

III. Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn

Deze omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te geven over de modaliteiten voor het toekennen van een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.

De bepalingen van deze omzendbrief zijn niet van toepassing voor het toekennen van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die de rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het buitenland heeft ontvangen en waarvoor hij van zijn verzekeringsinstelling een voorafgaande toestemming heeft ontvangen op grond van artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004, of in het kader van de overeenkomsten inzake grensoverschrijdende samenwerking (ZOAST, Ostbelgien-regeling, ...).

De bepalingen van deze omzendbrief, en meer bepaald deze met betrekking tot het toekennen van een tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %, zijn echter niet van toepassing in de situatie dat een sociaal verzekerde naar het buitenland reist met het doel zich daar te laten behandelen en recht heeft op een vergoeding van de geneeskundige verzorging tegen de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met toepassing van art. 294, § 1, 13^o en 14^o, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 – hierna: K.B. van 03.07.1996).

Ten slotte, kan de tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé zorgverlener die niet is gebonden door het ziekteverzekeringssysteem van het verblijfand.

Deze Omzendbrief V.I. is een update naar aanleiding van de inwerkingtreding van een aantal nieuwe bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid.

1. Reglementair kader en algemene principes

Met toepassing van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009, alsook de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België met andere landen heeft gesloten en die voorzien in een tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen die (onmiddellijk) noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf, heeft een Belgische verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere land toegang tot de geneeskundige verzorging in het openbare gezondheidszorgstelsel, alsook tot de tenlasteneming hiervan onder dezelfde voorwaarden en volgens dezelfde procedures als de sociaal verzekerden van het land van verblijf. De geneeskundige verzorging wordt verleend en vergoed voor rekening van de Belgische ziekteverzekering door de verzekeringsinstellingen van het land waar de verzorging wordt verstrekt.

Wanneer de Belgische verzekerde niet de nodige formaliteiten heeft vervuld om in het land van verblijf een vergoeding te krijgen, moet hij zijn facturen en betalingsbewijzen naar zijn Belgische verzekeringsinstelling sturen die de procedure voor de tenlasteneming zal voortzetten met toepassing van de nomenclatuur van het land van verblijf of, naargelang van het geval, met toepassing van de Belgische nomenclatuur.

In ieder geval mag de vergoeding die aan de verzekerde wordt toegestaan, het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet overschrijden.

1.1. Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels

§ 1. Het basisprincipe van de *Europese verordeningen* is dat de kosten voor de verleende geneeskundige verzorging worden vergoed tegen de tarieven die het orgaan van de verblijfplaats voor de vergoeding toepast. De Belgische verzekerde die de kosten van de geneeskundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald, dient in principe de nodige stappen te nemen om bij een ziekteverzekeringsinstelling van het land van verblijf een vergoeding van de kosten te verkrijgen (art. 25, § 4, van Verordening (EG) nr 987/2009).

Wanneer de Belgische verzekerde een verzoek om vergoeding van deze kosten niet rechtstreeks heeft ingediend bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt, kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd (art. 25, § 5, van de Verordening (EG) nr 987/2009).

§ 2. In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling overeenkomstig artikel 25, § 6, van de Verordening (EG) nr 987/2009 een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

§ 3. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf niet voorziet in vergoedingstarieven, kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zonder instemming van de verzekerde (art. 25, § 7, van Verordening (EG) nr 987/2009).

1.2. Bilaterale overeenkomsten betreffende sociale zekerheid



§ 1. In de door België met derde landen gesloten bilaterale overeenkomsten die voorzien in een recht op geneeskundige verstrekkingen in geval van een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land, is een soortgelijk principe van toepassing.

Volgens die overeenkomsten kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd, wanneer de Belgische verzekerde gedurende zijn tijdelijk verblijf de nodige formaliteiten niet kon vervullen om de terugbetaling te vragen bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt.

§ 2. In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat en het bedrag van de gemaakte kosten een bepaald bedrag niet overschrijdt (dat kan verschillen van land tot land).

1.3. Artikel 294 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

Voor de volledigheid dient er nog op gewezen te worden dat de sociaal verzekerde, overeenkomstig artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, aanspraak kan maken op een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verstrekkingen ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de situatie vermeld in punt 2.3., § 2.


-  **Voorbeeld 1:** tegemoetkoming in de kosten voor medische verzorging in Turkije na het verstrijken van de geldigheidsduur van het formulier BT.8 (max. 45 dagen en niet verlengbaar).
-  **Voorbeeld 2:** tegemoetkoming in de kosten ingevolge een opname in een privé-ziekenhuis in Spanje waarbij de EZVK niet kan worden gebruikt omdat de EZVK alleen medische verzorging dekt die wordt verleend door zorgverleners die binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel werkzaam zijn.

2. Vergoeding van in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen

Als aanvulling op de algemene regels uiteengezet in punt 1, kunnen de verzekeringsinstellingen, bij ontvangst van de documenten betreffende geneeskundige verstrekkingen die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland zijn verleend, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

2.1. Verstrekkingen die in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland zijn verricht


- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:
 - (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
 - (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.).

- 
 - deze terugbetalingsmodaliteit kan niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé-zorgverlener die niet werkzaam is in het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf
 - een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de Verordeningen (EG) nrs 883/2004 en 987/2009 te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, § 1, 12° van K.B. van 03.07.1996).

- b) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
 - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

2.2. Geneeskundige verstrekkingen die in Marokko, Algerije, Tunesië, Turkije, Albanië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië of Montenegro zijn verricht

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:
- (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
 - (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.)

 een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de desbetreffende bilaterale overeenkomst te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, § 1, 3^o, van het K.B. van 03.07.1996).

- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, maar lager is dan 500 EUR, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
 - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
- c. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 500 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf.
- d. De hierboven vermelde punten a, b en c, zijn van toepassing op de verstrekkingen verkregen na:
- 1 juli 2012, voor wat betreft Algerije, Turkije, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië en Montenegro
 - 1 mei 2014, voor wat betreft Marokko
 - 1 januari 2016, voor wat betreft Albanië
 - 1 mei 2017, voor wat betreft Tunesië.

e. Bijzonderheid : geneeskundige verstrekkingen die in Tunesië zijn verricht.

In de gevallen waarin een Belgische verzekerde die in Tunesië verblijft, een beroep heeft gedaan op de dienst van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds dat rechtstreeks is tegemoetgekomen in de betaling van de geneeskundige verzorging ter plaatse, kan de Belgisch-Tunesische overeenkomst niet meer worden toegepast. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mag alleen worden overwogen wanneer de verzorging in kwestie voldoet aan de voorwaarden die zijn vastgelegd in artikel 294 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996.

2.3. Aanvullende bepalingen

§ 1. Wanneer een verzekeringsinstelling, naar aanleiding van een aanvraag tot tarifiering die in het buitenland is ingediend, vaststelt dat de ziekteverzekering van het land van verblijf niet in de kosten tegemoetkomt, mag er ook geen tegemoetkoming in de kosten in kwestie worden toegekend in toepassing van het principe van de vergoeding tegen een gemiddeld percentage. De vergoeding zal uitsluitend worden onderzocht in toepassing van artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 2. Opgelet: de vergoeding met toepassing van de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is niet mogelijk wanneer de rechthebbende (gepensioneerden, gezinsleden van gepensioneerden, gezinsleden van de werknemers/zelfstandigen) van de verzorging woont in één van de lidstaten die worden vermeld in bijlage nr. 3 van Verordening (EG) nr 987/2009 en de verzorging in kwestie werd verleend door een privé-zorgverlener of in een privé-verzorgingsinstelling die geen deel uitmaken van *het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf*. In dat geval vallen de uitgaven voor geneeskundige verzorging namelijk ten laste van het land van de woonplaats.

§ 3. Als bevestiging van het feit dat de verzekerde geen beroep wenst te doen op de tenlasteneming van de verzorging tegen het tarief van het land van verblijf, dienen de verzekeringsinstellingen een kopie van het akkoord van de verzekerde – op papier of in elektronische vorm – in het administratief dossier van de betrokkene te bewaren wanneer zij de vergoeding toekennen met toepassing van:

- het vergoedingssysteem tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt (toepassing van punten 2.1.a. en 2.2.a. van deze omz.)
- het tarief en de voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het bedrag van de gemaakte kosten van de verzekerde groter is dan 200 EUR (toepassing van punten 2.1.b. en 2.2.b. van deze omz.).

3. Gedwongen beroep op het toekennen van een vergoeding tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Indien wordt vastgesteld dat op een aanvraag tot tarifiering (SED067, formulier E.126 of gelijkwaardig bilateraal formulier) die volgens de regels naar het bevoegd buitenlands orgaan werd verstuurd, geen antwoord volgt binnen een termijn van drie maanden, wordt een herinnering gestuurd naar dit orgaan. Na het verstrijken van een nieuwe termijn van drie maanden, mag de Belgische verzekeringsinstelling een vergoeding toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het buitenlands bevoegd orgaan niet gereageerd heeft.

4. Verjaringsmodaliteiten

In de dossiers waar een beroep wordt gedaan op het gemiddeld vergoedingspercentage, dient de termijn te worden nageleefd waarin is voorzien in artikel 174, 3°, van de van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, namelijk twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging werd verstrekt.

Eens deze termijn is verstreken, is enkel het sturen van een aanvraag tot tarifiering naar het bevoegde orgaan van de verblijfplaats nog mogelijk. Hier dient vastgesteld te worden dat de regels inzake de verjaring deze zijn waarin wordt voorzien door de bepalingen van de wetgeving van het land waar de verzorging werd ontvangen.

5. Statistische gegevens

De groeiende belangstelling voor grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit en de hieraan verbonden financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hebben aangetoond dat er een nood bestaat aan goede, statistische gegevens.

Met het oog op een eventuele evaluatie van de toepassing van deze Omzendbrief V.I. worden de verzekeringsinstellingen verzocht gegevens te verzamelen met betrekking tot:

- a. De tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland heeft ontvangen.

Het RIZIV wenst voor elk kalenderjaar over de volgende gegevens te beschikken:

- (i) voor het aantal aanvragen tot tarifiering die naar het buitenland zijn verstuurd:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend zoals meegedeeld door het buitenlandse orgaan van het land van verblijf.

- (ii) voor het aantal dossiers waar een vergoeding tegen een gemiddeld vergoedingspercentage werd toegepast:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend.

- b. Het aantal gevallen waarvoor de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig punt 3.1. van deze omzendbrief, gedwongen waren een vergoeding toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, opdat het RIZIV indien nodig stappen zou kunnen ondernemen bij de bevoegde autoriteiten van de desbetreffende landen.

De statistische gegevens met betrekking tot een bepaald jaar worden door de verzekeringsinstellingen **vóór eind mei van het volgende jaar** aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging - directie Internationale Relaties van het RIZIV bezorgd. Deze gegevens worden verzonden langs elektronische weg (overeenkomstig het *Excel-bestand* in bijlage).²

Van toepassing vanaf 23 maart 2018 (vervangt omzendbrief V.I. nr. 2015/275 - 80/110 van 15.09.2015.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/109 – 80/116 van 30 maart 2018.