

WAT ALS ZIEKENHUISZORGEN IN HET BUITENLAND IN GUNSTIGER MEDISCHE OMSTANDIGHEDEN KUNNEN GEBEUREN? ONDERZOEK NAAR DE TOESTEMMINGEN VERLEEND DOOR DE BELGISCHE ZIEKENFONDSEN¹

DOOR | **RITA BAETEN* EN DALILA GHAILANI****

*Senior beleidsanalist, Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE)

**Onderzoeker, Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE)

INLEIDING²

De rechten van patiënten om terugbetaling te bekomen van zorgen verstrekt in een andere lidstaat van de Europese Unie (EU), hebben grondige wijzigingen ondergaan in de laatste twee decennia. Daar waar de klassieke procedure om terugbetaling van zorgen te krijgen gebaseerd was op de EU-Verordening voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (hierna de Verordening)³, hebben een reeks arresten van het Hof van Justitie van de EU (HJEU) een tweede procedure geopend, gebaseerd op de beginselen van het vrij verkeer van diensten in de interne markt, vastgelegd in het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). De principes voor vergoeding van zorgen op basis van het vrij verkeer van diensten verschillen grondig van de principes vastgelegd in de Verordening.

(1) Dit artikel is gebaseerd op: Baeten, R. en Ghailani, D. (2016). De studie werd uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

(2) We danken Chris Segaert van het RIZIV voor zijn steun tijdens het onderzoek. Ook danken we de personen in de ziekenfondsen die ons te woord hebben gestaan en Dr. John Willems voor het reviewen van de tekst.

(3) 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, pp. 1-49).

De rechtspraak werd grotendeels gecodificeerd in de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna de Richtlijn)⁴, die ten laatste in oktober 2013 omgezet moest zijn in de nationale wetgeving.

De Richtlijn biedt patiënten meer keuzevrijheid om zich in het buitenland te laten verzorgen. Velen vreesden dat dit zou leiden tot een ongecontroleerde exodus van patiënten en meer nog voor een uitholling van de principes en terugbetalingsvoorwaarden in de nationale zorgstelsels.

Ook in België kunnen patiënten die aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering, onder bepaalde voorwaarden terugbetaling krijgen voor 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 ziekenfonds of verzekeringsinstelling (VI)⁵ vereist. 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 gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland (wereldwijd) kan worden verstrekt⁶. Bovendien versoepelen verschillende specifieke regelingen in de grensregio's de voorwaarden voor het toekennen van een voorafgaande toestemming voor gezondheidszorg in het buitenland.

Naar aanleiding van de omzetting van de Richtlijn werd de Belgische wetgeving herzien. De voorwaarden voor het verkrijgen van toestemming voor een behandeling in het buitenland werden verduidelijkt en de interpretatiemarges verkleind. Dit leidde op zijn beurt tot een reorganisatie van de interne procedures voor het evalueren en verlenen van voorafgaande toestemming binnen de verzekeringsinstellingen.

(4) 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, 4.4.2011, pp. 45-65).

(5) Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit artikel de begrippen 'ziekenfonds' en 'verzekeringsinstelling' door elkaar, alhoewel de Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering en RailCare (de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail) strikt genomen geen ziekenfondsen zijn, maar voor wat de verplichte ziekteverzekering betreft wel dezelfde functie vervullen.

(6) Artikel 294, §1, 2° 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, p. 20285) (hierna: het KB van 3 juli 1996).

Daar waar de impact van de toestroom van buitenlandse patiënten op het Belgische zorgstelsel het voorwerp uitmaakte van meerdere onderzoeken (De Mars et al, 2011; Glinos, Baeten en Boffin, 2006; Kiasuwa en Baeten, 2013), is er veel minder onderzoek verricht naar de uitstroom van Belgische verzekerden naar andere EU-lidstaten of daarbuiten voor geplande medische zorgen (Jorens et al., 2005).

Met onze studie wilden we de gevolgen van de wijzingen in het wettelijke kader in België voor toegang tot geplande geneeskundige zorgen in het buitenland evalueren. Wij wilden nagaan hoe de procedures binnen de verschillende ziekenfondsen voor het verlenen van voorafgaande toestemming in de praktijk worden toegepast. Het onderzoek zocht een antwoord op de volgende vragen:

- 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 de 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)⁷ 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.

(7) 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. 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.

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 arts (AA)⁸, 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 naargelang de interviewthema's en geanalyseerd.

De bevraging spitste zich toe op aanvragen voor toestemming voor hooggespecialiseerde behandelingen of zorg voor zeldzame aandoeningen, waarvoor de expertise in België soms ontoereikend is. De specifieke regelingen voor toegang tot zorg in de grensregio's kwamen enkel aan bod in de mate dat er een wisselwerking is tussen deze regelingen en de regeling voor zorg die in gunstiger geneeskundige omstandigheden in het buitenland kan worden verleend. We beperkten ons tot de beslissingen waarvoor de adviserend artsen bevoegd zijn. De aanvragen waarover beslist wordt binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) in het College van artsenn-directeurs, waren geen voorwerp van de bevraging. Beslissingen voor doorverwijzing naar het College kwamen wel aan bod.

Dit artikel is gestructureerd als volgt. Eerst beschrijven we het wettelijke kader in België voor de terugbetaling van medische kosten voor geplande zorg ontvangen in het buitenland. Vervolgens geven we een overzicht van de aantallen verzekerden die terugbetaling ontvangen voor geplande medische zorg in het buitenland onder de verschillende stelsels. In een derde sectie 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 het vierde deel presenteren we de resultaten van de interviews over de wijze waarop verzekeringsinstellingen (VI's) de aanvragen voor toestemming voor zorg in het buitenland afhandelen. Ten slotte bespreken we in sectie 5 de bevindingen en trekken we conclusies.

(8) Adviserend artsen zijn bij de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk voor geneeskundige controle op de gezondheidszorgverstrekkingen overeenkomstig de Wet betreffende de verplichte ziekteverzekering.

1. HET WETTELIJKE KADER

Het wetgevende kader dat de voorwaarden bepaalt voor vergoeding van medische zorgen in het buitenland, is gebaseerd op de Belgische toepassing van de EU-verordening voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (883/2004/CE), de omzetting van de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (24/2011/UE), en nationale wetgeving.

1.1. HET EUROPEES RECHT

De Europese wetgeving is van toepassing op de tenlasteneming van de kosten van medische zorg die een patiënt ontvangen heeft in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte (EER)⁹ dan de lidstaat waar de patiënt sociaal verzekerd is. Er zijn een aantal belangrijke verschillen in de principes voor vergoeding van medische kosten op basis van de Verordening en de Richtlijn:

- Krachtens de Verordening (artikel 20) gebeurt de terugbetaling 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 in het land waar de zorgen verstrekt worden.
- Een verzekerde die naar een andere lidstaat van de de Europese Economische Ruimte (EER) reist om er tijdens zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, moet daarvoor toestemming vragen aan zijn betalingsinstelling. De voorafgaande toestemming en de tenlasteneming van de in het buitenland ontvangen geneeskundige verstrekkingen mogen niet worden geweigerd wanneer de verstrekkingen waarvoor om toestemming wordt gevraagd, 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.

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

- De Richtlijn (Hoofdstuk III) 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 wordt 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.

Zorgvergoeding op basis van de Richtlijn mag slechts in uitzonderlijke gevallen onderworpen worden aan voorafgaande toestemming. Artikel 8, 2^o 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.

De bepalingen van de Verordening zijn rechtstreeks toepasselijk, zonder dat ze omgezet zijn in nationale wetgeving. De Richtlijn is in België omgezet in het nationaal recht in artikel 294, §1, 13^o van het KB van 3 juli 1996 voor wat de verstrekkingen betreft waarvoor geen voorafgaande toestemming nodig is, en 14^o voor de verstrekkingen waarvoor voorafgaande toestemming vereist is. Deze omzetting zullen we in de volgende afdeling bespreken.

1.2. NATIONALE WETGEVING

De voorwaarden waaronder Belgische verzekerden zich in het buitenland kunnen laten behandelen, zijn vastgelegd in artikel 294 van het KB van 3 juli 1996. Bovendien hebben de Belgische verzekeringsinstellingen en verzorgingsinstellingen en buitenlandse verzekeraars en verstrekkers verschillende overeenkomsten gesloten om de grensoverschrijdende toegang tot geneeskundige verstrekkingen te vereenvoudigen. Deze overeenkomsten werden bekrachtigd door het Verzekeringscomité van het RIZIV. Voor de zorgen die worden verstrekt binnen de EER volgen al deze regelingen de Europese Richtlijn en/of Verordening voor wat betreft de financiële afhandeling van de zorgen, de bepaling van het toepasselijk verzekerde pakket en de in aanmerking komende verstrekkers. In sommige regelingen kunnen de patiënten ook buiten de EER behandeld worden. We geven hieronder een overzicht van de regelingen die van toepassing zijn voor geplande geneeskundige zorg waarvoor een ziekenhuisopname vereist is.

1.2.1 De algemene regel

Belgische verzekerden die zich in het buitenland wensen te laten verzorgen voor een geplande behandeling die een ziekenhuisopname vereist, of ambulante verstrekkingen waarvoor het gebruik van specifieke zware medische apparatuur vereist is, kunnen hiervoor enkel een terugbetaling krijgen van de Belgische ziekteverzekering indien ze voorafgaand aan de behandeling een toestemming hebben bekomen, afgeleverd door de adviserend arts van hun ziekenfonds¹⁰.

Een dergelijke toestemming kan enkel gegeven worden indien de zorg opgenomen is in het Belgische verzekerde pakket en 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 zorgverstrekkers.

Een toestemming voor behandeling in een land van de Europese Economische Ruimte moet toegekend worden als de behandeling niet in België kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is, gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde op het moment van de aanvraag, zijn medische voorgeschiedenis en het te verwachten ziekteverloop¹¹. Als de behandeling in België kan worden verleend binnen deze medisch verantwoorde termijn, wordt de toestemming in principe geweigerd¹².

Maar als de AA oordeelt 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 verplegingsinrichting is vereist, kan de AA toch een toestemming te verlenen¹³. In dit geval kan ook toestemming verleend worden voor zorgverlening buiten de EER.

(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 KB 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, p. 54874) (hierna: "MB van 24 juni 2014").

(11) 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.

(12) Op basis van artikel 294, §1, 14° of artikel 20 van de Verordening.

(13) Krachtens artikel 294, §1, 2°.

De criteria om te beoordelen of de geneeskundige verstrekkingen in “gunstiger 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 beoordeling¹⁴.

Bij de evaluatie kan geen rekening gehouden worden met niet-medische omstandigheden, zoals de voorkeur om in zijn moedertaal te worden behandeld of de nabijheid van familie en/of vrienden¹⁵. Zwangere vrouwen die om persoonlijke redenen in het buitenland wensen te bevallen, kunnen wel een toestemming krijgen omwille van sociale redenen¹⁶.

De adviserend arts verstrekt een voorafgaande toestemming op basis van *formulier “S2”*, conform artikel 20 van de Verordening (EG), indien de zorgverlener of verzorgingsinstelling waarvoor de toestemming wordt verleend deel uitmaakt van het publiek gefinancierde gezondheidszorgstelsel in een lidstaat van de EER of Zwitserland. In dit geval zullen de kosten vergoed worden op basis van de tarieven die gelden in de lidstaat waar de patiënt behandeld wordt. De verzekerde betaalt in het buitenland enkel het remgeld.

Indien de zorgverlener/verzorgingsinstelling geen deel uitmaakt van het publieke gezondheidszorgstelsel (= privé-zorgverlener of privé-ziekenhuis) of indien de toestemming wordt verleend voor zorgverlening buiten de EER of Zwitserland, dan reikt de adviserend arts een voorafgaande toestemming uit op basis van een *document ad hoc*. De medische kosten zullen in dit geval vergoed worden op basis van de terugbetalingstarieven die voor dezelfde zorg verstrekt in België toepasselijk zijn. De verzekerde moet de medische kosten eerst zelf in het buitenland betalen, en ontvangt achteraf een tussenkomst van de Belgische ziekteverzekering.

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

(15) Omzendbrief VI nr. 2014/440.

(16) Omzendbrief VI nr. 2014/440.

1.2.2. Bijzondere situaties

op deze algemene regel bestaan er heel wat uitzonderingen, hoofdzakelijk voor bewoners van grensregio's. In bijlage 1 geven we een schematisch overzicht.

a. Voor revalidatieverstrekingen in het buitenland heeft de verzekerde geen voorafgaande toestemming van zijn ziekenfonds nodig¹⁷. In dat geval heeft hij recht op een tegemoetkoming in de kosten tegen de Belgische tarieven en vergoedingsvoorwaarden¹⁸. Belgische verzekerden uit de Oostkantons kunnen evenwel een voorafgaande toestemming krijgen, op basis van het formulier S2, voor een behandeling in een revalidatiecentrum in Duitsland dat opgenomen is in een lijst van centra die op minder dan 100/150 km van Eupen/Sankt Vith gevestigd zijn¹⁹.

b. Verzekerden die ofwel op maximaal 15 km van de grens, ofwel op het grondgebied van de Duitstalige gemeenschap wonen, kunnen van de adviserend arts 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 is²⁰.

c. Verzekerden die wonen in bepaalde grenszones (gedefinieerd in 9° van artikel 294, §1), kunnen een vergoeding ontvangen voor bepaalde medische verstrekingen in Frankrijk (binnen een straal van 50 km van de verblijfplaats van de verzekerde) of het Groothertogdom Luxemburg.

(17) Op basis van artikel 294 §1, 8°. Indien het over verstrekingen gaat die een overnachting in de verzorgingsinstelling vereisen, wordt voorrang gegeven aan 8°, boven 14°.

(18) RIZIV, Toelichtingen betreffende de toegang tot en terugbetaling van geneeskundige verstrekingen 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 verstrekingen in het kader van de zesde staatshervorming naar de gefedereerde entiteiten zijn overgeheveld, moet een eventuele verlenging van deze regeling steunen op een akkoord met de Duitstalige Gemeenschap.

(20) Op basis van artikel 294, 7° van het KB van 3 juli 1996, verder gespecificeerd in omzendbrief VI 2014/440.

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. Indien de verzekerde zich zonder voorafgaande toestemming conform artikel 294, 14^o in het buitenland laat verzorgen, geldt voor de vergoeding van de zorg de Belgische nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen²¹.

d. Verzekerden van de provincies Limburg en Luik, met inbegrip van de Duitstalige Gemeenschap konden (tot 30 juni 2017) geneeskundige zorg in de aangrenzende regio's in Nederland en Duitsland genieten, op basis van het project 'Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn', beter bekend als IZOM²². 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. De financiële afhandeling van de verstrekkingen gebeurt op basis van de Verordening. Het samenwerkingsakkoord heeft betrekking op specialistische ambulante verstrekkingen, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voorgeschreven in het kader van de behandeling en de ziekenhuisverzorging die voortvloeit uit de behandeling in het buitenland. Voor de rechtstreekse toegang tot ziekenhuiszorgen en ambulante verstrekkingen opgenomen in het MB van 24 juni 2014 blijft een voorafgaande toestemming vereist²³.

(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.

(22) 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 Wet betreffende de verplichte ziekteverzekering. De IZOM-overeenkomst werd door het RIZIV niet meer verlengd en is voor Belgische verzekerden niet meer van toepassing sinds 30 juni 2017. Voor de inwoners van de Oostkantons en enkele aangrenzende gemeenten werd ze vanaf 1 juli vervangen door een zgn. 'Ostbelgien'-regeling.

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

e. Op basis van een *Raamakkoord* betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg tussen België en Frankrijk²⁴ 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.

f. Een achttal andere overeenkomsten geeft toegang tot specifieke geneeskundige zorg in een bepaalde verzorgingsinstelling in Nederland en Frankrijk²⁵. Meestal gaat het hierbij over samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen om te voorzien in specifieke zorgbehoeften, op basis van complementariteit.

1.2.3. Tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds

Het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF) is een extra vangnet, naast de gewone dekking door de verplichte ziekteverzekering²⁶. Dit fonds kan onder bepaalde voorwaarden 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. 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.

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

(25) 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).

(26) Art. 25 sexies van de Wet betreffende de verplichte ziekteverzekering.

Beslissingen worden geval per geval genomen, door het College van artsen-directeurs, afhankelijk van het beschikbare budget. Dit College is een orgaan van het RIZIV dat de artsen-directeurs die in de verschillende verzekeringsinstellingen de leiding hebben over de adviserend artsen, samenbrengt.

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 19.793 toestemmingen voor zorg in een ander land in 2015 (t.o.v. 19.309 toestemmingen in 2014).

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 totale aantal toestemmingen werd verleend op grond van de bepaling dat de behandeling in het buitenland in gunstiger geneeskundige voorwaarden mogelijk is. Ons onderzoek gaat over deze laatste 335 toestemmingen, dus een zeer klein percentage van het totale 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 gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland.

Er waren geen ambtshalve toestemmingen, die verstrekt worden als een beslissing niet binnen de maximale termijn van 45 dagen werd genomen.

In totaal werden 434 aanvragen geweigerd. 105 ervan waren ingediend op basis van de bepalingen met betrekking tot "gunstiger 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

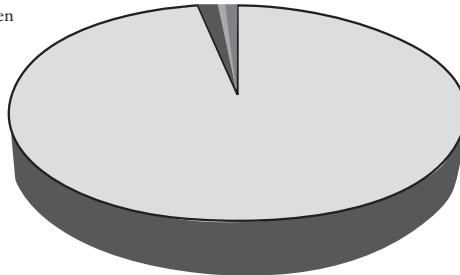
	Goedgekeurd	Geweigerd
Specifieke regelingen in de grensregio's	19.177	20
S2 – grensstreek	987	6
S2 – revalidatie in Duitsland	282	10
IZOM-samenwerkingsakkoord	17.779	4
ZOAST	129	0
Gunstiger geneeskundige voorwaarden	335	105
S2 “gunstiger geneeskundige voorwaarden”	304	82
Document “ad hoc” (artikel 294, §1, 2° KB 3 juli 1996)	31	23
Zwangere vrouwen	132	1
Andere	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

- Specifieke regelingen in de grensregio's
- Gunstiger geneeskundige voorwaarden
- Zwangere vrouwen
- Andere



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 gunstiger 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 formulier S2 afgeleverd. Er werden 31 toestemmingen verleend op basis van een zgn. “ad-hocformulier”, 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	Gunstiger 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.

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 het VK²⁷. 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 verwezen kunnen worden.

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

- In de Tsjechische Republiek 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 behandeling door middel van de toepassing van de 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.

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

4. 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.

4.1. INTERNE PROCEDURE: TENDENS TOT CENTRALISATIE VAN DE BESLISSINGEN

In zes van de zeven Landsbonden van Verzekeringsinstellingen (LVI's) behandelt de adviserend arts (AA) 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 gunstiger geneeskundige voorwaarden in het buitenland kan worden verstrekt. 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 een van de drie taalgemeenschappen (respectievelijk uit de Franse en Duitstalige gemeenschap) autonoom behandeld door de AA van de verzekeringsinstelling (VI) waar de verzekerde bij is aangesloten. Bij twijfel kan deze AA advies inwinnen bij een of twee centraal door de LVI aangeduide AA's.
- In de andere taalgemeenschappen van deze LVI's en in alle andere LVI's worden alle aanvragen doorgestuurd naar het centrale niveau. In de meeste gevallen worden de aanvragen centraal onderzocht door een beperkt aantal AA's, aangeduid door de LVI (hierna: referentie-AA's). Deze referentie-AA's verstrekken een bindend advies aan de AA 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 twee LVI's wordt de beslissing zelf centraal genomen.
- In alle LVI's kunnen de (referentie-) AA's die het dossier onderzoeken, bij twijfel en interpretatieproblemen voor advies terecht bij een "derdelijns-AA" of bij de medische directie.
- De uiteindelijke beslissing over de aanvraag wordt opgesteld door de AA in het ziekenfonds van de verzekerde.

Respondenten van één LVI uitten enige twijfel of de aanvragen ook effectief altijd werden doorgestuurd naar het nationale niveau of soms toch decentraal

werden behandeld. Geïnterviewden van sommige LVI's signaleerden ook dat ze er geen zicht op hebben of de AA die de toestemming formeel toekent ook effectief het bindende advies volgt. Velen hadden de beslissingsformulieren nog nooit gezien. In één LVI wordt op de adviezen van de referentie-AA's post hoc toezicht uitgeoefend door de AA's van de medische directie (derde lijn), via een softwaretool waarin de afhandeling van de aanvragen wordt ingevoerd.

De volgende redenen werden opgegeven voor centralisatie van de afhandeling:

- Centralisatie moet leiden tot een bundeling van de kennis en meer uniformiteit in de beslissingen. Men stelde te grote verschillen tussen de beslissingen van de AA's vast. 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, 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 artsen was te groot”***

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-)AA behandelt. Sommigen behandelen enkele aanvragen per jaar, anderen doen dit dagelijks.

4.2. 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 een of twee referentie-AA'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 uniformere 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 verstrekken 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.

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-AA 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-AA's elkaar in het platform ook over het gevolg dat ze aan de aanvraag hebben gegeven.

De leden van het platform reageren zeer snel 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).

4.3. ONDERSTEUNINGSTOOLS

Omdat de meeste aanvragen onvoldoende onderbouwd waren om er een beslissing op te baseren, ontwikkelde het platform een standaard aanvraagformulier, 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, andere 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 wordt 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 zoals beslissingsbomen of checklists uit. In twee LVI's werd een softwaretool ontwikkeld om de informatie over aanvragen systematisch uit te wisselen

tussen de VT's en de LVI. Ook werden de expertisecentra en specialisten in het buitenland waarnaar regelmatig verwezen wordt, in kaart gebracht.

4.4. 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 gemotiveerd moet worden –, worden alle toestemmingen verstrekt op basis van artikel 294, §1, 2^o voor behandelingen onder gunstiger 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 gunstiger 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. 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 zorgverstrekkers onvoldoende expertise en ervaring hebben, bijvoorbeeld voor een specifieke behandeling voor een kind, terwijl voor volwassenen voldoende expertise in België aanwezig is.

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.

Soms hadden aanvragen die geweigerd werden, betrekking op het voortzetten van een behandeling bij een specifieke verstrekker, bijvoorbeeld indien de zorgverlener was verhuisd naar het buitenland of de patiënt een medische ingreep had ondergaan gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Soms spelen financiële motieven een rol bij de aanvrager, bijvoorbeeld indien voor een specifieke techniek in België een supplement wordt aangerekend of indien een implantaat in België niet vergoed wordt. Soms worden dergelijke verstrekkingen in het buitenlandse stelsel wel vergoed. Dergelijke aanvragen worden geweigerd.

4.5. EVALUATIE VAN DE AANVRAAG

4.5.1 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 betreft de medische toestand van de patiënt, de geschiktheid van de aangevraagde behandeling en kwaliteit van de buitenlandse zorgverstreker. De verzekerde wordt normaal niet medisch onderzocht door de AA, ook al zou dat in principe kunnen. Eén geïnterviewde maakte melding van enkele patiënten die door een AA medisch onderzocht werden omdat ze allen voor een bepaalde behandeling verwezen werden naar dezelfde buitenlandse specialist.

4.5.2. Eigen onderzoek indien nodig

Over andere aspecten verzamelt de (referentie-)AA indien nodig bijkomende informatie of hij kan de verstrekte informatie dubbelchecken. De mate waarin de (referentie-)AA 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 AA kan hier wel om verzoeken. Indien de aanvraag van een arts uit een perifere ziekenhuis komt, wordt er nauwlettender 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-)AA zelf een advies (second opinion) vragen aan een specialist over bepaalde aspecten van het aanvraagdossier.

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

4.5.3. 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 evidence-based is. Soms wisselen patiënten onderling informatie uit over een verstrekker met een zgn. innovatieve behandelmethode.

4.5.4. 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-)AA’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 AA’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-AA gaf ook het voorbeeld van een geval waarvoor het stuurcomité van de Belgische expertisecentra voor de aandoening in kwestie geconsulteerd werd.

“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-)AA soms zelf contact op met de buitenlandse specialist om zijn advies te vragen.

Om te kunnen beslissen of een S2 of een ad-hocformulier moet worden toegekend, vraagt men aan de verwijzende arts of de buitenlandse verstrekker in het publieke systeem geïntegreerd is of niet. Referentie-AA'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 aanvaarden²⁸. 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.

(28) Voor een gedetailleerde analyse van de problemen om publieke van private verstrekkers te kunnen onderscheiden in de lidstaten van de EU, zie Europese Commissie (2017).

Verschillende geïnterviewden vonden de evaluatie of een verstrekking in de nomenclatuur die 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-AA's kan een aanvraag enkel worden goedgekeurd indien de behandeling exact dezelfde is als de beschrijving in de nomenclatuur. Volgens anderen hangt het ervan 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 of kan hieromtrent de mening van een Belgische specialist vragen. Soms wordt ook advies gevraagd aan de werkgroep interpretatie van de nomenclatuur van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV. De TGR is bevoegd om voorstellen te formuleren om de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te wijzigen. De werkgroep interpretatie kan aangeven of de verstrekking in de nomenclatuur is opgenomen en welke code gebruikt kan worden.

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-) AA in welke mate de verstrekking evidence-based is, in 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 (De Morgen, 2017). Het aanvraagformulier gaat na of de aanvraag wordt ingediend 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.

4.6. **BESLISSINGSTERMIJN**

Alle respondenten benadrukten dat de aanvragen zeer vlug behandeld worden. Vaak zijn afspraken in het buitenlandse behandelcentrum al gemaakt vóór de aanvraag in het ziekenfonds wordt ingediend. Er is evenwel zelden sprake van medische hoogdringendheid.

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 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.

“De ziekenfondsen zitten erachter om het snel te doen gaan”

4.7. **DOORVERWIJZING VOOR FINANCIERING DOOR HET BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS**

Referentie-AA's kunnen aanvragen voor een behandeling die niet in de Belgische nomenclatuur is opgenomen, doorsturen naar het College van artsen-directeurs om te onderzoeken of de aanvraag in aanmerking komt voor een vergoeding van het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF). De criteria voor terugbetaling door het BSF zijn meestal echter niet vervuld. Aanvragen voor financiering van transportkosten worden vaker naar het College gestuurd.

4.8. REGELINGEN VOOR 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-gerechtigde 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 voor verzorging in het buitenland toestemming 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 ook verwachtingen voor verzekerden buiten deze regio's en verhogen zo de druk op de AA's om ook voor andere verzekerden toestemming te geven om zich in het buitenland te laten behandelen.

Sommige respondenten 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 LVT'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. Ze twijfelden er sterk aan of er bij toestemmingen voor zorg in het buitenland in de grensregio's ook strikt wordt nagegaan of de verstrekking is opgenomen in het Belgische verzekerde pakket. Deze verzekerden kunnen shoppen in het buitenland als er voor de terugbetaling van een bepaalde verstrekking in België beperkingen gelden. Hierdoor wordt het Belgische verzekerde pakket de facto uitgebreid en genieten deze mensen van een dubbel pakket: het Nederlandse/Duitse en het Belgische.

“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 ook vaak door buitenlandse verstrekkers doorverwezen naar verzorgingsinstellingen buiten de zone waarin ze toegang hebben tot zorg. Op deze wijze worden de bestaande regelingen omzeild.

4.9. PROBLEMEN EN OPLOSSINGEN

4.9.1. 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-AA'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. Volgens meerdere respondenten heeft ook het RIZIV vaak geen duidelijk antwoord op specifieke vragen over de toepassing van de regels.

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 volgens de geïnterviewden door de rechtbank zeer vaak in het gelijk gesteld. Gewoonlijk zijn het meer gegoede patiënten die een procedure aanhangig maken bij de rechtbank.

Er werd gesuggereerd dat rechters de regelgeving soms onvoldoende kennen, en zelfs 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 “gunstiger geneeskundige voorwaarden” erkend. Men vermeldde tevens dat er rechtspraak is waarin de psychosociale situatie van de patiënt een factor in de overweging is.

4.9.2. 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 “medisch aanvaardbare wachttijd” is volgens hen ook 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. AA's gaan daarom noodgedwongen voort op wat de aanvragende arts vertelt en op de beslissing in een eerste dossier voor volgende gelijkaardige aanvragen.

4.9.3. Adviserend artsen staan onder druk

Sommige referentie-AA's signaleren dat het niet eenvoudig is om alle AA's “in toom te houden” en de nieuwe benadering te laten doordringen. De

AA'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 AA's en de complexiteit van de materie.

Sommige buitenlandse commerciële voorzieningen of artsen die in privéziekenhuizen in het buitenland werken, 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. Er werden enkele gevallen gesignaleerd van "filières" voor een specifieke behandeling bij een specifieke verstrekker in het buitenland en er werd melding gemaakt van agressieve rekrutering vanuit een buitenlands commercieel zorgcentrum.

Indien niet alle VI's de regelgeving even strikt toepassen, ontstaan er precedentes die zowel patiënten als buitenlandse verstrekkers in rechtszaken kunnen 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.

4.9.4. Gebrek aan kennis over de regelgeving bij de zorgverstrekkers

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

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

4.9.5. Geformuleerde voorstellen

a. “Gunstiger geneeskundige voorwaarden” beter definiëren

Er werd gesuggereerd om “gunstiger 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 toestemming moet gegeven worden voor de “best mogelijke zorg”. 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 “gunstiger geneeskundige voorwaarden”, omzeilt men beperkingen in de Belgische nomenclatuur²⁹.

Enkele voorbeelden die het spanningsveld tussen “best mogelijke zorg” en “goede zorg” illustreren:

- De verschillende verstrekkingen voor de behandeling van zeer zware gevallen van lymfe-oedemen 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 in België beperkt is. Dit is een belangrijke drijfveer voor de patiënten om een goedkeuring voor een behandeling in een dergelijk centrum aan te vragen. Indien in België voor deze behandeling dezelfde financiële middelen beschikbaar zouden 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 zouden een hoger slaagpercentage hebben dan de Belgische centra.

(29) Gelijkaardige vragen over het recht op toegang tot “adequate zorg” of “de best mogelijke zorg” maakten het voorwerp uit van het arrest-Petru, C-286/13. Voor een discussie over de implicaties van dit arrest voor zorgstelsels zie: Frischhut en Fahy (2016).

- 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.

Ook werd gesuggereerd om te objectiveren wat “voldoende” of “minimaal noodzakelijke” expertise of ervaring van de verstrekker is. “Meer” ervaring is op zich geen afdoende criterium. Het werd ook wenselijk gevonden 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 meten³⁰.

b. 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.

c. Verdere centralisatie van de beslissingen

De meeste respondenten waren 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 AA'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. Over de modaliteiten van een eventuele formalisering zijn er evenwel nog heel wat vragen.

(30) Uit een studie uitgevoerd op vraag van de Europese Commissie, blijkt dat de meeste EU-landen wel een definitie van aanvaardbare wachttijden hanteren en online informatie verstrekken over de gemiddelde wachttijden per behandeling (Europese Commissie, 2015).

5. 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 "gunstiger geneeskundige voorwaarden" in het buitenland vormen een zeer klein aandeel in het totale aantal toestemmingen³¹. 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 een 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.

Het is paradoxaal dat juist de omzetting van de EU-richtlijn in verband met grensoverschrijdende zorg, die tot doel heeft de patiënten meer keuzevrijheid te geven, 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.

Dit is echter in lijn met vaststellingen in andere lidstaten. Analyses over de omzetting van de Richtlijn in een aantal lidstaten kwamen inderdaad tot de conclusie dat nationale overheden de mogelijke destabiliserende risico's verbonden aan het toepassen van de principes van het vrij verkeer hebben ondervangen door de Richtlijn en rechtspraak zo beperkend mogelijk om te zetten in nationale wetgeving (Vollaard, 2017; Greer en Rauscher, 2011; Kowalska-Bobko et al., 2016; Obermaier, 2009).

(31) Op basis van artikel 294, §1, 2^o, van het KB van 3 juli 1996.

Zelfs landen waar het promoten van vrije keuze van zorgverstreker hoog op de politieke agenda staat, zoals het VK, maakten geen gebruik van de Richtlijn om de keuzemogelijkheden voor patiënten te verruimen (Greer en Rauscher, 2011).

We stellen in ons onderzoek over België een juridisering vast van de praktijken die voordien naar best inzicht en vermogen door de individuele AA'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. Een dergelijke tendens tot centralisatie van de beslissingen voor voorafgaande toestemming voor zorg in een andere lidstaat, om meer uniformiteit van de beslissingen te garanderen en de know how te centraliseren zien we ook in andere lidstaten (République française, 2016).

De meeste – zonet alle – geïnterviewde referentie-AA's evalueerden de aanvraagdossiers zeer grondig. Tussen de LVI's blijft er echter een enorme discrepantie bestaan in het aantal dossiers dat de (referentie-)AA'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;
- 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-AA'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 belandden en dat het bindende advies gevolgd werd, maar zekerheid hierover had men niet. Gezien de beslissingsbevoegdheid wettelijk is toebedeeld aan de AA'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 verstreker 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 wettelijke 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 uniformere 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 (Glinos, Baeten en Boffin, 2006; Kiasuwa en Baeten, 2013), zijn diezelfde ziekenfondsen, op een centraler 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 coherenter 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, bestaat het risico op precedënten. 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 "gunstiger 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"³². Deze formulering lijkt volledig tegemoet te komen aan de bekommernissen die de rationale vormen achter de bepalingen in verband met "gunstiger 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 en gebaseerd op het arrest-Smits en Peerbooms.

(32) 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.

6. BIBLIOGRAFIE

Baeten, R. en Ghailani, D., Geplande geneeskundige zorg in het buitenland: toestemmingen verleend door de Belgische ziekenfondsen, *OSE Paper Series*, Research Paper No. 31, november 2016, 57 p., 2016.

De Mars, B. et al., *Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem*, Health Services Research (HSR), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 169A. D/2011/10.273/71, 180 p., 2011.

De Morgen, Als alleen nog het buitenland soelaas biedt. Hoe ver moeten we gaan in begeleiding van ongeneeslijk zieke Belgen?, *De Morgen*, 31 augustus 2017.

Europese Commissie, *Analytical report 2016 on access to healthcare in cross-border situations*, Fressco report, Strban G. et al., 101 p., 2017.

Europese Commissie, *Final report — Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU)*, Rapport opgesteld door KPMG Advisory Spa, Technopolis Group, empirica GmbH, 28 mei 2015.

Frischhut, M. en Fahy, N., Patient Mobility in Times of Austerity: A Legal and Policy Analysis of the Petru Case, *Eur J Health Law*, 2016;23(1), pp. 36-60. 2016.

Glinos, I. A., Baeten, R. en Boffin, N., Cross-border contracted care in Belgian hospitals, in M. Rosenmöller, M. McKee en R. Baeten (eds.), *Patient Mobility in the European Union*. Learning from experience, Kopenhagen, World Health Organization, pp. 97-118, 2006.

Greer, S.L. en Jarman, H., Managing risks in EU health services policy: Spot markets, legal certainty and bureaucratic resistance, *Journal of European Social Policy*, 22(3), pp. 259-272, 2012.

Greer, S.L. en Rausche, S., Destabilization rights and restabilization politics: Policy and political reactions to European Union healthcare services law, *Journal of European Public Policy*, 18:2, maart 2011, pp. 220-240, 2011.

Jorens, Y., De Schuyter, B. en Salomon, C., *Naar een rationalisatie van de EG-Coördinatieverordeningen inzake sociale zekerheid*, Gent, Academia Press, 2005.

Kiasuwa, R. en Baeten, R., Strategic positioning and creative solutions: French patient flows to hospitals and polyclinics in the Belgian Ardennes (Belgium–France), in I. Glinos en M. Wismar (eds.), *Hospitals and borders: Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*, Kopenhagen, WHO Organisation, 2013, pp. 51-74, 2013.

Kowalska-Bobko, I., Mokrzycka, A., Sagan, A., Włodarczyka, C. en Zabdyr-Jamróza, M., Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad?, *Health Policy*, volume 120, nr. 11, november 2016, pp. 1233-1239, 2016, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.07.011>.

Obermaier, A. J., *The End of Territoriality: The Impact of ECJ Rulings on British, German, and French Social Policy*, Aldershot, Ashgate, 2009, 234 p., 2009.

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

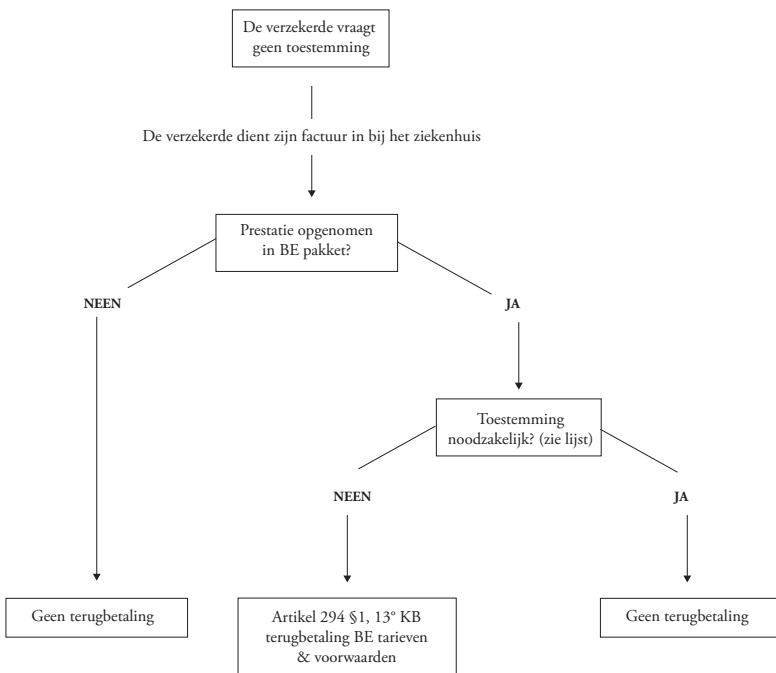
République française, *Revue des dépenses, Les soins à l'étranger des assurés sociaux IGAS*, Rapport nr. 2015-170R — IGF nr. 2015-M-096, opgesteld door Caussat, L., Martin Saint Léon, V. en Vachey, L., 2016.

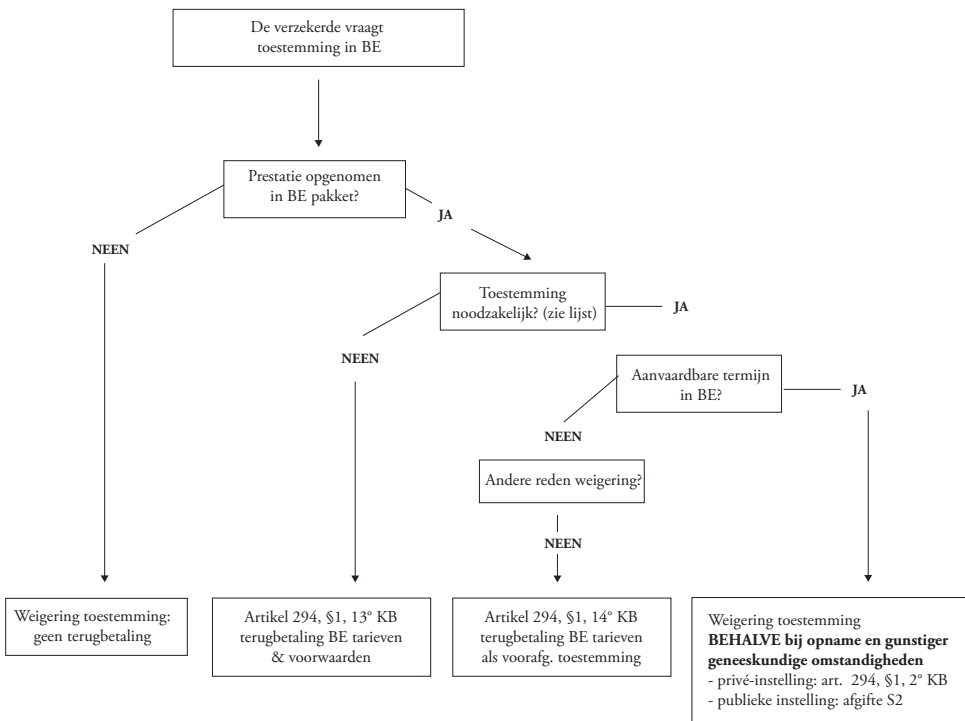
Vollaard, H., Patient mobility, changing territoriality and scale in the EU's internal market, *Comparative European Politics*, volume 15, nr. 3, mei 2017, gepubliceerd i.s.m. Palgrave Macmillan, pp. 435-458, 2017.

7. BIJLAGEN

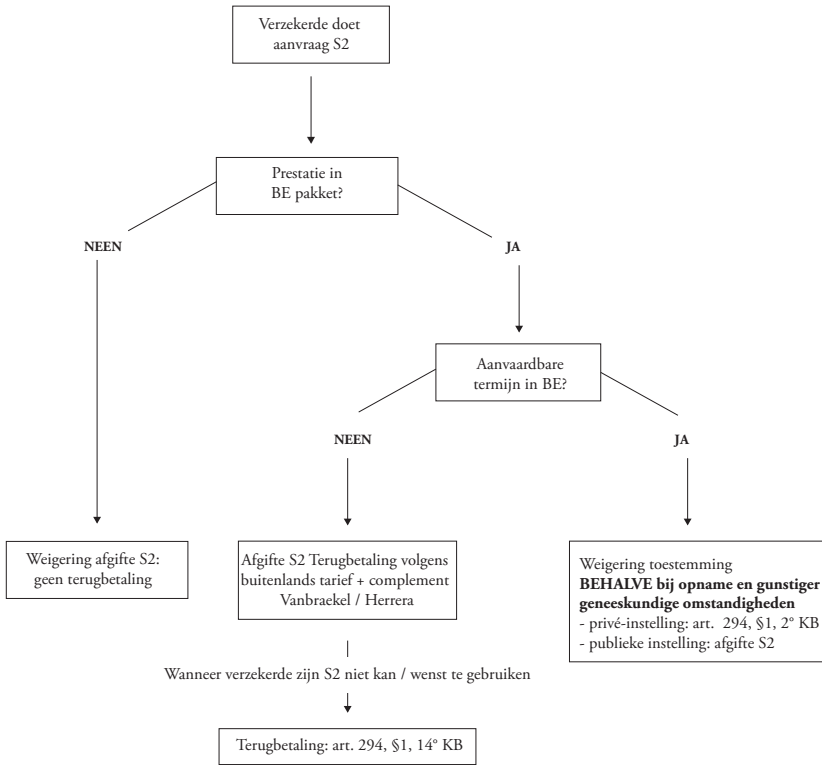
BIJLAGE 1: BESLISSINGSBOMEN VOOR GEPLANDE ZORG IN HET BUITENLAND

SCHEMA 1: GEPLANDE ZORG: BELGISCHE VERZEKERDEN EN GEZINSLEDEN DIE IN BELGIE WONEN, RICHTLIJN 2011/24/EU





SCHEMA 2: GEPLANDE ZORG: BE VERZEKERDEN EN GEZINSLEDEN DIE IN BELGIE 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 2: OVERZICHTSTABEL VAN DE REGELINGEN VOOR TOEGANG TOT GEPLANEDE GENEESKUNDIGE ZORGEN IN HET BUITENLAND

	Verordeningen (EG) 853/2004 en 387/2009	Richtlijn 2011/24/EU	„Gunstiger geneeskundige voorwaarden”	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Grensovergang en Franse regio's	Geneeskundige verzorging zonder grenzen (zie ook de regio Mas-Rijn (ZOM) (interneer vermeld vanaf 1/7/2017)	Georganiseerde zones voor toegang tot geneeskundige zorgverzekering (GTGZ of ZOAST)	Zwangere vrouwen
Toepasselijke verzekerd pakket	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Belgisch	Van land van verstrekkende	Van land van verstrekkende	Mer 52: van land van verstrekkende - Met formulier afgeleverd door Belgisch
Verzekeringen die in aanmerking komen	Alle verstrekkende	Alle verstrekkende	Ziekenhuisopname	Revalidatie	Revalidatie	Ziekenhuisopname of dialyse	Specialistische geneeskunde, verloskunde, ziekenhuisverpleging, tandheelkunde, farmaceutische verstrekkende	Specialistische ambulante verstrekkende en, in opvolging van deze behandeling voorgeschreven geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en ziekenhuisverzekering	Alle verstrekkende	Bevalling
Juridische basis	Rechtsreeks 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, 2°; KB 3/7/1996	Samenwerkingsakkoord Energie Mas-Rijn, bekrachtigd door het Verzekeringcomité	Raamkkoord betreffende genesoverheidszorg tussen België en Frankrijk, en individuele ZOAST-overeenkomst bekrachtigd door het Verzekeringcomité	Interpretatie tijdens de 25de zitting van de Administratieve Commissie
Voorliggende toestemming verzet?	Ja	Nee, tenzij voor ziekenhuisopname en verstrekkende met zware medische apparatuur (alsook wanneer er een fysio is voor de patiënt, of de bewaking of de verzorgster)	Ja	Nee	Ja	Niet vereist, wel mogelijk	Niet vereist, wel mogelijk	Nee	Nee	Administratief formulier

	Vereisten (EG 853/2004 en 567/2009)	Richtlijn 2011/24/EU	„Gunstiger geneskundige voorwaarden”	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Genesregio's GH- Luxemburg en Frankrijk	Geneskundige verzorging zonder grenzen in de genesregio Mas-Bijon (ZOM) (interneering (GTGZ of ZOAST) vermeld vanaf 1/7/2017)	Georganiseerde zones voor toegang tot geneskundige verzorging (GTGZ of ZOAST)	Zwangere vrouwen
Testeningsformulier	S2	Formulier "ad hoc"	S2 (met toepassing van de Verordening (Formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	-	S2	S2 (met toepassing van de Verordening (Formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	S2 (met toepassing van de Verordening (Formulier "ad hoc" (in de andere situaties)	Formulier EMRE.112, a posteriori duur van maximaal één jaar	Administratieve S2 of administratief formulier "ad hoc"	
Wie beslist?	Adviserend arts	Adviserend arts	Adviserend arts	-	Adviserend arts en goedkeuring door College van artsendirecteuren	Adviserend arts	Adviserend arts	Administratief medewerker	Administratief medewerker	Administratief medewerker
Testenning kan niet geweigerd worden indien	Niet beschikbaar binnen medisch verantwoord termijn	Niet beschikbaar binnen medisch verantwoord termijn	Zorgen in gunstiger geneskundige voorwaarden in het buitenland kunnen gebeuren	-	Voorwaarden vervuld zijn	Geen ziekenhuis in België dichterbij dan gelijkwaardige zorgen verstrekt	Voorwaarden vervuld zijn	Woord automatisch toegelend	Woord automatisch toegelend	Gerechvaardigd door sociale, familiale situatie van betrokkene
Personele toepassing	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren	RIZIV- verzekeren
Teritoriale toepassing	EER + CH	EER + CH	Wereldwijd	Wereldwijd	In Duitsland, op 100-150 km van de grens / Sandt Viti	Zone tot 25 km van de grens	GH- Luxemburg en 30 km grensgebied in Frankrijk	Genesregio Bourgoin Maastricht Rijn	Gedefinieerde zone in Frankrijk	EER + CH
Zorgaanbieders die in aanmerking komen gefinancierde systeem	Alle zorgaanbieders	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	Verstreckers vermeld in de overlenkomst	Alle zorgaanbieders

Verordeningen (EG) 853/2004 en 387/2009	Richtlijn 2011/24/EU	„Gunstiger geneeskundige voorwaarden”	Revalidatie	Revalidatie Oostkantons	15/25 km regeling	Grensoverschrijdende samenwerking en Franstalig	Geneeskundige verzorging	Geografische zones voor toegang tot gezondheidszorg	Zwangere vrouwen
Toepasselijke vergoedingsvoorwaarden	Van de Belgische nomenclatuur	Equivalentie verstreking in België en op basis van de Belgische nomenclatuur	Equivalentie verstreking in België en op basis van de Belgische nomenclatuur	Equivalentie verstreking in België en op basis van de Belgische nomenclatuur	Mer S2: van land van verstreking en van de Belgische nomenclatuur	Mer S2: van land van verstreking en van de Belgische nomenclatuur	Van land van verstreking	Mer S2: van land van verstreking	Mer S2: van land van verstreking
Terugbetalingmaat	Van de Belgische nomenclatuur	Van de Belgische nomenclatuur	Van de Belgische nomenclatuur	Van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Mer S2: van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Mer S2: van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Mer S2: van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)	Mer S2: van land van verstreking (eventueel aangevuld op basis van Belgische nomenclatuur)
Derde bealer	Nee	Nee	Nee	Ja, indien toepasselijk in land van verstreking	Mer S2: ja, indien toepasselijk in land van verstreking	Mer S2: ja, indien toepasselijk in land van verstreking	Ja, indien toepasselijk in land van verstreking	Ja, indien toepasselijk in land van verstreking	Ja, indien toepasselijk in land van verstreking

INHOUDSTAFEL

WAT ALS ZIEKENHUIZORGEN IN HET BUITENLAND IN GUNSTIGER MEDISCHE OMSTANDIGHEDEN KUNNEN GEBEUREN? ONDERZOEK NAAR DE TOESTEMMINGEN VERLEEND DOOR DE BELGISCHE ZIEKENFONDSEN

INLEIDING	53
1. HET WETTELIJKE KADER	57
1.1. HET EUROPEES RECHT	57
1.2. NATIONALE WETGEVING	58
2. TOESTEMMING VOOR MEDISCHE ZORG IN HET BUITENLAND IN CIJFERS	64
3. REGELINGEN IN ANDERE EU-LIDSTATEN	67
4. AFHANDELING VAN DE AANVRAGEN IN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN	68
4.1. INTERNE PROCEDURE; TENDENS TOT CENTRALISATIE VAN DE BESLISSINGEN	68
4.2. INTERMUTUALISTISCH OVERLEG: HET PLATFORM INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN	70
4.3. ONDERSTEUNINGSTOOLS	71
4.4. GRONDEN VOOR TOESTEMMING EN WEIGERING VAN EEN AANVRAAG	72
4.5. EVALUATIE VAN DE AANVRAAG	73
4.6. BESLISSINGSTERMIJN	77
4.7. DOORVERWIJZING VOOR FINANCIERING DOOR HET BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS	77
4.8. REGELINGEN VOOR DE GRENSREGIO'S	78
4.9. PROBLEMEN EN OPLOSSINGEN	79
5. DISCUSSIE EN CONCLUSIES	84
6. BIBLIOGRAFIE	88
7. BIJLAGEN	90