

research

Observatoire social européen

paper

Geplande geneeskundige zorg in het buitenland

*Toestemmingen verleend door
de Belgische ziekenfondsen*



Ose
PAPER SERIES

Rita Baeten
Dalila Ghailani

www.ose.be

Geplande geneeskundige zorg in het buitenland
Toestemmingen verleend door de Belgische ziekenfondsen

Onderzoeksrapport opgesteld door het OSE
in opdracht van het RIZIV



Rita Baeten

Senior beleidsanalist
Onderzoekscentrum Sociaal Europa

Dalila Ghailani

Onderzoeker
Onderzoekscentrum Sociaal Europa

The "OSE Paper Series" takes the form of three different publications available in English or French. The "Research Papers" are intended to disseminate results of research by the OSE, associated researchers or colleagues from the OSE network. The "Briefing Papers" contain readily accessible and regular information on a variety of topics. The "Opinion Papers" consist of concise policy oriented opinions.

ISSN 1994-2893

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	7
1. De context	9
1.1 Het wettelijk kader	9
1.1.1 Op basis van de internationale rechtsorde	10
1.1.2 Op basis van artikel 294 § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.....	11
1.1.3 Overeenkomsten voor grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen in de grensregio's	18
1.1.4 Tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds.....	20
1.2 Toestemming voor medische zorg in het buitenland in cijfers	20
1.3 Regelingen in andere EU lidstaten	23
2. Afhandeling van de aanvragen in de verzekeringsinstellingen	24
2.1 Interne procedure: tendens tot centralisatie van de beslissingen	24
2.2 Intermutualistisch overleg: het platform internationale overeenkomsten.....	27
2.3 Ondersteuningstools	28
2.4 Gronden voor toestemming en weigering van een aanvraag	29
2.5 Evaluatie van de aanvraag.....	31
2.5.1 Het aanvraagformulier opgesteld door de verwijzende arts vormt de basis.....	31
2.5.2 Eigen onderzoek indien nodig.....	31
2.5.3 Kritische doorlichting van de aanvraag vaak aangewezen	32
2.5.4 Informatiebronnen voor het onderzoek	33
2.6 Beslissingstermijn	36
2.7 Doorverwijzing naar het College van geneesheren-directeurs	36
2.8 Aanvragen van verzekerden die in het buitenland wonen	37
2.9 Mededeling van de beslissing aan de patiënt.....	37
2.10 De samenwerkingsakkoorden in de grensregio's.....	38

2.11 Problemen en oplossingen.....	40
2.11.1 Complexiteit	40
2.11.2 Toepasbaarheid	40
2.11.3 Adviserend geneesheren staan onder druk	41
2.11.4 Gebrek aan kennis over de regelgeving bij de zorgverstrekkers.....	42
2.11.5 Gefactureerde tarieven	42
2.11.6 Geformuleerde voorstellen	43
3. Discussie en conclusies.....	46
Bijlage I: Aanvraagformulier.....	50
Bijlage II: Beslissingsbomen voor geplande zorg in het buitenland	52
Bijlage III : Overzichtstabel van de regelingen voor toegang tot geplande geneeskundige zorgen in het buitenland.....	54

Voorwoord

Grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit is in België geen nieuw gegeven. Ons land verenigt namelijk een aantal kenmerken die grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit erg bevorderen. Niet alleen delen we een taal en culturele verwantschap met de meeste van onze buurlanden; we zijn bovendien een klein land waardoor België in zekere zin kan beschouwd worden als één groot grensgebied. Zodoende zien we in ons land niet alleen het fenomeen van de instroom van buitenlandse patiënten maar ook van de uitstroom van Belgische patiënten naar het buitenland.

Het Europese Unierecht biedt aan patiënten de mogelijkheid om in het kader van de wettelijke ziekteverzekering van een lidstaat naar een andere lidstaat te gaan met het oog op het verkrijgen van medische zorgen. Een van de pistes is de sinds meer dan 50 jaar toepasselijke Europese socialezekerheidscoördinatie.

Een kleine 20 jaar geleden deed het Hof van Justitie de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten op hun grondvesten daveren met zijn ondertussen beroemde arresten Kohll en Decker, en opende zo de weg naar een tweede piste. Deze en daaropvolgende arresten van het Hof, die de zogenaamde verdragsmethode hebben ingevoerd, hebben heel wat discussie losgeweekt, zowel politiek als juridisch. De rechtspraak van het Hof is ondertussen gecodificeerd en verduidelijkt in een Europese richtlijn die de rechten op gebied van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit regelt.

Naast het Europese Unierecht, voorziet onze nationale wetgeving reeds vanaf de jaren 1960 in diverse regelingen voor geplande geneeskundige zorg in het buitenland waarbij al dan niet een voorafgaande toestemming is vereist. Verder is ook nog voorzien in een aantal bijzondere regelingen die, onder bepaalde voorwaarden, de toegang tot geneeskundige zorg aan de andere kant van de grens voor inwoners van grensstreken garanderen zonder voorafgaande toestemming.

Daarboven is België al tientallen jaren actief op het gebied van mogelijke samenwerkingsvormen in het kader van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Vaak gaat het hierbij om samenwerkingsakkoorden in de grensgebieden, die het verkrijgen van een voorafgaande toestemming vergemakkelijken.

Dit heeft tot gevolg dat het wettelijk kader op het gebied van geplande geneeskundige zorg een zeer complexe materie is geworden waarin in het beste geval nog een kleine inner circle zijn weg kan vinden. Deze complexiteit heeft ook tot gevolg dat de verhouding tussen de diverse regelingen op het gebied van geplande geneeskundige zorg in het buitenland niet altijd even duidelijk is wat niet bevordelijk is voor een eenvormige toepassing van de regelgeving door de verzekeringsinstellingen met het oog op een gelijke behandeling van de Belgische patiënten.

Bovendien draagt deze complexiteit ook bij tot een gebrek aan transparantie over de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit.

De omzetting van de Europese richtlijn die de rechten op het gebied van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit regelt met ingang van 25 oktober 2013 heeft aanleiding gegeven tot een verduidelijking van het juridische kader betreffende de toegang tot geplande geneeskundige zorg. Dit heeft in bepaalde situaties ook geleid tot een aanpassing van de praktische uitvoeringsmodaliteiten, zoals bijvoorbeeld op het gebied van de functionele revalidatie in het buitenland of de afgifte van een voorafgaande toestemming (S2) voor ambulante geneeskundige zorg.

We moeten vaststellen dat deze aanpassingen aanleiding hebben gegeven tot een toename van het aantal vragen waaruit blijkt dat er nood is aan bijkomende verduidelijking van het reglementair kader betreffende de toegang tot grensoverschrijdende zorg voor Belgische patiënten, meer bepaald met betrekking tot de afgifte van een voorafgaande toestemming.

Het RIZIV heeft het OSE daarom gevraagd om de verschillende procedures op basis waarvan patiënten toegang kunnen bekomen tot zorgen in het buitenland, mits een voorafgaande toestemming afgeleverd door hun Belgische verzekeringsinstelling, in kaart te brengen. De bedoeling van dit onderzoek is een overzicht te bekomen van de wijze waarop de aanvragen van een voorafgaande toestemming van een patiënt binnen de verschillende ziekenfondsen worden behandeld. Zo wordt het voor iedereen duidelijk, in het bijzonder voor de patiënt, wat er met een aanvraag gebeurt, waarom het soms een tijd duurt vooraleer een patiënt antwoord krijgt, ... en kunnen we ook kennis nemen van best practices.

Wij streven naar een reglementair kader op het gebied van geplande grensoverschrijdende geneeskundige zorg in het buitenland waarbij de nationale en de Europese wetgeving zo veel als mogelijk op elkaar zijn afgestemd, zonder evenwel de bijzondere situatie van België als één groot grensgebied uit het oog te verliezen. Dit moet bijdragen tot een eenvormige toepassing van de reglementering door de verzekeringsinstellingen, tot duidelijkheid voor de patiënt wat zijn rechten en plichten op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg zijn, en tot een grotere transparantie van het fenomeen van de grensoverschrijdende gezondheidszorg in het algemeen. Een eventuele aanpassing van het reglementaire kader is niet uitgesloten, en hierbij zal dit rapport zeker een inspiratiebron zijn.

J. De Cock
Administrateur-generaal
RIZIV

H. De Ridder
Directeur-generaal
Dienst voor geneeskundige verzorging, RIZIV

Inleiding ⁽¹⁾

Patiënten die aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering in België krijgen onder bepaalde voorwaarden terugbetaling van de medische zorg die zij in een ander land hebben ontvangen. Voor ziekenhuiszorg en specifieke ambulante verstrekkingen met zware medische apparatuur is de voorafgaande toestemming van hun verzekeringsinstelling (ziekenfonds) vereist. Het wetgevende kader steunt op de Belgische toepassing van de EU-verordening voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (hierna de Verordening) ⁽²⁾; de omzetting van de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna de Richtlijn) ⁽³⁾, en nationale wetgeving. Behalve de rechten die vervat zijn in Europese wetgeving voorziet de Belgische regelgeving in het recht op voorafgaande toestemming voor ziekenhuiszorg indien de behandeling onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland (wereldwijd) kan worden verstrekt ⁽⁴⁾. Bovendien versoepelen verschillende specifieke regelingen in de grensregio's de voorwaarden voor het toekennen van een voorafgaande toestemming voor gezondheidszorg in het buitenland.

De Richtlijn, die ten laatste in oktober 2013 moest omgezet zijn in de nationale wetgeving, leidde in België tot een herziening van het bestaande regelgevende kader. Daarbij werden vooral de voorwaarden verduidelijkt voor het verkrijgen van toestemming voor een behandeling in het buitenland. Dit leidde op zijn beurt tot een reorganisatie van de interne procedures voor het evalueren en verlenen van voorafgaande toestemming binnen de verzekeringsinstellingen.

Het is de bedoeling van deze studie om de gevolgen van de wijzingen in het wettelijke kader te evalueren. Wij wilden nagaan hoe de procedures binnen de verschillende ziekenfondsen in de praktijk worden toegepast en of er zich hierbij problemen stellen.

Het onderzoek spitst zich in de eerst plaats toe op toestemmingen verleend voor hooggespecialiseerde behandelingen of zorg voor zeldzame aandoeningen, waarvoor de expertise

-
1. We danken Chris Segaert van het RIZIV voor zijn steun tijdens het onderzoek. Hij gaf ons toegang tot de relevante documenten, verschafte de nodige toelichtingen en gaf feedback op onze bevindingen. Ook danken we de personen in de ziekenfondsen die ons te woord hebben gestaan en Dr. John Willems voor het reviewen van de tekst.
 2. Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PB L 200, 7.6.2004, blz. 1-49).
 3. Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (PB L 88, 4.4.2001, blz. 45-65).
 4. Artikel 294, § 1, 2^o van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 1996022344 van 31 juli 1996, blz. 20285).

in België soms ontoereikend is. De specifieke regelingen voor toegang tot zorg in de grensregio's en de aanvragen waarover het College van geneesheren-directeurs binnen het RIZIV centraal beslist komen in het rapport aan bod, in de mate dat er een wisselwerking is tussen deze regelingen en de regeling voor zorg die in gunstigere geneeskundige omstandigheden in het buitenland kan worden verleend.

Het onderzoek zoekt een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe verloopt de afhandeling van de aanvragen voor een voorafgaande toestemming binnen de ziekenfondsen: wie is hierbij betrokken, welke criteria worden gehanteerd bij de evaluatie van de aanvraag en hoe wordt informatie verzameld om de beslissing te onderbouwen? Hoe wordt de beslissing aan de verzekerde meegedeeld?
- Welke problemen doen zich voor bij de toepassing van de regelgeving en zijn er aanbevelingen voor het aanpassen van het kader?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, brachten wij in de eerste plaats het toepasselijke regelgevende kader in kaart. Vervolgens vroegen wij de medische directies van de zeven landsbonden van verzekeringsinstellingen (LVI's) ⁽⁵⁾ welke personen binnen hun LVI het best geplaatst zijn voor een interview in het kader van dit onderzoek. Wij stelden een schema met thema's voor de interviews op en namen in de periode November 2015-maart 2016 tien semigestructureerde interviews af van in totaal 17 personen. In alle LVI's interviewden wij personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de afhandeling van de aanvragen voor voorafgaande toestemming of het toezicht erop, als adviserend geneesheer (AG), ondersteunend verpleegkundige of lid van de medische directie. Verder was één respondent verantwoordelijk voor algemene en juridische opvolging van de grensoverschrijdende zorg en één geïnterviewde was betrokken bij de financiële afhandeling van de zorg in het buitenland.

Alle interviews werden digitaal opgenomen. Op basis van deze opnames en notities tijdens de interviews werd elk interview uitgeschreven, gestructureerd in functie van de interviewthema's en geanalyseerd.

Dit rapport bevat na de inleiding drie delen. Eerst (hoofdstuk 2) schetsen we de context die nodig is om de bevindingen uit de interviews te begrijpen en te interpreteren. In dit deel:

5. We maken in deze studie een onderscheid tussen te koepelorganisaties -die we LVI's zullen noemen- en de verzekeringsinstellingen-VI's, die in rechtstreeks contact met de patiënt staan. We onderscheiden volgende LVI's: de Landsbond der christelijke mutualiteiten; de Landsbond van de neutrale ziekenfondsen; het Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten; de Landsbond van liberale mutualiteiten; de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen; de Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

- beschrijven we het wettelijk kader in België voor de terugbetaling van medische kosten voor geplande zorg ontvangen in het buitenland;
- geven we een overzicht van de aantallen verzekerden die terugbetaling ontvangen voor geplande medische zorg in het buitenland in elk stelsel;
- geven we een overzicht, op basis van wat er gekend is, over regelingen in andere EU-lidstaten die vergelijkbare kosten dekken als de Belgische regelgeving.

In een volgende deel (hoofdstuk 3) presenteren we de resultaten van de interviews over de wijze waarop verzekeringsinstellingen (VIs) de aanvragen voor toestemming voor zorg in het buitenland afhandelen. Ten slotte bespreken we in hoofdstuk 4 de bevindingen en trekken we conclusies.

1. De context

1.1 Het wettelijk kader

Volgens artikel 136 van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering (WZIV) kan er geen verzekeringstegemoetkoming worden verstrekt voor geneeskundige zorg verstrekt buiten het grondgebied ⁽⁶⁾. De wet voorziet drie uitzonderingen op deze algemene regel:

- in toepassing van de internationale rechtsorde. Hieronder valt de relevante EU-regelgeving, evenals bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid met derde landen;
- onder de voorwaarden vastgelegd in artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (hierna: het KB van 3 juli 1996) ⁽⁷⁾;
- onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in bijzondere overeenkomsten om grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen te vereenvoudigen.

De toepasselijke regelgeving bevat bepalingen die VI's in staat stellen om kosten ten laste te nemen, zowel voor zorg die medisch noodzakelijk is bij een tijdelijk verblijf in het buitenland, als voor de geplande medische verzorging van een patiënt die naar het buitenland is gegaan om zich daar te laten behandelen. In het kader van de huidige studie bespreken we enkel de bepalingen in verband met geplande medische zorg. Hieronder lichten wij deze regelgeving toe op basis van elk van de drie vernoemde wettelijke kaders. In een vierde sectie verduidelijken we hoe vergoeding mogelijk is van verstrekkingen die niet zijn opgenomen in de Belgische verplichte ziekteverzekering, met name via het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF). Bijlage III bevat een overzichtstabel met de verschillende regelingen.

6. Artikel 136, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 1994071451 van 27 augustus 1994, blz.21524).

7. Zie voetnoot (4).

1.1.1 Op basis van de internationale rechtsorde

De internationale overeenkomsten die België op het vlak van de gezondheidszorg gesloten heeft met derde landen laten we hier buiten beschouwing, aangezien ze geen betrekking hebben op geplande medische zorg in het buitenland.

Op EU-niveau bestaan er twee systemen voor de tenlasteneming van de kosten van medische zorg die een patiënt ontvangen heeft in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland ⁽⁸⁾ dan de lidstaat waar de patiënt sociaal verzekerd is:

- Volgens artikel 20, § 2 van Verordening (EG) nr. 883/2004 kan de zorg verleend in een andere lidstaat van de EU, de Europese Economische Ruimte en Zwitserland onder bepaalde voorwaarden ten laste genomen worden. Terugbetaling gebeurt op basis van de voorwaarden en tarieven die gelden in de lidstaat waar de patiënt behandeld wordt, dus alsof de patiënt verzekerd is in het land waar de zorg is verstrekt. De Verordening geldt alleen voor geneeskundige zorg verleend door zorgaanbieders die binnen het publiek gefinancierde gezondheidszorgstelsel werken.
- Hoofdstuk III van Richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg garandeert de terugbetaling van de medische kosten op basis van de voorwaarden en tarieven vastgelegd door de wetgeving van het land waar de patiënt sociaal verzekerd is, alsof de patiënt in deze staat is behandeld. Op basis van de Richtlijn kan de patiënt zorg ontvangen van alle zorgverleners en ziekenhuizen die wettelijk gemachtigd zijn zorg te verlenen in het land van verstrekking, dus ook zorgverleners die niet actief zijn in het publiek gefinancierde stelsel van de lidstaat waar de zorg is verstrekt.

In bepaalde gevallen is voor vergoeding van de grensoverschrijdende zorg vooraf de toestemming van de bevoegde verzekeringsinstelling nodig. Zowel Verordening (EG) nr. 883/2004 als Richtlijn 2011/24/EU bevatten bepalingen met betrekking tot voorafgaande toestemming.

Artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 bepaalt dat een verzekerde die naar een andere lidstaat reist om er tijdens zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming moet vragen aan het bevoegde orgaan. Volgens artikel 20 § 2 mogen de voorafgaande toestemming en de tenlasteneming van de in het buitenland ontvangen geneeskundige verstrekkingen niet worden geweigerd wanneer de verstrekkingen waarvoor om toestemming wordt gevraagd:

8. De lidstaten van de EU en IJsland, Liechtenstein, Noorwegen. België heeft bovendien unilateraal beslist voor Belgische verzekerden de principes van de Richtlijn ook toe te passen voor verstrekkingen in Zwitserland.

- in de wetgeving van de bevoegde staat (of het woonland voor verzekerden die niet in de bevoegde staat wonen) zijn opgenomen, en
- in het woonland niet mogelijk zijn binnen een termijn die medisch verantwoord is, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de aanvrager en het ziekteverloop.

De bepalingen van de Verordening zijn rechtstreeks toepasselijk, zonder dat ze omgezet zijn in nationale wetgeving. Zorgvergoeding op basis van Richtlijn 2011/24/EU mag slechts in uitzonderlijke gevallen onderworpen worden aan voorafgaande toestemming. Artikel 8,2° somt op wanneer het gerechtvaardigd kan zijn om vooraf toestemming voor zorgvergoeding te vragen. In alle andere gevallen kan de verzekerde van zijn VI, zonder toestemming vooraf, een vergoeding krijgen voor zorg in het buitenland. Voor België is deze Richtlijn omgezet in het nationaal recht in artikel 294, § 1, 13° van het KB van 3 juli 1996 voor wat de verstrekkingen betreft waarvoor geen voorafgaande toestemming nodig is en 14° voor de verstrekkingen waarvoor voorafgaande toestemming vereist is. Deze omzetting zullen we in de volgende afdeling bespreken.

1.1.2 Op basis van artikel 294 § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996

Artikel 294 § 1 van het KB van 3 juli 1996 bepaalt welke geneeskundige verstrekkingen in het buitenland in aanmerking komen voor vergoeding door de Belgische verplichte ziekteverzekering. In dit artikel zijn ook de bepalingen opgenomen die de Europese regelgeving ter zake omzet en implementeert.

We bespreken hieronder in punt A de bepalingen in dit artikel die betrekking hebben op geplande medische zorg in het buitenland. In punt B lichten we de procedure toe om een voorafgaande toestemming voor zorg in het buitenland aan te vragen.

A. Geplande zorg in het buitenland die in aanmerking komt voor tenlasteneming door de verplichte ziekteverzekering

Voor alle geplande medische zorg in het buitenland, verstrekt op basis van artikel 294 §1, geldt dat ze enkel voor vergoeding in aanmerking komt:

- indien ze opgenomen is in het Belgische verzekerde pakket, en
- indien de vergoedingsvoorwaarden zijn vervuld.

Dit betekent dat het in elk geval moet gaan over zorg die door de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed bij in België gevestigde verstrekkers. Indien voor deze zorg verstrekt bij een Belgische verstrekking een goedkeuring van de adviserend geneesheer nodig is, geldt deze vereiste ook in het buitenland.

➤ **Medische verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming is vereist**

De vereiste van een voorafgaande toestemming met het oog op tenlasteneming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geldt zowel in het kader van artikel 20 van de Verordening als in het kader van artikel 294, §1, 14°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Dit lid verzekert de omzetting in de Belgische regelgeving van de bepalingen hierover uit de Richtlijn.

De volgende verstrekkingen worden slechts door de Belgische ziekteverzekering ten laste genomen indien zij werden verleend na een voorafgaande toestemming, afgeleverd door de adviserend geneesheer ⁽⁹⁾ van de verzekeringsinstelling ⁽¹⁰⁾:

- wanneer het gaat om een behandeling die een ziekenhuisopname vereist (= minstens één overnachting) ⁽¹¹⁾;
- wanneer het gaat om ambulante verstrekkingen waarvoor het gebruik van een CT-scanner, MRI-scanner, PET-scanner of cathlab (hartcatherisatie) vereist is of die plaats vinden in een dienst radiotherapie ⁽¹²⁾;
- wanneer er een veiligheidsrisico is voor patiënt of bevolking;
- wanneer het geweten is dat de buitenlandse zorgverlener niet voldoet aan de kwaliteitseisen die voorzien zijn door de wetgeving van het land van behandeling.

De voorafgaande toestemming kan niet geweigerd worden als de behandeling niet in het woonland kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is, gelet op de gezondheidstoestand van de rechthebbende op dat moment, de voorgeschiedenis en het te verwachten ziekteverloop ⁽¹³⁾.

-
9. Adviserend geneesheren zijn bij de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk voor geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen overeenkomstig de WZIV. Ze staan onder de leiding van de geneesheer-directeur van hun respectieve verzekeringsinstelling.
 10. Ministerieel besluit van 24 juni 2014 tot vaststelling van de lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is krachtens artikel 294, § 1, 14°, tweede lid, onder a), van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (BS 2014022399 van 22 juli 2014, blz. 54874) (hierna: "MB van 24 juni 2014").
 11. Artikel 2, 1°, van het MB van 24 juni 2014.
 12. Artikel 2, 2°, van het MB van 24 juni 2014.
 13. Ter aanvulling van deze bepaling is ook artikel 20 § 2 van Verordening (EG) nr. 883/2004 rechtstreeks van kracht. Meer bepaald dient een voorafgaande toestemming voor ambulante verstrekkingen verleend te worden, indien zij niet in eigen land mogelijk zijn binnen een termijn die medisch verantwoord is, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de aanvrager en het ziekteverloop.

De voorafgaande toestemming wordt geweigerd:

- voor geneeskundige verstrekkingen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging niet worden vergoed of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding niet zijn vervuld;
- indien de behandeling in België kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is, gelet op de gezondheidstoestand van de rechthebbende op dat moment en het te verwachten ziekteverloop;
- indien er een ernstig risico bestaat voor de veiligheid van de patiënt of de bevolking of indien er gegronde twijfel bestaat of de zorgverlener de regulering inzake zorgkwaliteit respecteert.

Indien de toestemming verleend wordt op basis van de Verordening, ontvangt de verzekerde een formulier S2 dat recht geeft op terugbetaling op basis van de voorwaarden en tarieven die gelden in de lidstaat waar de patiënt behandeld wordt. De verzekerde betaalt in het buitenland enkel het remgeld. Indien de toestemming verleend wordt op basis van de artikel 294, §1, 14°, ontvangt de verzekerde een formulier "ad hoc" dat de terugbetaling van de medische kosten garandeert conform de voorwaarden en tarieven vastgelegd in de Belgische nomenclatuur. De verzekerde moet de medische kosten eerst zelf in het buitenland betalen, en ontvangt achteraf een tussenkomst van de Belgische ziekteverzekering.

Zelfs als de behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn op Belgisch grondgebied mogelijk is en de adviserend geneesheer dus geen toestemming kan geven op basis van artikel 294, §1, 14° of artikel 20 van de Verordening, dan kan hij dit toch doen krachtens artikel 294, §1, 2° indien hij meent dat, met het oog op het herstel van de gezondheid van de rechthebbende, de behandeling in gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan gebeuren en daarvoor een opname in een verplegingsinstelling is vereist. Op basis van deze bepaling kan ook toestemming verleend worden voor zorgverlening buiten de EER.

De criteria om te beoordelen of de geneeskundige verstrekkingen in "gunstigere geneeskundige voorwaarden" kunnen worden uitgevoerd zijn met name:

- de gebruikte medische techniek;
- de medische expertise van de buitenlandse artsen, en
- de met redelijke zekerheid vast te stellen meerwaarde van de behandeling in het buitenland zoals blijkt uit een klinische beoordeling ⁽¹⁴⁾.

De voorkeur om in zijn moedertaal te worden behandeld of sociale omstandigheden zoals nabijheid van familie en/of vrienden zijn niet aanvaardbaar als criteria ⁽¹⁵⁾.

14. RIZIV-Dienst voor geneeskundige verzorging, Omzendbrief aan de Verzekeringsinstellingen nr. 2014/440 van 14 november 2014.

Bijzondere situatie: zwangere vrouwen

In afwijking van de voorgaande bepaling kunnen ziekenfondsen vooraf wel een toestemming om sociale redenen verlenen aan een zwangere vrouw die om persoonlijke redenen in het buitenland wenst te bevallen. Deze toestemming stoelt op een beslissing van de Administratieve Commissie voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels⁽¹⁶⁾ en is voor België verduidelijkt in omzendbrief VI 2014/440.

➤ **Revalidatie in het buitenland**

Voor revalidatieverstrekkingen in het buitenland hebben de verzekerden geen voorafgaande toestemming van hun ziekenfonds nodig⁽¹⁷⁾. Voor revalidatieverstrekkingen in een buitenlandse instelling waarvoor de verzekerde vooraf geen toestemming ontving, heeft hij recht op een tegemoetkoming in de kosten tegen de Belgische tarieven en vergoedingsvoorwaarden⁽¹⁸⁾. Indien de verzekerde een voorafgaande toestemming heeft bekomen op basis van een S2, met toepassing van artikel 294 §1, 14^o, kunnen de zorgen vergoed worden op basis van de tarieven en terugbetalingsvoorwaarden die van toepassing zijn in het land van behandeling.

Bijzondere situatie: Duitstalige gemeenschap

Op basis van omzendbrief VI 2015/391 kunnen Belgische verzekerden uit de Oostkantons een voorafgaande toestemming krijgen voor revalidatieverstrekkingen in Duitsland, op basis van het formulier S2. Dit kan echter alleen in een revalidatiecentrum dat opgenomen is in een lijst van centra die op minder dan 100/150 km van Eupen/Sankt Vith gevestigd zijn⁽¹⁹⁾. De voorafgaande toestemming wordt verleend op basis van een

15. Omzendbrief VI nr. 2014/440.

16. De Administratieve Commissie voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels behandelt de administratieve kwesties in verband met de interpretatie en toepassing van de EU-verordeningen voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels. Ze is samengesteld uit vertegenwoordigers van de lidstaten en de Europese Commissie.

17. op basis van artikel 294 § 1, 8^o of, voor ambulante verstrekkingen binnen de EER/CH, op basis van artikel 294 § 1, 13^o. Indien het over verstrekkingen gaat die een overnachting in de verzorgingsinstelling vereisen, kan de bepaling van artikel 294 § 1, 8^o in conflict komen met artikel 294 §1, 14^o. In de praktijk wordt voorrang verleend aan de bepalingen van artikel 294 § 1, 8^o.

18. RIZIV, Toelichtingen betreffende de toegang tot en terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in een andere lidstaat van de Europese Unie, zowel gedurende een tijdelijk verblijf als geplande geneeskundige zorg, naar aanleiding van de omzetting van Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, versie 30 april 2014. RIZIV, dienst voor geneeskundige verzorging, 2014.

19. RIZIV-Dienst voor geneeskundige verzorging, Omzendbrief aan de Verzekeringsinstellingen nr. 2015/391 van 22 december 2015. Deze omzendbrief geldt tot 31 december 2016. Aangezien de meeste van deze verstrekkingen in het kader van de zesde staatshervorming naar de gefedereerde entiteiten

behandelingsplan waaruit moet blijken dat er voor het gevraagde revalidatieprogramma een equivalent bestaat dat door de Belgische verplichte ziekteverzekering wordt vergoed. De voorafgaande toestemming kan zowel betrekking hebben op ambulante revalidatieverstrekingen als op revalidatieverstrekingen met ziekenhuisopname. Ze dient achteraf bevestigd te worden door het College van geneesheren-directeurs⁽²⁰⁾. De vergoeding gebeurt op basis van de in Duitsland toepasselijke tarieven en terugbetalingsvoorwaarden.

➤ ***Medische verstrekkingen voor verzekerden in grensregio's***

Verzekerden die ofwel op maximaal 15 km van de grens, ofwel op het grondgebied van de Duitstalige gemeenschap wonen, kunnen van de adviserend geneesheer een voorafgaande toestemming krijgen om zich te laten opnemen of dialyseren in een verplegingsinstelling op maximaal 25 km van die grens, op voorwaarde dat er in België dichterbij geen gelijkaardige instelling is. De basis hiervoor is artikel 294, 7° van het KB van 3 juli 1996, verder gespecificeerd in omzendbrief VI 2014/440. In deze situatie hoeft het dossier van de verzekerde geen verantwoording te bevatten. De goedkeuring moet de verplegingsinstelling en/of de geneesheer-specialist en de behandelingsduur vermelden.

Verzekerden die wonen in zones gedefinieerd in 9° van artikel 294, § 1 kunnen een vergoeding ontvangen voor bepaalde medische verstrekkingen in Frankrijk (binnen een straal van 50 km van de verblijfplaats van de verzekerde) of het Groothertogdom Luxemburg. Het gaat hier over verstrekkingen in de specialistische geneeskunde en verloskunde, over ziekenhuisverpleging en tandheelkundige hulp en over farmaceutische verstrekkingen die werden voorgeschreven naar aanleiding van deze behandeling. Ook deze bepaling kan in conflict komen met 14° van artikel 294, § 1, waarbij voor ziekenhuisverpleging en sommige andere zorgen een voorafgaande toestemming wordt vereist. Indien de verzekerde zich zonder voorafgaande toestemming conform artikel 294, 14° in het buitenland laat verzorgen, geldt voor de vergoeding van de zorg de Belgische nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen⁽²¹⁾.

zijn overgeheveld, moet een eventuele verlenging van deze regeling steunen op een akkoord met de Duitstalige Gemeenschap.

20. Het College van geneesheren-directeurs is een orgaan van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Het is samengesteld uit de geneesheren-directeurs van de verzekeringsinstellingen, heeft verschillende opdrachten in de sector revalidatie en herscholingen en beheert tevens het Bijzonder solidariteitsfonds.
21. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is een gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) geheel of gedeeltelijk vergoedt.

➤ ***Medische verstrekkingen waarvoor geen voorafgaande toestemming is vereist***

Geplande geneeskundige verstrekkingen die niet aan een voorafgaande toestemming zijn onderworpen, kunnen vergoed worden volgens de principes van EU-richtlijn 2011/24/EU, op voorwaarde dat de verzorging in België vergoedbaar is en de verzekerde de kosten eerst zelf heeft betaald. Voor de vergoeding geldt de Belgische nomenclatuur ⁽²²⁾.

De facto gaat dit over ambulante verstrekkingen, m.i.v. daghospitalisatie en met uitsluiting van verstrekkingen die het gebruik van zware medische apparatuur vereisen en opgenomen zijn in het ministerieel besluit (MB) van 24 juni 2014. Voor ambulante verstrekkingen die niet mogelijk zijn binnen een medisch verantwoorde termijn, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de betrokkene en het te verwachten ziekteverloop, heeft de verzekerde recht op een voorafgaande toestemming conform de Verordening.

B. Procedure om een voorafgaande toestemming aan te vragen

De procedure om een voorafgaande toestemming aan te vragen voor medische verzorging die onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan verstrekt worden of waarvoor de Europese regelgeving geldt, wordt bepaald in artikel 294 § 2/1 van het KB van 3 juli 1996 en verder toegelicht in omzendbrief VI 2014/440.

De procedure hangt af van de woonplaats van de verzekerde. Omdat de overgrote meerderheid van de situaties waarover de huidige studie gaat, betrekking heeft op RIZIV verzekerden die in België wonen, lichten we hier enkel de procedure toe die van toepassing is op deze groep.

De verzekerde doet een aangetekende schriftelijke aanvraag voor een voorafgaande toestemming bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling. Bij de aanvraag moet een uitvoerig medisch verslag worden gevoegd van een geneesheer-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de ziekte in kwestie. De adviserend geneesheer kan eventueel nog een extra advies vragen van een geneesheer-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening.

De adviserend geneesheer reageert binnen 45 kalenderdagen op de ingediende aanvraag en brengt de verzekerde schriftelijk op de hoogte van zijn beslissing. Als de adviserend geneesheer extra informatie vraagt, wordt deze termijn geschorst. De volgende beslissingen zijn mogelijk:

- de aanvraag wordt goedgekeurd;

22. Artikel 294 § 1, 13° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

- de aanvraag wordt afgekeurd met opgave van een grondige motivering;
- de aanvraag is onvolledig of vergt meer informatie.

Als de adviserend geneesheer niet antwoordt binnen deze termijn, wordt de toestemming geacht te zijn verleend.

De adviserend geneesheer verstrekt een voorafgaande toestemming op basis van *formulier "S2"*, conform artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, indien de zorgverlener/verzorgingsinstelling waarvoor de toestemming wordt verleend deel uitmaakt van het publiek gefinancierde gezondheidszorgstelsel in de lidstaat van de EER of Zwitserland waar de zorgverlener/voorziening is gevestigd. In dit geval zullen de kosten vergoed worden op basis van de tarieven die gelden in de lidstaat van zorgverstrekking.

Indien de zorgverlener/verzorgingsinstelling geen deel uitmaakt van het publieke gezondheidszorgstelsel (= privézorgverlener of privéziekenhuis) of indien de toestemming wordt verleend voor zorgverlening buiten de EER of Zwitserland, dan mag de adviserend geneesheer een voorafgaande toestemming uitreiken op basis van een *document ad hoc* met de bevestiging dat de verzekerde een voorafgaande toestemming heeft gekregen voor een behandeling in een ander land voor rekening van zijn verzekeringsinstelling. Het document ad hoc vermeldt met name het volgende:

- de persoonsgegevens van de verzekerde;
- eventueel een verwijzing naar artikel 294, § 1, 2^o of 14^o van het koninklijk besluit van 3 juli 1996;
- een omschrijving van de behandeling met vermelding van het specialisme;
- begin- en einddatum van de behandeling;
- de naam van het ziekenhuis en eventueel de naam van de specialist.

De medische kosten gemaakt door verzekerden die een voorafgaande toestemming op basis van een *ad hoc formulier* hebben ontvangen zullen vergoed worden op basis van de terugbetalingstarieven die voor dezelfde zorg verstrekt in België toepasselijk zijn.

Wanneer de adviserend geneesheer weigert een voorafgaande toestemming toe te kennen, wordt aan de verzekerde een gemotiveerde beslissing betekend met naleving van de formaliteiten die door het handvest van de sociaal verzekerde zijn vereist, zoals de mogelijkheid en de indieningstermijnen van een beroep bij de arbeidsrechtbank van zijn woonplaats.

Een voorafgaande toestemming kan in uitzonderlijke omstandigheden worden uitgereikt na het vertrek naar het buitenland. Dit is het geval wanneer de verzekerde door een onvoorziene gebeurtenis in de absolute onmogelijkheid is om een aanvraag in te dienen of om te wachten op de beslissing met betrekking tot de aanvraag. De erkenning van een geval van overmacht is de bevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs.

1.1.3 Overeenkomsten voor grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen in de grensregio's

Niet alleen 294, §1 van het KB van 3 juli 1996 voorziet in een aantal mogelijkheden voor grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen in de grensregio's. De Belgische verzekeringsinstellingen en verzorgingsinstellingen en buitenlandse verzekeraars en verstrekkers hebben verschillende overeenkomsten gesloten om de grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen te vereenvoudigen. Deze overeenkomsten werden bekrachtigd door het Verzekeringscomité van het RIZIV.

A. Project Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn (IZOM)

Verzekeringsinstellingen van de verplichte ziekteverzekering in België, Nederland en Duitsland sloten een samenwerkingsakkoord voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in het kader van het project Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn, beter bekend als IZOM (Integratie zorg op maat).

Dit akkoord is van toepassing op de verzekerden van de verplichte ziekteverzekering die in de grensregio Euregio Maas-Rijn wonen. Voor België zijn dit de provincies Limburg en Luik, met inbegrip van de Duitstalige Gemeenschap. Deze verzekerden kunnen geneeskundige zorg in deze regio genieten over de landsgrenzen heen. De wettelijke bepalingen inzake ziekteverzekering en de tarieven en procedures (bijv. behandeling, principes in gezondheidszorg, enz.) van elk land zijn van toepassing. De toestemming voor de behandeling gebeurt door de administratieve aflevering van een zgn. formulier EMR E.112+1, met een geldigheidsduur van één kwartaal tot maximaal één jaar. Een voorafgaande toestemming blijft evenwel vereist voor specifieke geneeskundige zorgen, indien de toepasselijke nationale procedures dit bepalen ⁽²³⁾.

De financiële afhandeling van de verstrekkingen gebeurt op basis van de Verordening.

23. Samenwerkingsakkoord voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in het kader van de verwezenlijking van het project Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn, ondertekend door de betrokken Belgische, Nederlandse en Duitse verzekeringsinstellingen, en, voor wat België betreft, goedgekeurd door het Verzekeringscomité overeenkomstig artikel 136 van de WZIV.

Het samenwerkingsakkoord heeft betrekking op specialistische ambulante verstrekkingen. Zijn bovendien ook gedekt op basis van het akkoord:

- geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voorgeschreven in het kader van de behandeling,
- de ziekenhuisverzorging die voortvloeit uit de behandeling in het buitenland.

Voor de rechtstreekse toegang tot verstrekkingen opgenomen in het MB van 24 juni 2014 blijft een voorafgaande toestemming vereist (²⁴).

B. Georganiseerde zones voor toegang tot grensoverschrijdende zorgverstrekking (GTGZ of ZOAST) tussen België en Frankrijk

Op basis van een Raamakkoord betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg tussen België en Frankrijk (²⁵) werden zeven georganiseerde zones voor toegang tot grensoverschrijdende zorgverstrekking (GTGZ of ZOAST) opgericht aan de grens tussen België en Frankrijk. ZOAST-overeenkomsten hebben tot doel de administratieve procedures voor de toegang tot grensoverschrijdende verzorging binnen een bepaalde geografische zone te vergemakkelijken. Verzekerden uit een zone hebben toegang tot ambulante en intramurale behandeling in de verzorgingsinstellingen aan de andere kant van de grens waarop de overeenkomst van toepassing is. De patiënten ontvangen a posteriori een administratieve toestemming (administratieve S2) voor de tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen. De financiële afhandeling van de verstrekkingen gebeurt op basis van de Verordening.

C. Andere overeenkomsten voor grensoverschrijdende toegang tot zorg

Een achttal andere overeenkomsten geeft toegang tot specifieke geneeskundige zorg in een bepaalde verzorgingsinstelling in Nederland en Frankrijk (²⁶). Meestal gaat het hierbij over samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen om te voorzien in specifieke zorgbehoeften, op basis van complementariteit.

24. RIZIV-Dienst voor geneeskundige verzorging, Omzendbrief aan de Verzekeringsinstellingen nr. 2007/132 van 20 april 2007.

25. Raamakkoord tussen de van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend in Moeskroen op 30 september 2005.

26. Zie voor een overzicht van deze overeenkomsten: RIZIV, Grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten op het gebied van geneeskundige zorg – stand van zaken 1 juli 2015. Dienst geneeskundige verzorging-Verzekeringscomité, Nota CGV 2015/285 corr., Brussel, 28 september 2015 (niet gepubliceerd).

1.1.4 Tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds

Het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF) is een extra vangnet, naast de gewone dekking door de verplichte ziekteverzekering ⁽²⁷⁾. Dit fonds kan aan patiënten met een zeer ernstige aandoening een financiële tegemoetkoming geven voor bepaalde medische verstrekkingen die de verplichte ziekteverzekering niet terugbetaalt. Het Fonds kan zowel medische verzorging als geneesmiddelen terugbetalen, zowel in België als in het buitenland.

Om voor een tegemoetkoming van het BSF in aanmerking te komen moeten de verstrekkingen in het buitenland gelijktijdig aan alle onderstaande criteria beantwoorden ⁽²⁸⁾:

- De verstrekkingen zijn duur.
- De wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid ervan zijn in ruime mate erkend door gezaghebbende internationale medische instanties. Ze zijn dus het experimenteel stadium voorbij.
- Ze beogen de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de verzekerde bedreigt.
- Er bestaat geen aanvaardbaar therapeutisch alternatief in België.
- De verstrekkingen zijn voorgeschreven door een geneesheer-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling.

Bovendien kan het fonds de reis- en verblijfkosten vergoeden van verzekerden met een voorafgaande toestemming voor een behandeling in het buitenland en in voorkomend geval van de persoon die hem/haar begeleidt.

Beslissingen worden geval per geval genomen, door het College van geneesheren-directeurs, afhankelijk van het beschikbare budget.

1.2 Toestemming voor medische zorg in het buitenland in cijfers

Op basis van de statistische data die door de ziekenfondsen aan het RIZIV werden meegedeeld, verstrekten de Belgische VI's 19.309 toestemmingen voor zorg in een ander land in 2014 en 19.793 in 2015. De cijfers hieronder hebben betrekking op 2015.

27. Art. 25 sexies van de WZIV.

28. <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/bijzonder-solidariteitsfonds/Paginas/bijzonder-solidariteitsfonds-buitenland.aspx#.V4TEvOJWGTJ> (geraadpleegd op 10 juni 2016).

Een eerste belangrijke vaststelling is dat het overgrote deel (96%) van de toestemmingen (19.177) werd verleend in het kader van specifieke regelingen in de grensregio's. 132 toestemmingen werden verleend aan zwangere vrouwen om in een andere EER-lidstaat te bevallen. Slechts 335 of 1,7% van het totaal aantal toestemmingen werd verleend op grond van de bepaling dat de behandeling in het buitenland in gunstigere geneeskundige voorwaarden mogelijk is. Ons onderzoek gaat vooral over deze laatste 335 toestemmingen, dus een zeer klein percentage van het totaal aantal voorafgaande toestemmingen.

De cijfers maken ook melding van 149 toestemmingen verleend om andere, niet-gespecificeerde redenen. Dit is moeilijk te verzoenen met de informatie uit de interviews in de volgende sectie, met name dat er nooit toestemmingen op andere gronden worden verleend. Wellicht gaat het minstens bij een deel van deze 149 gevallen over toestemmingen voor een behandeling onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland.

Er waren geen beslissingen die niet binnen de maximale termijn van 45 dagen werden genomen en dus geen ambtshalve toestemmingen.

In totaal werden 434 aanvragen geweigerd. 105 ervan waren ingediend op basis van de bepalingen met betrekking tot "gunstigere geneeskundige voorwaarden" in het buitenland. Dit aantal slaat alleen op de officieel ingediende en vervolledigde aanvraagdossiers. Verzekerden die in een eerdere fase te horen kregen dat hun dossier niet in aanmerking komt voor een voorafgaande toestemming, bijvoorbeeld aan het loket of op de sociale dienst van het ziekenfonds, zitten niet in dit aantal.

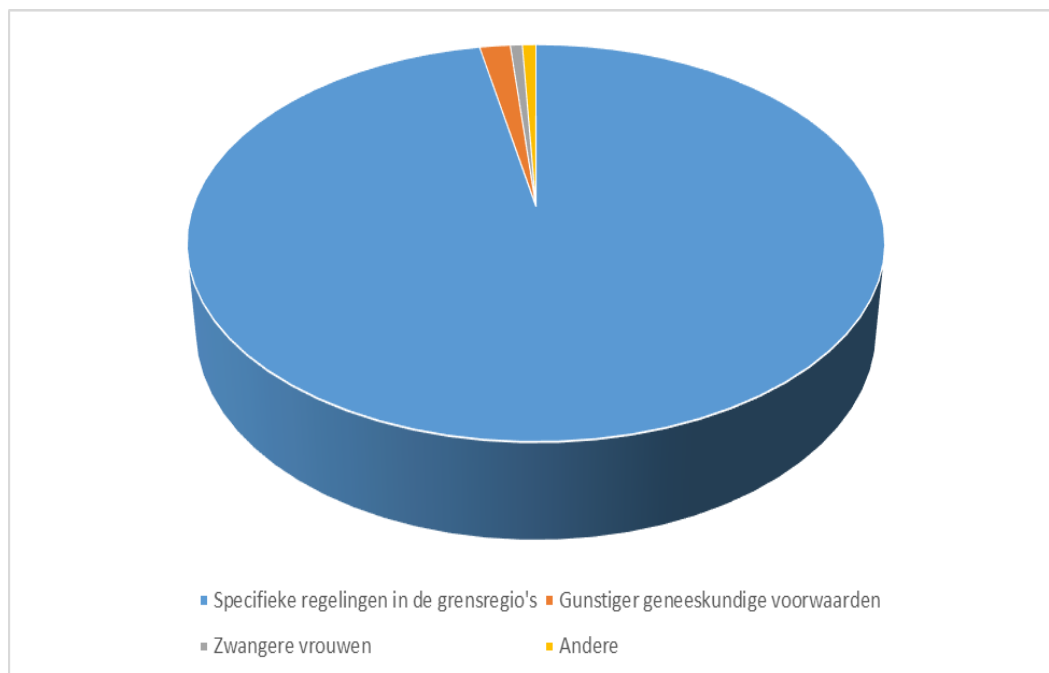
Tabel 1: Aanvragen voor voorafgaande toestemming voor behandeling in het buitenland in 2015

	Goedgekeurd	Geweigerd
<i>Specifieke regelingen in de grensregio's, waaronder</i>	19 177	20
S2 – grensstreek	987	6
S2 – revalidatie in Duitsland	282	10
IZOM-samenwerkingsakkoord	17 779	4
ZOAST	129	0
<i>Gunstigere geneeskundige voorwaarden, waaronder</i>	335	105
S2 "gunstiger geneeskundige voorwaarden"	304	82
Document "ad hoc" (artikel 294, §1, 2° KB 3 juli 1996)	31	23
<i>Zwangere vrouwen</i>	132	1
<i>Andere, waaronder</i>	149	308
S2 - artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004	115	288
Document "ad hoc" – artikel 294, §1, 14°, KB 3 juli 1996	34	20
TOTAAL	19 793	434

Bron: RIZIV, 2016.

Visueel voorgesteld geeft dit het volgende beeld:

Figuur 1: Aantal goedgekeurde aanvragen in 2015



Bron: RIZIV, 2016.

De meeste toestemmingen (86%) werden verstrekt voor verzorging in Duitsland (17.034). Verder zijn er toestemmingen voor behandeling in Nederland (1.605), Luxemburg (721) en Frankrijk (364). Voor de andere landen ligt het aantal toestemmingen onder 20.

Van de 335 toestemmingen voor een behandeling onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland, werd bijna de helft (160) verleend voor verzorging in Nederland, 106 voor Frankrijk, 49 voor Duitsland en zeven voor het VK. 304 van deze 335 toestemmingen werden verstrekt voor een behandeling in een verzorgingsinstelling uit het publiek gefinancierde systeem. Hiervoor werd dus een S2 formulier afgeleverd. Er werden 31 toestemmingen verleend op basis van een zgn. "ad hoc formulier", waarvan 30 voor zorgen bij een privéverstrekker en één voor een behandeling buiten de Europese Economische Ruimte en Zwitserland.

Tabel 2: Verleende toestemmingen per land, 2015

	Totaal	Gunstigere geneeskundige voorwaarden
Duitsland	17 034	49
Nederland	1 605	160
Luxemburg	721	1
Frankrijk	364	106
VK	20	7
Spanje	12	3
Zwitserland	11	3
Andere	26	6
TOTAAL	19 793	335

Bron: RIZIV, 2016.

1.3 Regelingen in andere EU lidstaten

Het is de Belgische wetgeving die bepaalt dat een RIZIV verzekerde recht heeft op behandeling in een ander land “wanneer het herstel van zijn gezondheid een opname in een verplegingsinrichting vereist welke in gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan geschieden”, mits de voorwaarden voor vergoeding door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zijn vervuld.

Er is weinig geweten over de mate waarin andere Europese lidstaten een gelijkaardige mogelijkheid bieden. Het RIZIV deed navraag in de buurlanden NL, DE, LU, FR en UK (²⁹). In geen van deze landen bestaat een gelijkaardige bepaling. Wel voorziet de wetgeving in Luxemburg, Nederland en Duitsland in de terugbetaling van een behandeling op voorwaarde dat ze conform is aan de stand van de internationale medische wetenschap. Impliciet kan dit inhouden dat patiënten, indien ze niet in eigen land kunnen behandeld worden in overeenstemming met de laatste medische inzichten, naar het buitenland kunnen verwezen worden.

In een rapport opgesteld voor de Europese Commissie in 2014, werden lidstaten ook bevroegd over specifieke nationale regelingen die patiënten toestemming geven om zich in een ander land te laten behandelen. Hierin worden volgende regelingen vermeld (³⁰):

29. RIZIV, Het concept “gunstiger geneeskundige voorwaarden” (artikel 294, §1, 2°, KB van 3 juli 1996). College van geneesheren-directeuren, Werkdocument – vs.1 – 20 januari 2015.

30. Pacolet, J en De Wispelaere F, Planned cross-border healthcare, PD S2 Questionnaire, Network Statistics FMSSFE, Europese Commissie, juni 2014, 29 blz.

- In Tsjechië kan de patiënt een goedkeuring krijgen om zich in het buitenland te laten behandelen indien dit de enige optie is, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de betrokken patiënt.
- In Estland kan een patiënt toestemming krijgen voor een behandeling die niet verstrekt wordt in eigen land en die therapeutisch gerechtvaardigd en doeltreffend is. De gemiddelde kans dat het doel van de toegepaste medische techniek bereikt wordt, moet minstens 50% zijn.
- In Hongarije wordt toestemming verleend indien er een reële kans is om de kwaliteit van het leven van de patiënt te verbeteren.
- De Nederlandse ziekteverzekering voorziet in een werelddekking. De patiënt kan dus een buitenlandse verstrekker kiezen voor verstrekkingen die in het verzekerd pakket zijn opgenomen.
- In Portugal heeft de patiënt recht op gespecialiseerde gezondheidszorg in het buitenland indien de zorg in eigen land niet kan worden verstrekt wegens een gebrek aan technische of menselijke middelen.

Andere landen hebben ofwel geen gelijkaardige regeling, ofwel is er geen duidelijke informatie hierover beschikbaar.

2. Afhandeling van de aanvragen in de verzekeringsinstellingen

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de interviews met de actoren uit de ziekenfondsen en landsbonden over de behandeling van de aanvragen voor een voorafgaande toestemming.

2.1 Interne procedure: tendens tot centralisatie van de beslissingen

In zes van de zeven Landsbonden van Verzekeringsinstellingen (LVI's) behandelt de adviserend geneesheer (AG) op lokaal niveau de aanvragen voor voorafgaande toestemming voor zorg in het buitenland voor verzekerden die gebruik maken van een speciale regeling in de grensregio's.

Voor de afhandeling van de andere aanvragen is er in alle LVI's een vorm van centralisatie, in het bijzonder voor zorg die onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan worden verstrekt. De centralisatie kan betrekking hebben op:

- het indienen van de aanvragen;
- het onderzoek van de aanvragen en een advies over de beslissing;

- de formele beslissing of het toezicht op de beslissingen genomen op het gedecentraliseerd niveau.

De vorm en de mate waarin dit gebeurt, verschilt van LVI tot LVI en in sommige LVI's is de procedure verschillend naargelang van de taalgroep (NL-FR-DE).

We kunnen volgende vormen van centralisatie onderscheiden:

- In twee LVI's worden de aanvragen uit één van de drie taalgemeenschappen (respectievelijk uit de Franse en Duitstalige gemeenschap) autonoom behandeld door (één van) de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstelling (VI) waar de verzekerde bij is aangesloten. Meestal behandelt één AG binnen de VI dan alle aanvragen voor zorg in het buitenland. Bij twijfel kunnen deze AG's een beroep doen op één of twee centraal door de LVI aangeduide AG's voor advies. In één van deze twee LVI's kunnen de centraal aangeduide AG's ook post hoc toezicht uitoefenen op de beslissingen die decentraal zijn genomen, via een softwaretool waarin alle aanvragen en de afhandeling ervan worden ingevoerd. Deze centraal aangeduide AG's vragen in geval van twijfel advies aan het informeel intermutualistisch platform (zie hieronder).
- In de andere taalgemeenschappen van deze LVI's en in alle andere LVI's worden alle aanvragen doorgestuurd naar het centrale niveau voor onderzoek, advies en soms ook beslissing. In één LVI was er evenwel enige twijfel of de aanvragen ook effectief altijd werden doorgestuurd naar het nationale niveau of soms toch decentraal werden behandeld.
- In de meeste gevallen worden de aanvragen centraal onderzocht door een beperkt aantal AG's, aangeduid door de LVI (hierna: referentie-AG's). In de grotere LVI's zijn er aparte referentie-AG's voor Franstalige en Nederlandstalige aanvragen, in kleinere LVI's behandelen dezelfde AG's aanvragen uit de verschillende taalgroepen ⁽³¹⁾. Ze onderzoeken de aanvraag en verstrekken een bindend advies aan de AG van het ziekenfonds dat de aanvraag heeft ontvangen en de formele beslissing neemt. Dit advies betreft de positieve of negatieve beslissing evenals de formulering van de motivering van de beslissing, op te nemen in het toestemmings- of weigeringsformulier. In verschillende LVI's doen twee referentie-AG's in onderling overleg het onderzoek en bereiden zij samen het advies voor om de uniformiteit van de adviezen te verzekeren. De beslissing van de bevoegde AG wordt door het ziekenfonds aan de verzekerde meegedeeld.
- Geïnterviewden van sommige LVI's meldden dat ze er geen zicht op hebben of de AG die de toestemming formeel toekent ook effectief het bindend advies volgt. In één LVI wordt op de adviezen van de referentie-AG's post hoc toezicht uitgeoefend door de AG's van de medische

31. Het marktaandeel van de LVI's varieert van ongeveer 40% voor de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten tot minder dan 1% voor de Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail. De respectieve marktaandelen van de LVI's verschillen sterk van gewest tot gewest.

directie (derde lijn), via een softwaretool waarin de afhandeling van de aanvragen wordt ingevoerd. In deze LVI kunnen de referentie-AG's bij twijfel ook terecht bij deze leden van de medische directie.

- In twee LVI's wordt de beslissing zelf centraal genomen. In één van deze LVI's worden de aanvragen, die door de verzekerden in hun ziekenfonds worden ingediend, ingevoerd in een softwaretool. De volledige afhandeling gebeurt vervolgens centraal, door een groep van AG's die alle aanvragen voor geneeskundige verzorging in binnen- en buitenland behandelt. Bij twijfel en interpretatieproblemen of indien ze willen dubbelchecken kunnen deze AG's voor advies terecht bij een "derde-lijns AG". De beslissing wordt via het ziekenfonds aan de verzekerde meegedeeld. In een andere LVI kunnen de verzekerden hun aanvraag ofwel rechtstreeks centraal indienen of in een lokale eenheid. Eén AG neemt hier centraal de beslissing en de administratieve afhandeling en verstrekking van de beslissing aan de verzekerde gebeurt via de VI.

De volgende redenen werden opgegeven voor centralisatie van de afhandeling:

- Men stelde te grote verschillen tussen de beslissingen van de AG's vast. Centralisatie moet leiden tot een bundeling van de kennis en meer uniformiteit in de beslissingen. Vóór 2013 vertrouwde men vaak op het oordeel van de verwijzende arts. Indien die oordeelde dat er een medische noodzaak was voor een behandeling in het buitenland, werd een voorafgaande toestemming verstrekt. Er werd niet steeds nagegaan of de behandeling opgenomen was in de Belgische nomenclatuur ⁽³²⁾, noch of de behandeling in België beschikbaar was (eventueel over de taalgrens). Ook werd er soepeler omgegaan met aanvragen om andere dan strikt medische redenen, zoals taal of sociale redenen. Sinds 2013 is het wettelijke kader veel duidelijker, met een striktere interpretatie van de bepalingen, waardoor ook de complexiteit is toegenomen. Er is een grote kennis nodig om de dossiers te kunnen beoordelen en de materie evolueert permanent.
- Op lokaal niveau is de druk voor een positieve beslissing vaak groot: druk van patiënten, politiek, lokale of buitenlandse verstrekkers. Door concurrentie tussen de ziekenfondsen geeft men op het lokale niveau gemakkelijker toe aan druk. Centraal is men minder blootgesteld aan deze druk, en kan er dus in grotere onafhankelijkheid beslist worden.

"De diversiteit van de beslissingen tussen de adviserend geneesheren was te groot"

32. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is een gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de verplichte ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) geheel of gedeeltelijk vergoedt.

Door deze centralisatie en het verschil in grootte tussen de LVI's is er een zeer groot verschil in het aantal aanvragen dat een (referentie-) AG behandelt. Sommigen behandelen enkele aanvragen per jaar, anderen doen dit dagelijks.

2.2 Intermutualistisch overleg: het platform internationale overeenkomsten

Om overleg te plegen over de aanvragen waarover twijfel bestaat, werd er een informeel intermutualistisch overlegplatform opgericht: het platform internationale overeenkomsten (hierna: het platform). Dit platform vergadert om de vier à zes weken en per LVI maken één of twee referentie-AG's er deel van uit. Er wordt zoveel mogelijk naar consensus gestreefd. Over het overgrote deel van de aanvragen wordt via e-mail overlegd, tussen de vergaderingen door. Op de vergaderingen kunnen specialisten uitgenodigd worden. Het platform bespreekt ook specifieke vragen, los van een concreet dossier, bijvoorbeeld over een bepaalde behandeling of bepaalde buitenlandse zorgvoorzieningen.

De doelstellingen van het platform zijn:

- een meer uniforme behandeling van de aanvragen, over de LVI's heen verzekeren. Dit vermijdt ook concurrentie tussen de ziekenfondsen;
- kennis bijeenbrengen over de regelgeving en over het Belgische landschap van zorgverstrekkers, over de taalgrenzen heen. Dit laat toe om beter gefundeerde adviezen te geven;
- een soort "mediprudentie" creëren: de cases en adviezen die in het platform besproken zijn, worden geregistreerd, zodat men hier achteraf naar kan teruggrijpen in een gelijkaardig geval;
- in fine, adviezen om de wetgeving of de nomenclatuur te wijzigen.

Adviezen van het platform kunnen betrekking hebben op:

- suggesties over specialisten in België die de verstrekking waarschijnlijk ook verrichten of specialisten bij wie men te rade zou kunnen gaan voor een second opinion;
- een Belgische nomenclatuurcode voor de behandeling;
- bepaalde aspecten die onderbelicht zijn in de ontwerpbeslissing;
- aanvragen voor revalidatie in het buitenland. De Belgische wetgeving is op dit vlak onduidelijk, waardoor er grote problemen zijn met de toepasbaarheid.

De mate waarin en de wijze waarop de verschillende LVI's gebruik maken van dit platform varieert. In sommige grotere LVI's worden de meeste aanvragen intern behandeld. Alleen zeer specifieke twijfelgevallen worden voor advies doorgestuurd naar het platform. In andere LVI's

worden alle aanvragen waarvan de beslissing niet voor de hand ligt naar het platform doorgestuurd voor advies, vóór er een finale beslissing wordt genomen. De referentie-AG bereidt het dossier voor, verzamelt de nodige informatie en onderzoekt de zaak, formuleert eventueel een voorstel van beslissing en stuurt de case rond voor feedback. Meestal informeren de referentie-AG's elkaar in het platform ook over het gevolg dat ze aan de aanvraag hebben gegeven. Sommige referentie-AG's stellen hun vragen liever tijdens de vergaderingen van het platform dan via e-mail.

De leden van het platform reageren zeer snel met een advies op vragen die via e-mail worden gesteld. De vraagsteller ontvangt meestal binnen 24 tot 48 uur alle feedback.

"Tout le monde aime la plateforme"

Alle geïnterviewden waren zeer positief over de werking van het platform. Het werkt efficiënt en snel, het heeft geleid tot een convergentie van de visies en de deelnemers maken een gezamenlijk en wederzijds leerproces door. Binnen het platform leeft de discussie over een eventuele formalisering van de structuur (zie sectie problemen en oplossingen).

2.3 Ondersteuningstools

Omdat de meeste aanvragen onvoldoende onderbouwd waren om er een beslissing op te baseren, ontwikkelde het platform een standaard aanvraagformulier (zie bijlage I), in te vullen door de verwijzende arts. Dit formulier wordt door zes van de zeven LVI's gebruikt. Sommige LVI's laten het formulier enkel invullen als de aanvraag onvolledig of onduidelijk is, anderen gebruiken het systematisch.

Het formulier vraagt naar gegevens over:

- de medische problematiek;
- de gevraagde zorg;
- de buitenlandse arts en verzorgingsinstelling;
- de verwachte nazorg;
- andere geconsulteerde artsen in België uit hetzelfde vakgebied;
- de medisch-technische beschikbaarheid van de zorg in België;
- de (pseudo)nomenclatuurcode;
- de motivering voor de verwijzing;
- of de aanvraag werd opgesteld op aandringen van de patiënt.

Verwijzers worden verzocht om medische verslagen, adviezen van collega's en andere relevante documenten als bijlage toe te voegen.

De meeste LVI's werkten ook eigen guidelines en/of ondersteuningstools uit.

In twee LVI's werd een softwaretool ontwikkeld om de informatie over aanvragen systematisch uit te wisselen tussen de VI's en de LVI. Deze tools bevatten basisinformatie over de aanvraag, zoals de aanvrager, verstrekker en verwijzer, het land van behandeling (binnen of buiten de EU), het verstrekte akkoord of de weigering; de begin- en einddatum van de verstrekking; of een S2- of ad hoc-akkoord is gegeven, de motivering, of een Herrera-transportvergoeding werd toegekend, enz. De medische verslagen, de motivering van de aanvraag en andere relevante documenten kunnen als bijlage in dit programma worden opgenomen.

Meerdere LVIs hebben schema's en beslissingsbomen uitgewerkt voor de (referentie-) AG's om het bestaande wettelijke kader toe te lichten. Sommigen stelden checklists op over de documenten die bij het aanvraagformulier dienen gevoegd te worden, ter ondersteuning van de mensen die de aanvragen in de VI's ontvangen. Soms vroegen ze feedback aan collega's uit andere/grotere LVI's over de correctheid van de inhoud van de beslissingschema's en guidelines. Ook werden vormingen georganiseerd voor de AG's over het toepasselijke wettelijke kader.

Eén LVI maakte een overzicht van de aard van de aanvragen en de expertisecentra en specialisten in het buitenland waarnaar verwezen wordt. Het was de bedoeling om bij nieuwe aanvragen te kunnen terugvallen op cases die reeds onderzocht werden, bijv. voor een gelijkaardige pathologie of een verwijzing naar hetzelfde centrum. Het overzicht werd echter te gecompliceerd en er zijn plannen om het te vereenvoudigen.

2.4 Gronden voor toestemming en weigering van een aanvraag

Indien we de speciale regelingen in de grensregio's buiten beschouwing laten – omdat in deze regelingen een (eerder administratieve) toestemming wordt gegeven zonder dat de aanvraag moet gemotiveerd worden –, worden alle toestemmingen verstrekt op basis van artikel 294, §1, 2° voor behandelingen onder gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland.

Bij het onderzoek van de aanvraag wordt geëvalueerd of de verstrekking:

- opgenomen is in het Belgische verzekerde pakket;
- binnen een medisch aanvaardbare termijn beschikbaar is in België;
- in een buitenlands ziekenhuis kan gebeuren onder gunstigere geneeskundige voorwaarden.

In het platform is er een tendens om te evalueren of de behandeling in België “niet goed genoeg is”, eerder dan te kijken of het elders beter is. In het aanvraagformulier wordt aan de verwijzende specialist gevraagd om te motiveren waarom de noodzaak bestaat om af te wijken van de in België beschikbare medische zorg.

Moet men toestemming geven als de behandeling in België "goed genoeg" is?

Met de kostprijs van de behandeling in het buitenland wordt nooit rekening gehouden en hierover wordt ook geen informatie verzameld. Er wordt nooit een bestek gevraagd. Men heeft er meestal geen idee van wat de behandeling in het buitenland kost.

De leeftijd van de patiënt is in principe geen criterium in de evaluatie. Het gebeurt wel dat binnenlandse verstrekkers onvoldoende expertise en ervaring hebben, bijvoorbeeld voor een specifieke behandeling voor een kind, terwijl voor volwassenen voldoende expertise in België aanwezig is. Ook wordt er rekening gehouden met de leeftijd indien de nomenclatuur dat voorziet. De meeste toestemmingen gaan over zeer specifieke medische zorg voor uitzonderlijke aandoeningen. Toestemmingen werden verleend voor behandelingen bij foetussen, baby's en kinderen. De voorbeelden tijdens de interviews gingen over de reconstructie van een orgaan, complicaties bij een eerdere ingreep en specifieke hersenchirurgie.

Eén respondent signaleert dat er een zeker verschil in benadering is tussen de (referentie-)AG's: sommigen beschouwen elke situatie/problematiek als een uniek geval waarvoor een specifieke oplossing moet gezocht worden (bijv. op het vlak van de leeftijd), anderen zoeken eerder naar een algemeen toepasselijke benadering.

Indien de zorg in België beschikbaar is binnen een medisch aanvaardbare termijn of indien ze niet opgenomen is in het Belgische verzekerde pakket, wordt de aanvraag geweigerd.

De geïnterviewden waren unaniem dat er geen onaanvaardbare wachttijden zijn in België en dat in geval van hoogdringendheid steeds een oplossing kan gevonden worden in eigen land.

Meerdere voorbeelden van weigeringen die de respondenten vermeldden, hadden betrekking op het voortzetten van een behandeling door de verstrekker bij wie de patiënt eerder voor dezelfde aandoening in behandeling was geweest. Enkele voorbeelden:

- een verstrekker was verhuisd naar het buitenland;
- een patiënt onderging een medische ingreep gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland;
- een verstrekker voerde in twee landen praktijk (onder een verschillend statuut).

Ook werd een voorbeeld gegeven van een patiënt die reeds langere tijd in een andere lidstaat op de wachtlijst stond voor een orgaantransplantatie en recent in België verzekerd werd.

Soms spelen financiële motieven een rol bij een aanvraag. Er werd bijvoorbeeld een voorafgaande toestemming geweigerd voor een ingreep waarvoor men in België verschillende technieken gebruikt. Voor de specifieke techniek waarvoor de verzekerde zich in het buitenland wilde laten behandelen wordt er in België een supplement aangerekend. Ook werd een voorbeeld gegeven van een medische ingreep waarbij het implantaat dat geplaatst werd in België niet vergoed werd en in een ander land wel.

2.5 Evaluatie van de aanvraag

2.5.1 Het aanvraagformulier opgesteld door de verwijzende arts vormt de basis

De basisinformatie voor de aanvraag komt van de verwijzende arts, op basis van het standaard vragenformulier.

Over het algemeen vertrouwt men op het dossier van deze arts voor wat de medische toestand van de patiënt betreft, de geschiktheid van de aangevraagde behandeling en kwaliteit van de buitenlandse verstrekker. De verzekerde wordt normaal niet medisch onderzocht door de AG, ook al zou dat in principe kunnen. Eén geïnterviewde maakte melding van enkele patiënten die door een AG medisch onderzocht werden omdat ze allen voor een bepaalde behandeling verwezen werden naar dezelfde buitenlandse specialist.

2.5.2 Eigen onderzoek indien nodig

Over andere aspecten verzamelt de (referentie-)AG indien nodig bijkomende informatie of hij kan de verstrekte informatie dubbelchecken. Sommige geïnterviewden starten het onderzoek enkel op voorwaarde dat de verwijzende arts alle elementen van het standaard aanvraagformulier heeft ingevuld, anderen doen relatief veel onderzoek "in house".

In de meeste LVI's kunnen de (referentie-) AG's een beroep doen op ondersteunende diensten voor dit onderzoek. In sommige LVI's doen de sociale of medische diensten van het ziekenfonds waar de verzekerde bij is aangesloten het opzoekingswerk. Deze diensten houden ook contact met de patiënt en eventueel de verwijzende verstrekker voor extra informatie. In andere LVI's is er centraal ondersteuning.

De mate waarin de (referentie-) AG eigen onderzoek doet, hangt enerzijds af van de kwalificatie van de verwijzende arts en anderzijds van de aard van het aanvraagdossier.

Indien een gerenommeerde specialist uit een universitair ziekenhuis de aanvraag opstelde, wordt in principe op zijn oordeel vertrouwd. Het platform heeft ervoor gekozen om niet systematisch een second opinion te vragen in het aanvraagdossier, maar de AG kan hier wel om verzoeken. Indien de aanvraag van een arts uit een perifeer ziekenhuis komt, wordt er meer nauwlettend nagekeken of alle criteria van de aanvraag vervuld zijn en wordt gewoonlijk aan de verwijzer gevraagd om een second opinion van een specialist uit een universitair centrum toe te voegen. Ook kan de (referentie-) AG zelf een advies (second opinion) vragen aan een specialist over bepaalde aspecten van het aanvraagdossier.

2.5.3 Kritische doorlichting van de aanvraag vaak aangewezen

Er zijn meerdere redenen om de aanvraag van de verwijzende specialist kritisch door te lichten. De concurrentie tussen verzorgingsinstellingen in België vormt een incentive om patiënten naar het buitenland te verwijzen. Meerdere respondenten vermeldden dat sommige artsen patiënten liever naar het buitenland verwijzen dan naar een concurrerende verstrekker of een concurrerend ziekenhuis in België. Vaak is men terughoudend om patiënten te verwijzen naar een verzorgingsinstelling aan de andere kant van de taalgrens en ook patiënten verkiezen soms om in hun eigen taal in het buitenland behandeld te worden, eerder dan in eigen land in een andere taal. Voor artsen is het soms moeilijk om toe te geven dat ze niet voldoende expertise bezitten voor een specifieke verstrekking, maar dat die expertise wel in een ander Belgisch ziekenhuis aanwezig is. Dan kan het gemakkelijker zijn om naar de "superspecialist" in het buitenland te verwijzen. Sommige specialisten verwijzen naar collega's in het buitenland binnen hun eigen netwerk: centra waar ze een opleiding hebben genoten of specialisten die ze op een congres hebben ontmoet. Vaak wordt er ook verwezen naar buitenlandse zorgverstrekkers die bekendheid verworven hebben omdat ze zich op een specifieke benadering hebben toegelegd, terwijl de behandeling die ze aanbieden niet noodzakelijk evidencebased is. Soms wisselen patiënten onderling informatie uit over een verstrekker met een zgn. innovatieve behandelmethode.

Volgens sommige respondenten wordt in de evaluatie van de aanvragen nog te veel vertrouwd op gezagsargumenten van de verwijzer. Men evalueert te weinig wat een concrete oplossing is voor het concrete gezondheidsprobleem.

Meerdere respondenten signaleerden dat verwijzende specialisten uit universitaire centra het aanvraagstelsel en de criteria beter beginnen te begrijpen, vooral sinds de verwijzers de vragenlijst moeten invullen. Soms voegen ze er spontaan een advies van een collega uit een ander centrum bij. Dit leidt tot toenemende convergentie van de adviezen.

Vaak wordt er naar dezelfde expertisecentra verwezen. Aanvragen voor behandelingen in een centrum waarvoor reeds eerder een aanvraag werd goedgekeurd, worden vlotter goedgekeurd.

2.5.4 Informatiebronnen voor het onderzoek

Om na te gaan of de behandeling in België beschikbaar is binnen een medisch aanvaardbare termijn en of er voldoende expertise voor het specifieke geval in België bestaat, is het persoonlijke netwerk van de (referentie-)AG's belangrijk. Er wordt telefonisch contact opgenomen met bevriende specialisten, om te vragen of en waar de behandeling in België gebeurt en binnen welke termijn. Door de centralisatie van de beslissingen binnen de LVI's en de adviesfunctie van het platform worden de netwerken van meerdere AG's en meerdere LVI's samengevoegd, waardoor men gericht specialisten kan contacteren. Meerdere geïnterviewden vermeldden ook dat ze, dankzij het platform, namen gesuggereerd krijgen van specialisten aan de andere kant van de taalgrens, waar ze zelf minder contacten hebben. Een referentie-AG gaf ook het voorbeeld van een geval waarvoor het stuurcomité van de Belgische expertisecentra voor de aandoening in kwestie geconsulteerd.

"Kunnen jullie dat niet?"

Om de expertise van de buitenlandse specialist te evalueren doet men soms ook een beroep op deze netwerken. Men kan aan een Belgische specialist een advies vragen over de expertise voor een specifiek probleem in een bepaalde buitenlandse instelling. Soms wordt het CV van de buitenlandse verstrekker opgezocht en worden zijn wetenschappelijke publicaties in het vakdomein geraadpleegd. Dit kan een aanleiding zijn om extra vragen te stellen aan de verwijzende arts. Het gebeurt ook dat men de buitenlandse verstrekker vraagt om zijn expertise aan te tonen. Men zoekt ook op het internet informatie over de zorgvoorziening waarnaar de patiënt verwezen wordt, bijvoorbeeld indien men vermoedt dat het een kuuroord is.

Vaak worden aanvragen gedaan voor een behandeling op zeer korte termijn ("morgen in Parijs"). In een dergelijke situatie neemt de (referentie-)AG soms zelf contact op met de buitenlandse specialist om zijn advies te vragen.

Om te kunnen beslissen of een S2 of een ad hoc formulier moet worden toegekend, vraagt men aan de verwijzende arts of de buitenlandse verstrekker in het publieke systeem geïntegreerd is of niet. Referentie-AG's signaleren dat het niet altijd eenvoudig uit te maken is of de artsen al dan niet in het publieke systeem werken. Artsen die in publieke instellingen werken, werken soms ook privé voor buitenlandse patiënten en omgekeerd zijn er privé-instellingen die een S2 aanvaarden. Soms vraagt men aan een buitenlands ziekenfonds of de verstrekker in het publieke systeem zit of

zoekt men via het internet of de voorziening een privékliniek is, waar de patiënt mogelijk een hoge eigen bijdrage zal betalen.

Verschillende geïnterviewden vonden de evaluatie of een verstrekking in de nomenclatuur voorkomt het meest complexe aspect van de evaluatie. Indien de in het buitenland toegepaste medische procedure niet exact dezelfde is als die in België gewoonlijk wordt toegepast, kan het moeilijk zijn om te evalueren of de verstrekking voorkomt in het Belgische verzekerde pakket. Bij een zeer algemene nomenclatuurcode, die eerder definieert voor welke aandoening een behandeling wordt terugbetaald, is het relatief eenvoudig om te beoordelen of de verstrekking er onder valt. Maar indien de nomenclatuurcode een specifieke medische procedure of techniek beschrijft en de techniek in het buitenland niet exact overeenstemt met de beschrijving van de nomenclatuur, dan is de evaluatie moeilijker. Volgens sommige geïnterviewde referentie-AG's kan een aanvraag enkel worden goedgekeurd indien de behandeling exact dezelfde is als de beschrijving in de nomenclatuur. Volgens anderen hangt het er van af hoe verschillend de techniek is: gaat het over één verschillend detail in een geheel, of een geheel nieuwe techniek? Implantaten moeten op de Belgische lijst staan. Maar indien in het kader van een behandeling een implantaat wordt gebruikt dat verschilt van het implantaat dat op de Belgische lijst staat, kan volgens sommigen de globale behandeling wel terugbetaald worden. Ook kan worden nagegaan of een procedure in België de facto wordt toegepast en onder welke nomenclatuurcode die dan wordt gefactureerd (bijvoorbeeld indien de verstrekking beschreven in de nomenclatuur geëvolueerd is door ontwikkelingen in de medische wetenschap). Bij twijfel wordt de aanvraag aan het platform voorgelegd, waar naar consensus wordt gestreefd. Het platform kan evalueren of een verstrekking een variant is op een in de nomenclatuur opgenomen verstrekking. Het platform kan ook de mening van een Belgische specialist hieromtrent vragen. Soms wordt ook advies gevraagd aan de werkgroep interpretatie van de nomenclatuur van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV ⁽³³⁾. Deze werkgroep kan aangeven of de verstrekking in de nomenclatuur is opgenomen en welke code gebruikt kan worden.

Voorbeelden die illustreren hoe geëvalueerd wordt of een verstrekking in het Belgische verzekerde pakket is opgenomen:

- Er werd toestemming gevraagd voor de vernieuwing van een prothese, door middel van een ingreep in het buitenland. De technische beschrijving van het apparaat komt niet als zodanig voor in de Belgische nomenclatuur. Men heeft aan een expert in de overeenkomstencommissie van orthopedisten gevraagd of er in de Belgische nomenclatuur een equivalent bestaat.
- Voor een orgaantransplantatie die niet in de nomenclatuur is opgenomen werd een pseudocode aanvaard op basis van een advies van de werkgroep interpretatie van de TGR.

33. De Technisch Geneeskundige Raad formuleert voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Indien de medische procedure verschilt van wat in de nomenclatuur is opgenomen, kan de aanvraag eventueel verwezen worden naar het College van geneesheren-directeurs, om te onderzoeken of ze in aanmerking komt voor financiering via het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF).

Veel aanvragen hebben betrekking op behandelingen waarvan de werking onvoldoende is aangetoond. De verwijzende arts geeft regelmatig zelf aan dat het over een experimentele verstrekking gaat. Het is niet altijd gemakkelijk om dergelijke aanvragen te beoordelen. Vaak gaat het om een nieuwe, soms veelbelovende techniek, waarvan de specialisten in België vinden dat het nog te vroeg is om ze toe te passen. Patiënten die shoppen, vinden dan wel een verstrekker die naar het buitenland wil verwijzen. Indien het vermoeden bestaat dat het over een experimentele verstrekking gaat, verifieert de (referentie-) AG in welke mate de verstrekking evidencebased is, op basis van de wetenschappelijke literatuur. Hij wint ook het advies in van Belgische specialisten, eventueel op suggestie van het platform. Dergelijke aanvragen zijn vaak afkomstig van verzekerden met zeer zware aandoeningen. Als men in België oordeelt dat verdere behandeling geen zin meer heeft, stellen ze hun laatste hoop op een experimentele behandeling in het buitenland. Het aanvraagformulier gaat na of de aanvraag gebeurt op aandringen van de patiënt of op initiatief van de verwijzende arts. Een aanvraag op aandringen van de patiënt is vaak een indicatie dat het over een nog onvoldoende wetenschappelijk geëvalueerde medische procedure gaat, waarover de patiënt bijvoorbeeld via het internet informatie heeft ingewonnen. Sommige referentie-AG's hadden het er in sommige gevallen moeilijk mee om dergelijke aanvragen te weigeren, omdat het vaak behandelingen van de laatste kans zijn, ook voor jonge kinderen ⁽³⁴⁾.

Enkele voorbeelden van aanvragen die geweigerd werden omdat de behandeling onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is:

- een nieuwe manier om intra-abdominale tumoren te behandelen;
- een behandeling van hyperthermie die als veelbelovend beschouwd wordt, maar niet evidencebased is;
- verstrekkers in het buitenland die meerdere ingrepen doen tijdens één operatie, daar waar Belgische artsen dit niet aangewezen en zelfs gevaarlijk vinden.

34. Op basis van omzendbrief VI 2016/124 van 20 mei 2016 bestaat sinds kort een procedure waarbij onder bepaalde voorwaarden de kosten van de "standard of care" bij deelname aan een erkende klinische proef in het buitenland (de facto EER en CH) kunnen ten laste genomen worden.

2.6 Beslissingstermijn

Alle respondenten benadrukten dat de aanvragen zeer vlug behandeld worden en dat ze altijd prioriteit hebben. De maximale termijn van 45 dagen voor een toestemming of weigering wordt zelden of nooit overschreden en in nagenoeg alle gevallen blijft men ruim onder deze termijn. In een uitzonderlijk geval heeft een administratieve vergissing al wel eens geleid tot het overschrijden van de deadline.

In de meeste LVI's werden de dossiers dagelijks of minstens meerdere keren per week behandeld. Indien de aanvrager extra informatie dient te geven, wordt de termijn onderbroken. Ook via het platform verstrekt men zeer snel adviezen.

"De ziekenfondsen zitten er achter om het snel te doen gaan"

De meeste geïnterviewden hadden geen of een onvolledig zicht op de duur van de administratieve behandeling van het dossier in het ziekenfonds van de aanvrager. Men veronderstelde echter dat dit vlug gebeurde, omdat de VI's zelf belang hebben bij een snelle afhandeling en de aanvragende patiënt ook aandringt op een vlugge beslissing. Vaak zijn afspraken in het buitenlands behandelcentrum al gemaakt vóór de aanvraag in het ziekenfonds wordt ingediend. Volgens onze ruwe schatting zou de totale termijn tussen de indiening van de aanvraag in de VI en de mededeling ervan naar de patiënt ongeveer één à twee weken kunnen duren. Dit omvat de administratieve verwerking van de aanvraag in het ziekenfonds, het doorsturen naar het centrale niveau, het inhoudelijke advies en het opstellen en verzenden van het toestemmings- of weigeringsformulier.

Er is zelden sprake van medische hoogdringendheid. Er werd één geval gesignaleerd van een aandoening waarbij de kans op een gunstig verloop kleiner werd naarmate men langer zou wachten met de behandeling en er werd melding gemaakt van één patiënt die overleden is tijdens de overbrenging naar het buitenlands behandelcentrum. In dringende gevallen dringt de AG van de het ziekenfonds aan op een snelle behandeling.

2.7 Doorverwijzing naar het College van geneesheren-directeurs

Referentie-AG's van sommige LVI's sturen aanvragen voor een behandeling die niet in de Belgische nomenclatuur is opgenomen nagenoeg systematisch door naar het College van geneesheren-directeurs om te onderzoeken of de aanvraag in aanmerking komt voor een vergoeding van het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF). Anderen doen dit selectiever en evalueren

eerst zelf of de aanvraag aan de criteria van het BSV voldoet. De criteria voor terugbetaling door het BSF zijn meestal niet vervuld. Aanvragen voor financiering van transportkosten worden vaker naar het BSF gestuurd.

Er werd slechts één geval gesignaleerd waarbij een toestemming werd verleend op basis van de bepalingen in verband met overmacht. Sommige respondenten vonden de reglementaire bepalingen in verband met overmacht streng en stelden dat een toestemming aanvragen niet de eerste zorg is voor mensen met ernstige gezondheidsproblemen, zeker niet als verwijzende experts de patiënt er niet attent op maken dat ze een voorafgaande toestemming nodig hebben.

2.8 Aanvragen van verzekerden die in het buitenland wonen

De meeste respondenten hadden nauwelijks of geen aanvragen behandeld van Belgische verzekerden die in het buitenland wonen. Wel ontvangen zij aanvragen van mensen die in het buitenland wonen, maar hun officiële verblijfplaats in België behouden hebben. Deze mensen hebben in hun woonland enkel toegang tot dringende medische zorg op basis van hun Europese Ziekteverzekeringskaart. Zij dienen dan in België een aanvraag in om in hun woonland behandeld te worden op basis van een S2. Vroeger werden dergelijke aanvragen gemakkelijker (ten onrechte) goedgekeurd, maar nu niet meer.

2.9 Mededeling van de beslissing aan de patiënt

De uiteindelijke beslissing over de aanvraag wordt opgesteld door de AG in het ziekenfonds van de verzekerde, meestal op basis van een bindend advies dat door de referentie-AG is opgesteld. De respondenten konden ons enkel informeren over de wijze waarop zij de beslissing formuleren en gingen ervan uit dat deze formulering wordt overgenomen in de VI. Velen hadden de uiteindelijke beslissingsformulieren nog nooit gezien, en sommigen uitten de hoop dat hun advies overgenomen werd in het uiteindelijke formulier.

Verzekerden ontvangen ofwel een toestemming op basis van een S2-formulier of een ad hoc-formulier, ofwel een weigering. Een weigeringsbeslissing wordt gemotiveerd met verwijzing naar de wettelijke bepalingen. Die motivering vermeldt ofwel dat de behandeling in België binnen een medisch aanvaardbare termijn beschikbaar is en dat de omstandigheden in het buitenland niet gunstiger zijn, ofwel dat de behandeling niet voorkomt in de Belgische nomenclatuur. Er wordt ook melding gemaakt van de beroepsmogelijkheden bij de arbeidsrechtbanken. Enkele LVI's hebben hun formulieren voor een weigeringsbeslissing naar aanleiding van het in werking treden van de Richtlijn aangepast, beter gestructureerd, voorzien van een duidelijkere motivering en zij hebben de beroepsmogelijkheden geëxpliciteerd.

In de meeste LVI's wordt in het weigeringsformulier aan de verzekerde niet meegedeeld bij welke Belgische verstrekker(s) de behandeling binnen een medisch aanvaardbare termijn kan gebeuren. Men wil vermijden om bepaalde verstrekkers te bevoordelen t.o.v. andere en gaat ervan uit dat de verwijzende arts alternatieve mogelijkheden overloopt met de patiënt. Eén referentie-AG vermeldt in het bindend advies wel een aantal alternatieve centra in België waar de verstrekking kan gebeuren. Sommige andere VI's informeren de patiënt soms mondeling, eventueel telefonisch, over alternatieve verstrekkers in België.

Patiënten die een goedkeuring ontvangen voor een behandeling op basis van een ad hoc-formulier krijgen van sommige LVI's de waarschuwing dat de kosten van de behandeling in het buitenland veel hoger kunnen liggen dan in eigen land en dat er geen garantie is dat alle kosten worden terugbetaald.

2.10 De samenwerkingsakkoorden in de grensregio's

In de meeste LVI's zijn het de ziekenfondsen die de volledige afhandeling doen van de aanvragen voor verzorging in het buitenland aan verzekerden die gebruik kunnen maken van specifieke regelingen in de grensregio's. Deze beslissingen zijn niet gecentraliseerd.

Nagenoeg alle geïnterviewden stonden zeer kritisch tegenover de specifieke regelingen in de grensregio's. Ze zijn van oordeel dat deze regelingen een niet gerechtvaardigde discriminatie creëren tussen de mensen die van deze regelingen gebruik kunnen maken en de andere verzekerden. Er wordt volgens hen ook oneigenlijk gebruik gemaakt van deze regelingen om het Belgische verzekerde pakket, de eigen bijdragen en de bepalingen in verband met voorafgaande toestemming te omzeilen. Voor het grootste gedeelte van de verzekerden is de regelgeving zeer strikt, terwijl verzekerden in de grensregio's onder een gunstregime vallen. Meerdere respondenten waren van mening dat in het bijzonder de inwoners van de Duitstalige gemeenschap geprivilegieerd zijn. In de Duitstalige gemeenschap wordt het taalcriterium bijvoorbeeld wel aanvaard als reden om toestemming voor verzorging in het buitenland te geven.

Er werd ook gesignaleerd dat deze regelingen de toepassingen hopeloos complex maken. "Voor sommige grensregelingen (15/25 km regel) moet je er een meetlat bijhalen om te bepalen wie al dan niet recht heeft". Meerdere geïnterviewden wezen erop dat in de Duitstalige gemeenschap geen expertise meer wordt opgebouwd, omdat patiënten te gemakkelijk naar het buitenland kunnen gaan voor behandeling.

"Je moet er de meetlat bij halen om te weten of iemand recht op terugbetaling heeft"

VI's die in de grensstreek werkzaam zijn, staan onder druk: patiënten beweren dat "de concurrentie" wel toestemming geeft. De regelingen in de grensregio's creëren bovendien hogere verwachtingen, ook voor verzekerden buiten deze regio's. Ze verhogen de druk op de AG's om ook voor andere verzekerden toestemming te geven om zich in het buitenland te laten behandelen.

Er werd meermaals gesignaleerd dat mensen in deze regio's vaak gebruik maken van de mogelijkheden die de akkoorden bieden, omdat de remgelden in het buitenland lager liggen, eerder dan omwille van de afstand tot de zorg.

Sommige respondenten twijfelden er sterk aan of er bij toestemmingen voor zorg in het buitenland in het kader van deze akkoorden even strikt wordt nagegaan of de verstrekking is opgenomen in het Belgische verzekerde pakket als bij aanvragen wegens gunstigere geneeskundige voorwaarden in het buitenland. In het bijzonder in het kader van de IZOM-regeling bestaat het vermoeden dat er ook terugbetaling wordt verleend indien de zorg geen deel uitmaakt van het Belgische verzekerde pakket. Hierdoor wordt het Belgische verzekerde pakket de facto uitgebreid en genieten deze mensen van een dubbel pakket: het Nederlandse/Duitse en het Belgische. Hierdoor kunnen mensen shoppen als er voor de terugbetaling van een bepaalde verstrekking in België beperkingen gelden. Sommigen signaleerden dat er zeer weinig toezicht is op de conformiteit van de toestemmingen die in het kader van deze regelingen worden verstrekt, dat er hierover geen transparante rapportering bestaat en nauwelijks post hoc-toezicht. Sommige LVI's "hebben er geen flauw idee van wat er op het terrein gebeurt". Ook het feit dat het RIZIV nauwelijks betrokken is bij de projecten in de grensregio's en onvoldoende op de hoogte is van wat er daar gebeurt, werd als een probleem ervaren.

"Sommige landsbonden hebben er geen flauw idee van wat er op het terrein gebeurt"

Eén geïnterviewde formuleerde het als volgt: "men maakt koterijen, maar er wordt nooit iets afgebroken: oude wetgeving blijft bestaan. Sommige bepalingen zijn compleet obsoleet, maar men doet er nog wel een beroep op. Bijv. de 15-25 km regeling.

In het kader van deze akkoorden worden patiënten vaak door buitenlandse verstrekkers doorverwezen naar verzorgingsinstellingen buiten de zone waarin ze toegang hebben tot zorg. Op deze wijze worden de bestaande regelingen omzeild. Het is niet duidelijk of in dergelijke omstandigheden het verlenen van een toestemming gerechtvaardigd is of niet.

2.11 Problemen en oplossingen

2.11.1 Complexiteit

Sinds 2013 zijn de voorwaarden voor toekenning van een voorafgaande toestemming duidelijker omschreven en worden ze strikt toegepast. Hierdoor is de afhandeling van de aanvragen erg complex. Elke aanvraag is zeer specifiek en men moet alle aspecten van de aanvraag "langs alle kanten bekijken" vóór men een beslissing kan nemen. Ook referentie-AG's die dagelijks dossiers analyseren, meldden dat het voor hen een kluwen blijft, dat ze "nooit zeker zijn van hun stuk". Alle verschillende regelingen voor revalidatie, Oostkantons, IZOM, Zoast, Transcart, 15/25 km regeling, klinische proeven, ... maken het erg onoverzichtelijk.

"Ik ben nooit zeker van mijn stuk"

Meerdere respondenten vonden de richtlijnen van het RIZIV en sommige bepalingen van artikel 294 van het KB van 3 juli 1996 zeer moeilijk te begrijpen. Sommige LVI's probeerden eigen beslissingsbomen te maken, maar niet altijd met succes, wegens de complexiteit van de materie. Volgens meerdere respondenten heeft ook het RIZIV vaak geen duidelijk antwoord op specifieke vragen over de toepassing van de regels.

Er werd ook gesignaleerd dat rechters de regelgeving soms onvoldoende kennen, en zelfs gesuggereerd dat ze de wetgeving niet consulteren. In één uitspraak werd bijvoorbeeld de kortere afstand tot de buitenlandse verstrekker (15 i.p.v. 120 km) als een criterium voor "gunstigere geneeskundige voorwaarden" erkend. Men vermeldde tevens dat er rechtspraak is waarin de psychosociale situatie van de patiënt een factor in de overweging is.

Omdat aanvragen die vroeger aanvaard zouden zijn, nu vaak niet meer goedgekeurd worden, gaan steeds meer patiënten in beroep tegen de beslissing bij een arbeidsrechtbank. Bij één LVI werd in 2015 tegen bijna 1% van de beslissingen tot weigering van een voorafgaande toestemming beroep aangetekend. Er zijn nog maar zeer weinig uitspraken, maar de patiënt wordt door de rechtbank zeer vaak in het gelijk gesteld. Vaak zijn het meer gegoede patiënten die een procedure aanhangig maken bij de rechtbank.

2.11.2 Toepasbaarheid

Meerdere respondenten waren van oordeel dat het systeem nu niet naar behoren werkt. Vooral de wetgeving op het vlak van revalidatie en de specifieke regelingen in de grensregio's vonden zij

problematisch. Het concept “undue delay” is moeilijk toepasbaar in België: er zijn geen instrumenten om de wachttijden te meten. Evenmin worden de resultaten van ingrepen geëvalueerd en dus is het moeilijk om te beoordelen of de expertise in het buitenland groter is. AG’s gaan daarom noodgedwongen voort op wat de aanvragende arts vertelt en op de beslissing in een eerste dossier voor volgende gelijkaardige aanvragen.

Er werden ook taalproblemen gesignaleerd bij het consulteren van documenten van een buitenlands behandelcentrum.

Met uitzondering van de aanvragen in de Duitstalige gemeenschap, beslist het College van geneesheren-directeurs over de aanvragen voor revalidatie in het buitenland. Bijgevolg maakten deze verstrekkingen geen voorwerp uit van onze bevraging. Toch werden in alle interviews problemen gemeld in verband met de beoordeling van aanvragen voor revalidatie. Onder meer de vraag of een verstrekking al dan niet onder de definitie van revalidatie valt, werd als problematisch ervaren, omdat de definitie van revalidatie in België en andere landen niet altijd overeenkomt. Ook het bepalen van de Belgische tarieven voor revalidatie is vaak een probleem, aangezien de centra in België worden gefinancierd op basis van een conventie.

2.11.3 Adviserend geneesheren staan onder druk

Sommige referentie-AG’s signaleren dat het niet eenvoudig is om alle AG’s “in toom te houden” en de nieuwe benadering te laten doordringen. De AG’s hebben jarenlang anders, minder strikt gewerkt en staan rechtstreeks in contact met de patiënt. Ze zijn daarom meer geneigd om mee te stappen in het verhaal van de patiënt. Respondenten van grotere LVI’s waar de beslissingen gecentraliseerd zijn, uitten de bezorgdheid dat het voor kleinere LVI’s en LVI’s waar de beslissingen niet gecentraliseerd zijn, moeilijker is om de regelgeving strikt toe te passen, wegens deze druk op de AG’s en de complexiteit van de materie.

Ook hier werden veel voorbeelden uit de Duitstalige Gemeenschap gegeven. Velen signaleerden problemen met patiënten die het in het verleden (vaak ten onrechte) gewoon waren om een E112/S2 ⁽³⁵⁾ te krijgen. Zij ontvangen nu geen toestemming meer, meer bepaald voor verzorging die niet in het Belgische verzekerde pakket zit of voor ambulante medisch-technische verstrekkingen met zware medische apparatuur (MRI). De verzekerden begrijpen niet waarom ze nu niet meer het recht hebben om naar het buitenland te gaan. Het is voor AG’s ook moeilijk om aanvragen te weigeren voor revalidatie buiten de zone die in de omzendbrief VI nr. 2015/391 is vastgelegd, omdat er bepaalde verwachtingen gecreëerd zijn.

35. Het vroegere E112 formulier werd in 2010 vervangen door het S2 formulier.

Er werden enkele gevallen gesignaleerd van “filières” voor een specifieke behandeling bij een specifieke verstrekker in het buitenland. Er werd melding gemaakt van agressieve rekrutering vanuit één buitenlands commercieel zorgcentrum. Sommige buitenlandse commerciële voorzieningen of artsen die in privéziekenhuizen werken in het buitenland, dreigen ermee om naar de rechtbank te stappen indien de patiënt geen toelating krijgt voor verzorging in hun instelling. Of zij moedigen de patiënten aan om juridische stappen te zetten, met juridische ondersteuning door de zorgvoorziening.

Indien niet alle VI's de regelgeving even strikt toepassen, ontstaan er precedentes die zowel patiënten als buitenlandse verstrekkers in rechtszaken gebruiken. Daarom pleitten veel geïnterviewden voor centralisatie van de aanvragen in alle LVI's en eventueel een verdere centralisatie in het platform. Als een verstrekker of patiënt het erg juridisch speelt, wordt er soms voor een “pragmatische oplossing” gekozen.

2.11.4 Gebrek aan kennis over de regelgeving bij de zorgverstrekkers

Er is een gebrek aan kennis over de regelgeving bij de verwijzende artsen. Ze denken te vaak dat het volstaat dat ze het formulier invullen en zij delen dit ook zo mee aan de patiënt. Verwijzers gaan er te vaak en te vanzelfsprekend van uit dat indien een verstrekking in België niet bestaat, men naar het buitenland mag verwijzen. Vaak zijn de afspraken met de buitenlandse verstrekker al gemaakt vóór de patiënt een aanvraag indient.

Sommige verwijzende specialisten uit universitaire centra beginnen het aanvraagstelsel en de criteria beter te begrijpen, vooral sinds de verwijzers de vragenlijst moeten invullen.

2.11.5 Gefactureerde tarieven

Patiënten die met toestemming in het buitenland behandeld werden, zijn vaak verwonderd dat ze zo weinig terugbetaald krijgen. Soms hebben patiënten een aanvullende privéverzekering die de extra kosten dekt op voorwaarde dat de verplichte ziekteverzekering vergoedt. Sommige verstrekkers in Duitsland aanvaarden het S2 formulier niet en de verzekerden krijgen daarom een veel hoger tarief aangerekend dan het officiële tarief in het publieke stelsel. Ook gebeurt het dat de verzekerde die toestemming heeft voor revalidatie in Duitsland, conform omzendbrief VI 2015/391, een extra wellness-behandeling krijgt die niet onder de toestemming valt en dus niet terugbetaald wordt.

“Patiënten zijn vaak verwonderd dat ze zo weinig terugbetaald krijgen”

Meerdere respondenten signaleerden problemen met de facturatie in Nederland. Indien de patiënt toestemming heeft voor één verstrekking, wordt het hele zorgtraject aangerekend op basis van het DBC-tarief (³⁶). De patiënt (of zijn VI) betaalt dan het geheel. Indien de patiënt met een ad hoc-formulier verzorgd werd, ontvangt hij maar terugbetaling van de specifieke behandeling in de Belgische nomenclatuur. Ook gebeurt het dat de verzekerde toestemming voor revalidatie tijdens een beperkte periode in Nederland heeft gekregen, maar dat een veel langere periode wordt gefactureerd.

2.11.6 Geformuleerde voorstellen

➤ ***"Gunstigere geneeskundige voorwaarden" beter definiëren***

Er werd gesuggereerd om "gunstigere geneeskundige voorwaarden" beter te definiëren in het KB van 3 juli 1996 om te vermijden dat over de interpretatie door de rechtbanken wordt beslist.

Sommigen zijn van mening dat men meer rekening moet houden met de vraag of er een reële behoefte is aan zorg in het buitenland. Als de basiszorg in België voldoende is, zou men een toestemming moeten kunnen weigeren. Zij vinden dat er niet noodzakelijk een toestemming moet gegeven worden voor de "best mogelijke zorg". Ook zou het goed zijn om te objectiveren wat "voldoende" of "minimaal noodzakelijke" expertise of ervaring van de verstrekker is. Men hoeft niet noodzakelijk toestemming te geven indien de buitenlandse verstrekker "meer" ervaring heeft.

Sommigen uitten de bezorgdheid dat de terugbetaling van zorg in het buitenland die met een hogere personeelsomkadering of duurder materiaal gebeurt, leidt tot het vervagen van het Belgische verzekeringspakket. Door gebruik te maken van de bepalingen in verband met "gunstigere geneeskundige voorwaarden" omzeilt men beperkingen in de Belgische nomenclatuur. Enkele voorbeelden die het spanningsveld tussen "best mogelijke zorg" en "goede zorg" illustreren:

- De verschillende verstrekkingen voor de behandeling van zeer zware gevallen van lymfoedeemen zijn in België beschikbaar. Een buitenlands zorgcentrum biedt echter een kuur aan met lymfedrainage en ondersteuning voor zelfzorg. Bovendien ontvangen de patiënten verzorgingsmateriaal (bandages) voor een volledig jaar en dit materiaal is duurder dan het materiaal dat in België wordt gebruikt, terwijl de terugbetaling bij ons beperkt is. Dit is een belangrijke drijfveer voor de patiënten om een goedkeuring voor een behandeling in een

36. Een DBC (Diagnose-Behandel Combinatie) is een code die de diagnose en de totale behandeling van een patiënt weergeeft. Het omvat alle activiteiten van het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten.

dergelijk centrum aan te vragen. Indien in België voor deze behandeling ook meer financiële middelen beschikbaar worden gesteld, dan is de behandeling in België even goed.

- Commerciële centra voor verslavingszorg in het buitenland met een betere personeelsomkadering, betere hotelaccommodatie en meer aandacht voor arbeidsintegratie hebben een hoger slaagpercentage dan de Belgische centra.
- Soms is zorg in het buitenland beter gestructureerd of geïntegreerd of is de expertise meer gecentraliseerd. Er bestaan klinieken voor specifieke behandelingen, terwijl dezelfde pathologie in België behandeld wordt, zonder dat een team er zich hier specifiek op toelegt (bijvoorbeeld voor bekkenbodemp Problemen of de behandeling van een specifiek epileptisch syndroom).

Ook zou het goed zijn om instrumenten te ontwikkelen om de "redelijke termijn" te bepalen waarbinnen de zorg in België beschikbaar is en om de kwaliteit van de zorg te meten.

➤ ***Akkoorden in de grensregio's grotendeels afschaffen***

Algemeen was men er voorstander van om de akkoorden in de grensregio's grotendeels af te schaffen en de regelgeving voor iedereen op gelijke wijze toe te passen. Sommigen maakten voorbehoud voor:

- akkoorden voor specifieke behandelingen waarvoor patiënten te ver zouden moeten reizen indien ze niet meer in het buitenland terecht kunnen.
- geestelijke gezondheidszorg voor patiënten uit de Duitstalige gemeenschap, aangezien in de geestelijke gezondheidszorg de taal een belangrijk aspect is van de kwaliteit van de behandeling.

Anderen merkten op dat anderstaligen buiten de Duitstalige gemeenschap ook niet het recht hebben om zich in het buitenland in hun eigen taal te laten behandelen.

Eén respondent betreurde dat het idee om bewoners van de IZOM-grensregio een specifieke e-IZOM verzekeringskaart te bezorgen niet werd aanvaard door het RIZIV. Hun verzekerden signaleerden dat buitenlandse verstrekkers naar een dergelijke kaart vragen en de S2 niet aanvaardden. Patiënten zouden in Duitsland vaak als privépatiënten behandeld worden en hierdoor hogere tarieven betalen.

➤ ***Verdere centralisatie van de beslissingen***

De meeste respondenten zijn er voorstander van om de beslissingen over de aanvragen te centraliseren op het niveau van de LVI of eerder nog op het niveau van het platform. De AG's zijn immers kwetsbaar voor druk en de beslissingen hebben een impact op het Belgische verzekeringspakket.

De vraag om het platform officieel te maken leeft in alle LVI's. Sommigen suggereerden dat het platform een werkgroep van het College zou kunnen worden, anderen vroegen zich af of het platform misschien zo efficiënt werkt juist omdat het een informeel orgaan is. Over de modaliteiten van een eventuele formalisering leven nog heel wat vragen. Binnen de bestaande wetgeving blijven de AG's formeel bevoegd om te beslissen, waardoor de adviezen voor een toestemming of weigering van het platform enkel moreel bindend kunnen zijn. Terwijl het huidige platform zich enkel uitspreekt over de moeilijke aanvragen, zal een officieel orgaan wellicht over alle aanvragen moeten beslissen. Men toonde zich bezorgd dat in een officieel platform de procedures formeler worden. Zo zou er een quorum van aanwezigheden vereist zijn om geldige beslissingen te nemen en zouden de criteria om toestemming te verlenen nog strikter worden toegepast. Sommigen zijn daarom van oordeel dat een formalisering van het platform gepaard zou moeten gaan met iets meer flexibiliteit om van de regels af te wijken.

➤ ***Een indicatieve lijst van buitenlandse behandelcentra***

Meerdere referentie-AG's suggereerden om een lijst op te stellen van pathologieën en buitenlandse behandelcentra die in aanmerking komen voor verwijzing. Anderen waren meer terughoudend en zeker gekant tegen zo'n formele lijst. Expertise evolueert zowel in België als in het buitenland en hangt vaak eerder af van individuen dan van centra. Indien er systematisch naar het buitenland verwezen wordt, wordt er geen expertise in eigen land opgebouwd. Een indicatieve lijst kon op meer bijval rekenen. Informeel zou men, bijvoorbeeld binnen het platform, een overzicht kunnen maken van de aanwezige expertise in het buitenland, om te vermijden dat elke referentie-AG opnieuw hetzelfde onderzoek moet voeren. Bij verwijzingen gaat het vaak om dezelfde medische problemen of er wordt steeds verwezen naar dezelfde buitenlandse expertisecentra. Een kadaster van in België aanwezige zorg werd ook wenselijk geacht.

➤ ***Uitwisseling van informatie over rechtspraak***

Verder werd er nog gesuggereerd om meer informatie uit te wisselen over zaken die voor een rechtbank worden gevoerd en over de rechtspraak, bijvoorbeeld via het platform.

➤ ***Een beetje meer soepelheid***

Een respondent suggereerde om wat meer soepelheid te tonen voor aanvragen voor behandelingen die niet voor het BSF in aanmerking komen en die ook niet levensbedreigend zijn, maar wel belangrijk voor de levenskwaliteit van de patiënt. Ook werd er geopperd om enige marge te creëren voor toestemmingen voor een behandeling in het buitenland wegens sociale redenen. Men vroeg zich af of een zeer restrictieve interpretatie van het recht om zich in het buitenland te

laten behandelen om sociale redenen stand houdt in de rechtbanken en of het in overeenstemming met het Europees recht is. Er werd gesuggereerd om een uitzondering te maken voor patiënten van wie de familie en het volledige sociaal netwerk zich in het buitenland bevinden. Opmerkelijk: sommige geïnterviewde referentie-AG's van één LVI wisten niet dat het om sociale redenen mogelijk is om toestemming te geven voor bevallingen in het buitenland.

Enkele geïnterviewde referentie-AG's waren er voorstander van om gemakkelijker toestemming te verlenen voor zorg in het buitenland op basis van het Belgische tarief. Anderen benadrukten dat men geen expertise in België opbouwt indien verzekerden zich te gemakkelijk in het buitenland kunnen laten verzorgen en stelden dat deze procedure onvoldoende tariefzekerheid biedt.

3. Discussie en conclusies

Met dit onderzoek wilden we nagaan hoe de verschillende procedures voor het verstrekken van voorafgaande toestemming in de praktijk worden toegepast binnen de verschillende ziekenfondsen.

We stelden vast dat de overgrote meerderheid van de toestemmingen wordt verleend in het kader van de specifieke regelingen in de grensregio's. Toestemmingen verleend voor een behandeling onder "gunstigere geneeskundige voorwaarden" in het buitenland vormen een zeer klein aandeel in het totaal aantal toestemmingen ⁽³⁷⁾. De andere mogelijke gronden voor het verlenen van toestemming werden volgens onze respondenten nooit ingeroepen. Toestemmingen worden dus bijna uitsluitend op basis van de nationale wetgeving verleend, eerder dan krachtens het Europees recht.

We kunnen ons dan ook afvragen of de bewering van één van de respondenten dat "ons sociaal model op de helling staat door wat de Europese regelgeving ons oplegt" wel klopt. De bevoegdheid om de coherentie en consistentie binnen de regelingen te garanderen ligt bij de Belgische en niet bij de Europese overheid.

De Europese wetgeving speelt wel een rol in de wijze waarop de kosten voor zorg in het buitenland worden vergoed, althans voor medische zorg die binnen de Europese Unie wordt verstrekt.

37. Op basis van artikel 294, §1, 2^o, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Het is dan ook enigszins paradoxaal dat juist de omzetting van de EU-richtlijn in verband met grensoverschrijdende zorg heeft geleid tot een grondige herziening van de toepassing van het bestaande wetgevende kader, tot een vernauwing van de interpretatiemarges en een strikte toepassing van de voorwaarden. We stellen een juridisering vast van de praktijken die voordien naar best inzicht en vermogen door de individuele AG's werden toegepast. De vrees voor rechtsgedingen en de noodzaak voor transparantie en objectievere criteria zijn in belangrijke mate bepalend voor deze ontwikkelingen.

Deze evolutie heeft ertoe geleid dat een evaluatiemachine op gang is gekomen, met een sterke tendens tot centralisatie. De rol van de medische directies van de VI's wordt daarbij steeds belangrijker en het evalueren van de aanvragen voor zorg in het buitenland werd een belangrijk element in hun takenpakket.

De meeste – zometert alle – geïnterviewde referentie-AG's evalueerden de aanvraagdossiers zeer grondig. Sommige kleinere LVI's, met meer rechtstreekse contacten tussen het centrale niveau en de verzekerde, leken iets meer geneigd om mee te stappen in het verhaal van de patiënt. Tussen de LVI's blijft er echter een enorme discrepantie bestaan in het aantal dossiers dat de (referentie-) AG's behandelen. Sommige behandelen enkele dossiers per jaar, andere meerdere dossiers per dag. Dit heeft gevolgen voor de kennis die zij opbouwen en ongetwijfeld een impact op de kwaliteit van de evaluatie en de beslissing.

De meeste geïnterviewden waren doordrongen van het spanningsveld tussen enerzijds het belang van de individuele patiënt en anderzijds het collectieve belang om:

- de afbakening van het Belgische verzekeringspakket niet uit te hollen;
- enkel behandelingen die voldoende wetenschappelijk geëvalueerd zijn met publieke middelen te financieren;
- geen tweedeling te creëren in het zorgstelsel tussen patiënten met voldoende financiële middelen die zich de extra kosten voor een behandeling in het buitenland kunnen veroorloven en de andere patiënten en
- voldoende expertise uit te bouwen in eigen land.

Toch worstelden ook de geïnterviewden met de moeilijkheid om tegelijk rekening te houden met zowel de specificiteit van elk individueel geval als de noodzaak om objectieve en meetbare criteria te hanteren. Dit leidde tot de vraag naar enerzijds meer instrumenten om wachttijden, expertise en kwaliteit te meten, en anderzijds meer soepelheid bij niet-levensbedreigende ernstige aandoeningen en bij het toepassen van sociale criteria.

Ondanks de tendens tot centralisatie hadden de meeste referentie-AG's weinig zicht op de finaal genomen beslissingen en de wijze waarop die aan de patiënten werden meegedeeld. Men vertrouwde erop dat alle aanvragen op het centrale niveau belanden en dat het bindend advies gevolgd werd, maar zekerheid hierover had men niet. Gezien de beslissingsbevoegdheid wettelijk is toebedeeld aan de AG's kan men wellicht moeilijk verder gaan in het toezicht.

De concurrentie in het Belgische zorgstelsel, tussen ziekenfondsen én tussen ziekenhuizen, versterkt de druk om terugbetaling van zorg in het buitenland toe te laten. Ziekenhuizen en ziekenhuisartsen verwijzen soms te gemakkelijk naar het buitenland, liever dan naar een concurrerende verstrekker in eigen land. De ziekenfondsen staan onder druk om toestemming te geven voor een behandeling in het buitenland, uit vrees dat de verzekerden naar de concurrentie overstappen. In deze concurrentiële omgeving is het een zinvolle ontwikkeling dat men het wettelijk kader verduidelijkt heeft en het toezicht op de correcte toepassing ervan, onder andere via centralisatie van de beslissingen voor voorafgaande toestemming, versterkt werd.

De bijna unanieme vraag van de respondenten om ook in de grensregio's de lat voor iedereen gelijk te leggen past in hetzelfde streven naar een meer uniforme toepassing van de wetgeving. Terwijl het tot stand komen van deze regelingen in de grensregio's in belangrijke mate het resultaat is van de concurrentie tussen de ziekenfondsen en tussen zorgverstrekkers in het Belgische zorgstelsel (³⁸), zijn diezelfde ziekenfondsen, op een meer centraal niveau, vragende partij om deze regelingen grotendeels af te schaffen. Deze vraag is ingegeven door de bezorgdheid om geen discriminatie tussen verzekerden te creëren en om het Belgische verzekerde pakket niet uit te hollen. Een verdere objectivering van de criteria om toestemming te verlenen voor zorg in het buitenland en om tot een meer coherente benadering voor de hele bevolking te komen, met inbegrip van de grensregio's, lijkt aangewezen. Regelingen in grensregio's die niet gebaseerd zijn op specifieke behoeften maken het moeilijker om de weigering van voorafgaande toestemmingen in de rest van het land te rechtvaardigen ten aanzien van de verzekerden, in de rechtbanken en in fine voor het Hof van Justitie van de EU. Een beter toezicht op de toepassing van de regels in de grensregio's lijkt ook wenselijk.

De gemelde agressieve rekrutering door sommige commerciële buitenlandse zorgcentra verdient bijzondere aandacht. Hoewel dergelijke praktijken momenteel de uitzondering lijken te zijn,

38. Zie hierover vb.: Glinos I. A., Baeten R. en Boffin N. (2006) Cross-border contracted care in Belgian hospitals, in Rosenmöller M., McKee M. en Baeten R. (eds.) Patient Mobility in the European Union. Learning from experience, Copenhagen, World Health Organization, 97-118. En : Kiasuwa R. en Baeten R. (2013) Strategic positioning and creative solutions: French patient flows to hospitals and polyclinics in the Belgian Ardennes (Belgium–France), in Glinos I. en Wismar M. (eds.) Hospitals and borders: Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, Copenhagen, WHO Organisation 2013, 51-74.

bestaat het risico op precedenten. Het is belangrijk dat alle VI's dezelfde houding aannemen ten aanzien van aanvragen voor verzorging in dergelijke centra.

Tot slot, indien men de wetgeving in verband met "gunstigere geneeskundige voorwaarden" beter wenst te definiëren en meer rekening wenst te houden met de vraag of er een reële behoefte is aan zorg in het buitenland, is het misschien goed om de formulering uit de arresten van het Hof van Justitie van de EU (HJEU) op te nemen in de Belgische wetgeving. Het Hof stelt in meerdere arresten dat "het bevoegde orgaan de sociaal verzekerde de toestemming dient te verlenen die hij nodig heeft om vergoeding van de kosten van die behandeling te verkrijgen wanneer de alternatieve behandeling die tijdig in de woonstaat kan worden verstrekt **niet even doeltreffend is**"³⁹). Deze formulering lijkt volledig tegemoet te komen aan de bekommernissen die de rationale vormen achter de bepalingen in verband met "gunstigere geneeskundige voorwaarden". Het is dan ook enigszins verwonderlijk dat deze bepaling niet opgenomen is in de Verordening, noch in de Richtlijn. Dit zou kunnen aangevuld worden met "**conform aan de stand van de internationale medische wetenschap**", zoals opgenomen in de regelgeving van meerdere van onze buurlanden.

39. Zie hiervoor de arresten Müller-Fauré en Van Riet, C-385/99; Smits en Peerbooms, C-157/99; Inizan, C-56/01; Watts, C- 372/04 en Elchinov C- 173/09.

Bijlage I: Aanvraagformulier⁽⁴⁰⁾**Aanvraag zorgen buitenland in te vullen door de verwijzende geneesheer-specialist****1. Gegevens patiënt:**

naam en voornaam:

NISZ:

adres:

2. Gegevens verwijzende arts:

Naam + RIZIV n°:

tel n° of mailadres:

adres:

3. Initiatiefnemer aanvraag (aub aankruisen): ikzelf als verwijzende arts ikzelf op voorstel van andere arts, namelijk (naam en adres): ikzelf op aandringen van de patiënt**4. Medische problematiek:**

medische diagnose/problematiek:

relevante voorgeschiedenis:

eerdere behandelingen en resultaten:

bijgevoegde medische verslagen:

5. Gevraagde zorgen:

1) medisch/technische -omschrijving (zo uitgebreid mogelijk):

2) arts in buitenland:

 naam: referenties i.v.m. expertise (zo uitgebreid mogelijk):

3) naam en adres verzorgingsinstelling:

4) modaliteiten zorg (aub aankruisen):

 ambulantly of dagziekenhuis (zonder overnachting) hospitalisatie

periode: van tot

40. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/geplande-zorg-in-het-buitenland/index.jsp> (geraadpleegd op 13/6/2016).

soort ziekenhuis:

0 openbaar

0 privé

5) nazorg (aub aankruisen):

0 openbaar

0 privé

0 neen

0 ja

omschrijving:

frequentie:

mogelijkheid in België (aub aankruisen):

0 ja

0 neen

reden:

6. Omstandigheden aanvraag zorgen in buitenland:

andere geconsulteerde artsen in België uit hetzelfde vakgebied als dat naar hetwelke verzekerde wordt verwezen in het buitenland en hun schriftelijk advies (zo uitgebreid mogelijk, ook e-mail mogelijk indien verzekerde anoniem blijft).

NB: de adviserend geneesheer van het ziekenfonds kan hierom verzoeken alvorens een beslissing te nemen.

naam + advies:

naam + advies:

naam + advies:

7. Medisch-technische beschikbaarheid van de gevraagde zorg in België

beschikbaarheid gevraagde zorg in België (aub aankruisen):

0 ja

overeenstemmende (pseudo)nomenclatuurnummer(s):

0 neen

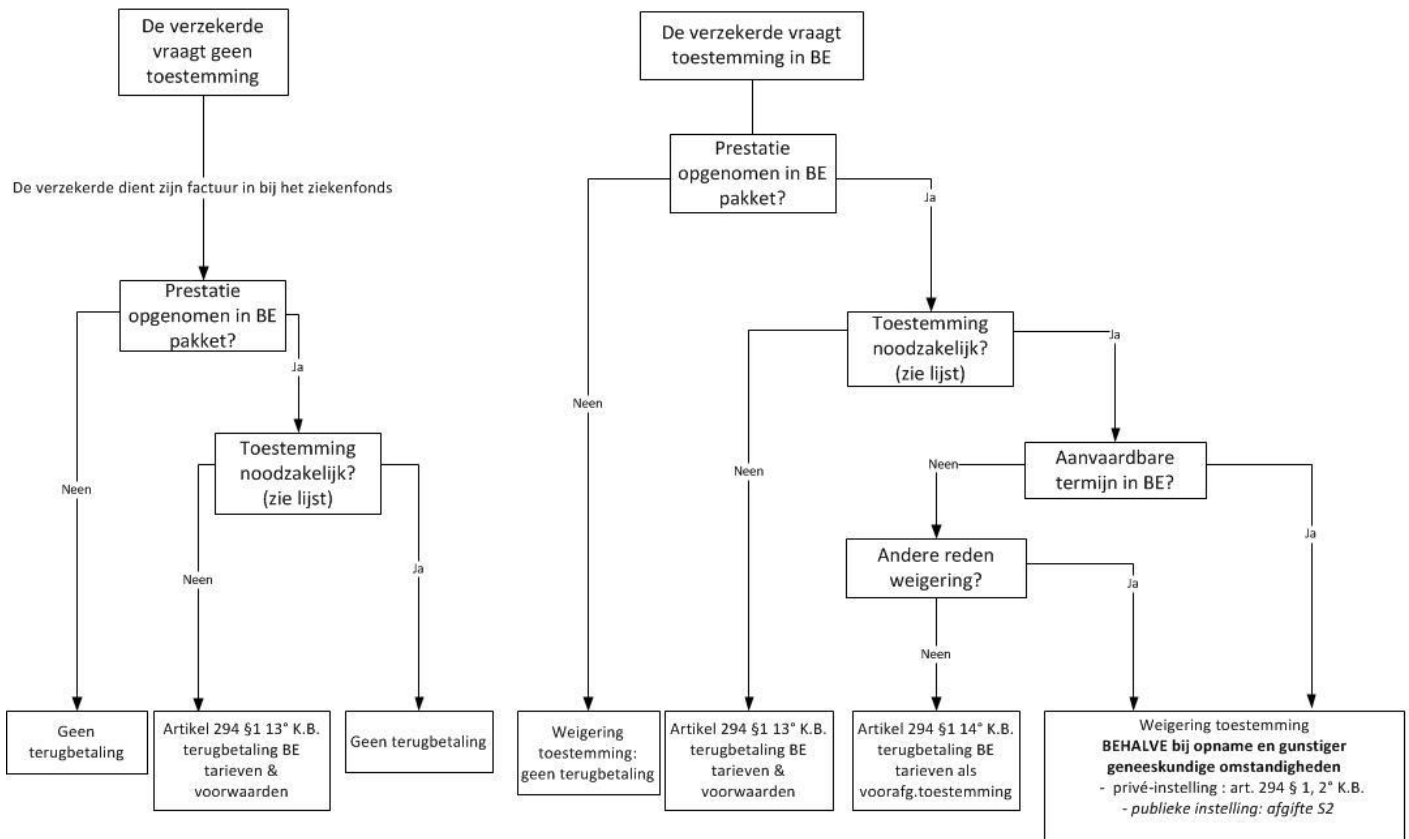
standaard/alternatieve behandeling in België in vergelijkbare medische situaties:

8. Reden van niet toepassen van de in België beschikbare zorg

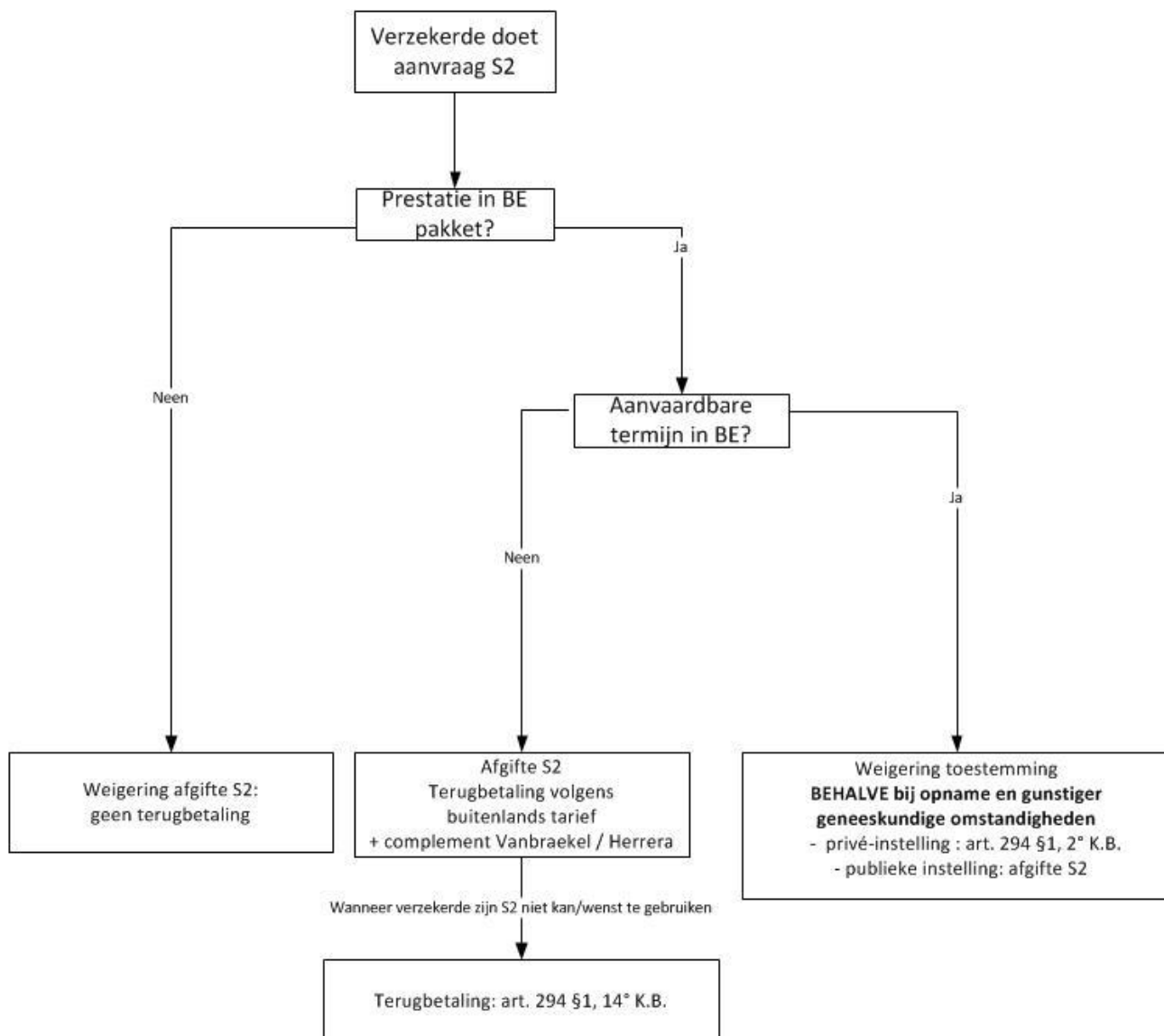
Gelieve in geval van "gunstiger geneeskundige omstandigheden" te motiveren waarom in de situatie van deze patiënt noodzaak bestaat tot afwijking van de in België beschikbare zorg.

Bijlage II: Beslissingsbomen voor geplande zorg in het buitenland

Schema 1: geplande zorg: Belgische verzekerden en gezinsleden die in BE wonen
Richtlijn 2011/24/EU



Schema 2: geplande zorg: BE verzekerden & gezinsleden die in BE wonen Verordening (EU) 883/04 art.20



Bron: RIZIV, Toelichtingen betreffende de toegang tot en terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in een andere lidstaat van de Europese Unie, zowel gedurende een tijdelijk verblijf als geplande geneeskundige zorg, naar aanleiding van de omzetting van Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, versie 30 april 2014.

Bijlage III : Overzichtstabel van de regelingen voor toegang tot gepande geneeskundige zorgen in het buitenland

	Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009	Richtlijn 2011/24/EU	"gunstiger geneeskundige voorwaarden"	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Grensregio's GH-Luxemburg en Frankrijk	Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn	Georganiseerde zones voor toegang tot grensoverschrijdende zorgverstrekking (GTGZ of ZOAST)	Zwangere vrouwen
Toepasselijk verzekerd pakket	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Van land van verstrekking	Van land van verstrekking	Met S2: van land van verstrekking - Met formulier ad hoc: Belgisch
Verstrekkingen die in aanmerking komen	Alle verstrekkingen	Alle verstrekkingen	Ziekenhuisopname	Revalidatie	Revalidatie	Ziekenhuisopname of dialyse	Specialistische geneeskunde, verloskunde, ziekenhuisverpleging, tandheelkunde, farmaceutische verstrekkingen	Specialistische ambulante verstrekkingen en, in opvolging van deze behandeling voorgeschreven geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en ziekenhuisverzorging	Alle verstrekkingen	Bevalling
Juridische basis	Rechtstreeks toepasselijk	Art, 294 § 1, 13° en 14°, KB 3/7/1996	Art, 294 § 1, 2°, KB 3/7/ 1996	Art. 294 § 1, 8°, KB 3/7/1996	EU Verordening en omzendbrief VI 2015/391	Art, 294 § 1, 7°, KB 3/7/1996	Art, 294 § 1, 9° , KB 3/7/1996	Samenwerkingsakkoord Euregio Maas-Rijn, bekrachtigd door het Verzekeringscomité	Raamakkoord betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg tussen België en Frankrijk, en individuele ZOAST overeenkomst bekrachtigd door het Verzekeringscomité	Interpretatie tijdens de 254e zitting van de Administratieve Commissie

	Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009	Richtlijn 2011/24/EU	"gunstiger geneeskundige voorwaarden"	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Grensregio's GH-Luxemburg en Frankrijk	Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn	Georganiseerde zones voor toegang tot grensoverschrijdende zorgverstrekking (GTGZ of ZOAST)	Zwangere vrouwen
Voorafgaande toestemming vereist?	Ja	Neen, tenzij voor ziekenhuisopname en verstrekkingen met zware medische apparatuur (alook wanneer er een risico is uit hoofde van de patiënt, de bevolking of de zorgverlener)	Ja	Neen	Ja	Niet vereist, wel mogelijk	Niet vereist, wel mogelijk	Administratief formulier	Neen	Administratief formulier
Toestemmingsformulier	S2	Formulier "ad hoc"	S2 (met toepassing van de Verordening) of formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	-	S2	S2 (met toepassing van de Verordening) of formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	S2 (met toepassing van de Verordening) of formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	Formulier EMR E.112+, geldigheidsduur van maximaal één jaar	Administratieve S2, a posteriori	Administratieve S2 of administratief formulier "ad hoc"
Wie beslist ?	Adviserend geneesheer	Adviserend geneesheer	Adviserend geneesheer	-	Adviserend geneesheer en goedkeuring a posteriori door College van geneesheren-directeurs	Adviserend geneesheer	Adviserend geneesheer	Administratief medewerker	Administratief medewerker	Administratief medewerker
Toestemming kan niet geweigerd worden indien	Niet beschikbaar binnen medisch verantwoorde termijn	Niet beschikbaar binnen medisch verantwoorde termijn	Zorgen in gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland kunnen gebeuren	-	Voorwaarden vervuld zijn	Geen ziekenhuis in België dichterbij dat gelijkaardige zorgen verstrekt	Voorwaarden vervuld zijn	Wordt automatisch toegekend	Wordt automatisch toegekend	Gerechtvaardigd door sociale, familiale situatie van betrokkene
Personele toepassing	RIZIV verzekerden	RIZIV verzekerden	RIZIV verzekerden	RIZIV verzekerden	RIZIV verzekerden Woonachtig in de Oostkantons	RIZIV verzekerden Woonachtig op maximaal 15 km van de grens of in de Duitstalige gemeenschap	RIZIV verzekerden Woonachtig in de gedefinieerde grensregio's	RIZIV verzekerden Woonachtig in de provincies Limburg en Luik, en de Duitstalige Gemeenschap	RIZIV verzekerden Woonachtig in de gedefinieerde zone	RIZIV verzekerden

	Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009	Richtlijn 2011/24/EU	"gunstiger geneeskundige voorwaarden"	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Grensregio's GH-Luxemburg en Frankrijk	Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn	Georganiseerde zones voor toegang tot grensoverschrijdende zorgverstrekking (GTGZ of ZOAST)	Zwangere vrouwen
Territoriale toepassing	EER + CH	EER + CH	Wereldwijd	Wereldwijd	In Duitsland, op 100-150 km van Eupen / Sankt Vith	Zone tot 25 km van de grens	GH-Luxemburg en 50 km grenszone in Frankrijk	Grensregio Euregio Maas-Rijn	Gedefinieerde zone in Frankrijk	EER + CH
Zorgaanbieders die in aanmerking komen	Actief in het publiek gefinancierde systeem	Alle zorgaanbieders	Met S2: actief in het publiek gefinancierde systeem Met formulier "ad hoc": alle zorgaanbieders	Alle zorgaanbieders	Centra opgenomen in een lijst	Alle zorgaanbieders	In GH Luxemburg: alle zorgaanbieders - in Frankrijk: op maximaal 50 km van de woonplaats van de verzekerde	Actief in het publiek gefinancierde systeem	Verstrekkers vermeld in de overeenkomst	Alle zorgaanbieders
Toepasselijke vergoedingsvoorwaarden	Van het land van verstrekking en van de Belgische nomenclatuur	Van de Belgische nomenclatuur	Met S2 : van land van verstrekking en van de Belgische nomenclatuur Met formulier "ad hoc": van de Belgische nomenclatuur	Equivalente verstrekking in België en op basis van behandelplan goedgekeurd door het College van geneesheren-directeurs	Equivalente verstrekking in België en op basis van behandelplan goedgekeurd door de adviserend geneesheer	Met S2 : van land van verstrekking en van de Belgische nomenclatuur In de andere gevallen: van de Belgische nomenclatuur	Met S2 : van land van verstrekking en van de Belgische nomenclatuur In de andere gevallen: van de Belgische nomenclatuur	Van land van verstrekking	Van land van verstrekking	Met S2 : van land van verstrekking Met formulier "ad hoc": van de Belgische nomenclatuur
Terugbetalingstarief	Van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Van de Belgische nomenclatuur	Met S2: van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur) Met formulier "ad hoc": van de Belgische nomenclatuur	Van de Belgische nomenclatuur	Van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Met S2: van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur) In de andere gevallen: van de Belgische nomenclatuur	Met S2: van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur) In de andere gevallen: van de Belgische nomenclatuur	Van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Van land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Met S2: van het land van verstrekking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur) Met formulier "ad hoc": van de Belgische nomenclatuur
Derde betaler	Ja, indien toepasselijk in land van verstrekking	Neen	Met S2: ja, indien toepasselijk in land van verstrekking Met formulier "ad hoc": neen	Neen	Ja, indien toepasselijk in land van verstrekking	Met S2: ja, indien toepasselijk in land van verstrekking In de andere gevallen: neen	Met S2: ja, indien toepasselijk in land van verstrekking In de andere gevallen: neen	Ja, indien toepasselijk in land van verstrekking	Ja, indien toepasselijk in land van verstrekking	Ja, indien toepasselijk in land van verstrekking

