention type ci-jointe entre le médecin de famille et le patient est établie en trois exemplaires, un exemplaire est destiné au patient, un au médecin de famille et un à l'organisme assureur auprès duquel est affilié le patient.

§ 2. L'exemplaire destiné à l'organisme assureur lui est envoyé sans délai par l'intermédiaire du médecin de famille.

§ 3. L'organisme assureur informe le Comité de gestion susvisé, chaque fois dans les trente jours, du nombre de patients qui se sont inscrits auprès d'un médecin de famille visé à l'article 3.

Art. 5. § 1er. Sur la base de données fournies conformément à l'article 4, § 3, le Comité de gestion susvisé veille à ce que le budget prévu pour le financement de cette expérience ne soit pas dépassé.

§ 2. S'il constate que le budget fixé à l'article 7, § 1er risque d'être dépassé, le Comité de gestion met un terme à la procédure fixée à l'article 3, § 3. Le Service susvisé en informe les médecins de famille concernés, ainsi que les organismes assureurs.

§ 3. Les conventions visées à l'article 4 qui ne sont pas parvenues aux organismes assureurs le dixième jour suivant l'envoi de l'avis précité, n'entrent plus en ligne de compte pour l'expérience.

Art. 6. § 1er. Le médecin de famille qui satisfait aux conditions stipulées à l'article 2, reçoit, pour l'année 1992, par patient inscrit et enregistré par les organismes assureurs avant la date prévue à l'article 5, une intervention forfaitaire de l'assurance maladie-invalidité obligatoire égale à F 200.

§ 2. L'intervention prévue au § 1er est versée au médecin de famille, selon le cas, au 30 juin 1992 ou au 31 décembre 1992, par l'organisme assureur visé à l'article 4, pour les patients qui, à ces dates, sont valablement inscrits auprès de lui.

§ 3. Les organismes assureurs récupèrent auprès du Service susvisé les interventions qu'ils ont versées, au moyen d'un état qui, par médecin de famille, mentionne le nom, le prénom, l'adresse, le numéro d'identification I.N.A.M.I., le nombre des patients inscrits, le montant et la date du paiement.

Art. 7. § 1er. Le total du budget disponible pour les expériences en matière de tenue à jour d'un dossier médical pour les patients qui choisissent un médecin de famille attiré et qui s'inscrivent dans les conventions visées à l'article 1er, s'élève à F 60 000 000.

§ 2. Le budget disponible pour la convention prévue à l'article 8, § 1er, s'élève à F 8 000 000 par an.

§ 3. Les montants visés aux §§ 1er et 2 sont imputés aux frais d'administration du Service de soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Art. 8. § 1er. L'évaluation de cette expérience incombe aux équipes de recherches suivantes :

— Centrum voor Huisartsenopleiding de l'Université de Gand.

— Ecole de Santé publique de l'Université de l'Etat, à Liège, avec lesquelles le Comité de gestion conclut une convention en la matière pour une durée de deux ans.

§ 2. Afin de guider les équipes de recherche dans leur évaluation de l'expérience, un groupe de direction est créé qui comporte onze membres, dont :

— trois médecins de famille représentants des organisations professionnelles représentatives du corps médical;
— trois représentants des organismes assureurs;
— un représentant du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.;

— deux représentants des équipes de recherche;
— deux représentants de centres universitaires désignés par le Ministre des Affaires sociales.

§ 3. La description exacte de la mission de ces équipes et des modalités plus précises font l'objet des conventions visées au § 1er.

Art. 9. Le présent arrêté produit ses effets le 1er septembre 1991.

Art. 10. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 octobre 1991.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Ph. BUSQUIN

Art. 4. § 1. De modelovereenkomst huisarts-patiënt, die als bijlage hierbij gaat, wordt in drievoud opgemaakt; één exemplaar bestemd voor de patiënt, één voor de huisarts en één voor de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten.

§ 2. Het exemplaar dat bestemd is voor de verzekeringsinstelling, wordt haar onverwijld bezorgd via de huisarts.

§ 3. De verzekeringsinstelling stelt vorenbedoeld Beheerscomité, telkens binnen dertig dagen, in kennis van het aantal patiënten die zich hebben ingeschreven bij een in artikel 3 bedoelde huisarts.

Art. 5. § 1. Aan de hand van overeenkomstig artikel 4, § 3, verstrekte gegevens waakt vorengenoemd Beheerscomité erover dat de begroting, vastgesteld ter financiering van dit experiment, niet wordt overschreden.

§ 2. Indien het Beheerscomité vaststelt dat de in artikel 7, § 1, vastgestelde begroting dreigt te worden overschreden, maakt het een eind aan de in artikel 3, § 3 bepaalde procedure. Vorenbedoelde Dienst verwittigt daarvan de betrokken huisartsen en de verzekeringsinstellingen.

§ 3. De in artikel 4 bedoelde overeenkomsten die bij de verzekeringsinstellingen niet zijn toegekomen de tiende dag na het vaststellen van bovengenoemde verwittiging, komen niet meer in aanmerking voor het experiment.

Art. 6. § 1. De huisarts die voldoet aan de in artikel 2 gestelde voorwaarden, ontvangt voor het jaar 1992, per ingeschreven patiënt die vóór de in artikel 5 vastgestelde datum door de verzekeringsinstelling is opgetekend, een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte zieke- en invaliditeitsverzekering, gelijk aan F 200.

§ 2. De in § 1 vastgestelde tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de huisarts door de in artikel 4 bedoelde verzekeringsinstelling, naar gelang van het geval, op 30 juni 1992 of 31 december 1992, voor de patiënten die op deze data bij hem geldig zijn ingeschreven.

§ 3. De verzekeringsinstellingen recuperen bij vorenbedoelde Dienst de door hen uitbetaalde tegemoetkomingen aan de hand van een staat waarop per huisarts staat vermeld : naam, voornaam, adres, R.I.Z.I.V. identificatienummer, aantal ingeschreven patiënten, bedrag en datum van betaling.

Art. 7. § 1. Het totale beschikbare budget voor de experimenten inzake het bijhouden van een medisch dossier voor de patiënten die een vaste huisarts kiezen die kaderen in de overeenkomsten bedoeld in artikel 1 bedraagt F 60 000 000.

§ 2. Het beschikbare budget voor de in artikel 8, § 1, bedoelde overeenkomst bedraagt F 8 000 000 per jaar.

§ 3. De in de §§ 1 en 2 bedoelde bedragen worden aangerekend op de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

Art. 8. § 1. De evaluatie van dit experiment berust bij volgende onderzoeksteams :

— Centrum voor Huisartsenopleiding van de Universiteit, te Gent.

— Ecole de Santé publique van de Rijksuniversiteit, te Luik, waarmee het Beheerscomité een overeenkomst terzake sluit voor een termijn van twee jaar.

§ 2. Ten einde de onderzoeksteams te begeleiden in hun evaluatie van het experiment wordt een stuurgroep opgericht die bestaat uit elf leden, van wie :

— drie huisartsen, vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren;
— drie vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
— één vertegenwoordiger van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.;

— twee vertegenwoordigers van de onderzoeksteams;
— twee vertegenwoordigers van universitaire centra aangeduid door de Minister van Sociale Zaken.

§ 3. De juiste omschrijving van de taak van deze teams en nadere modaliteiten worden opgenomen in de in § 1 bedoelde overeenkomsten.

Art. 9. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 1991.

Art. 10. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, op 3 oktober 1991.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN

ANNEXE

CONVENTION TYPE MEDECIN DE FAMILLE - PATIENT(E)

Important : Le patient ne peut conclure la présente convention qu'avec un seul médecin de famille.

Convention entre :

Nom :

, faisant partie d'un cabinet de groupe de

Adresse :

médecins de famille : OUI - NON (1)

(Dans l'affirmative, mentionner les noms des confrères au verso
de l'exemplaire destiné à l'O.A.).

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

médecin de famille, et

Apposer ci-dessous une vignette de la mutualité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Titulaire - époux(se) - enfant - ascendant(e) (1)

Le médecin de famille s'engage :

à constituer un dossier, à conserver tous les rapports médicaux et à enregistrer toutes les données importantes pour la santé. Cela permet au médecin de famille de mieux coordonner les soins médicaux dispensés au (à la) patient(e);

chaque fois que le médecin de famille ou le (la) patient(e) même, après s'être concertés, l'estiment nécessaire, à demander un examen chez un spécialiste ou dans un autre service au choix et à remettre au (à la) patient(e) une lettre de renvoi au spécialiste;

à éclairer autant que possible le (la) patient(e) sur ses problèmes de santé, à le (la) suivre pour sauvegarder sa santé et prévenir les maladies;

de guider le (la) patient(e) dans sa compréhension des informations reprises dans son dossier et dans la prise de mesures préventives adéquates.

à transmettre le dossier médical au nouveau médecin de famille lorsque le (la) patient(e) souhaite en changer.

Le (la) patient(e) s'engage :

à consulter de préférence toujours le même médecin de famille;

lorsqu'il (elle) est traité(e) par un autre médecin (par exemple, dans le cadre d'un service de garde ou par un spécialiste), à lui demander d'envoyer un rapport au médecin de famille attitré.

La présente convention est valable pour un an et entre en vigueur au plus tôt le 1er janvier 1992.

Fait en trois exemplaires

à, le.....

Signature.

Le (la) patient(e),
Le représentant légal du (de la) patient(e), (2)

Le médecin de famille,

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Nécessaire pour les mineurs d'âge.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 3 octobre 1991.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Ph. BUSQUIN.

BIJLAGE

MODELOVEREENKOMST HUISARTS - PATIENT.

Belangrijk : Patiënt kan deze overeenkomst slechts bij één huisarts aangaan.

Overeenkomst tussen :

Naam : ,maakt deel uit van huisartsen-groepspraktijk : JA - NEEN (1)
Adres : (Indien ja, namen van collega's vermelden op rugzijde van het exemplaar bestemd voor de V.I.)

R.I.Z.I.V.-identificatienummer :

huisarts en Hieronder kleefbriefje Ziekenfonds aanbrengen

Naam :
Voornaam :
Adres :

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)

De huisarts verbindt er zich toe :

Een dossier aan te leggen, alle medische rapporten bij te houden en andere gegevens die belangrijk zijn voor de gezondheid op te tekenen. Dit stelt de huisarts in staat de medische hulpverlening rond de patiënt beter te coördineren.

Telkens als de huisarts of de patiënt zelf, na gezamenlijk overleg dit nodig achten, een onderzoek bij een specialist of bij een andere voorziening naar keuze aan te vragen en een verwijfsbrief mee te geven.

De patiënt zoveel mogelijk in te lichten in verband met zijn/haar gezondheidsproblemen, hem/haar te begeleiden om de gezondheid te handhaven en ziekte te voorkomen.

De patiënt te begeleiden bij het begrijpen van de informatie in zijn/haar dossier en bij het nemen van de adequate preventieve maatregelen.

Het medisch dossier door te geven aan de nieuwe huisarts, wanneer de patiënt van huisarts wenst te veranderen.

De patiënt(e) verbindt er zich toe :

Bij voorkeur steeds dezelfde huisarts te raadplegen.

Wanneer hij/zij door een andere geneesheer (b.v. in het kader van een wachtdienst of door een specialist) wordt behandeld, deze te verzoeken een verslag naar de vaste huisarts door te sturen.

Deze overeenkomst geldt voor één jaar en gaat op zijn vroegst in op 1 januari 1992.

Opgemaakt in drie exemplaren

te, op

Handtekening.

De patiënt(e),
De wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt(e), (2)

De huisarts,

(1) Doorhalen wat niet past.

(2) Noodzakelijk in het geval van minderjarigen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 3 oktober 1991.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN.