

I. *Ostbelgien*-regeling

1. Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te verstrekken aangaande de uitvoering van de *Ostbelgien*-regeling.

Deze regeling werd op 19 juni 2017 door het Verzekeringscomité goedgekeurd (bijlage 1)¹.

De *Ostbelgien*-regeling beoogt een evenwicht tussen het

- versoepelen van het recht op (specialistische) grensoverschrijdende gezondheidszorg in een welomschreven geografische zone in Duitsland voor verzekerden woonachtig in de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt op basis van het Europese Unierecht en de Belgische reglementering, en
- het optimaal aanwenden van het medische aanbod in de Duitstalige Gemeenschap, onder meer in de twee algemene ziekenhuizen.

Vanaf 1 juli 2017 mogen de documenten E.112 IZOM EMR+ en de eIZOM-kaart niet meer gebruikt worden om in Duitsland geneeskundige zorg te krijgen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

2. De *Ostbelgien*-regeling – Algemeen

2.1. Personele werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling is van toepassing op elke persoon die van de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan genieten, en zijn woonplaats heeft in de Oostkantons of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

2.2. Geografische werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling voorziet in bijzondere bepalingen met betrekking tot de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg verleend door zorgverleners (artsen-specialisten en verplegingsinstellingen) werkzaam in de regio Aachen, en de arrondissementen Bitburg, Daun en Prüm (= hierna : “de Duitse grensstreek”).

2.3. Materiële werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling heeft betrekking op de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg, in de Duitse grensstreek, mits deze zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt gedekt.

1. Hier niet gepubliceerd.

De *Ostbelgien*-regeling is niet van toepassing op de bijzondere regeling betreffende de toegang tot revalidatieverstrekingen in Duitsland voor rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die hun woonplaats in de Oostkantons hebben (zie Omzendbrief V.I. 2017/1 van 04.01.2017 of de Omzendbrief V.I. die hiervoor in de plaats treedt).

3. De *Ostbelgien*-regeling – Inhoud

3.1. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Algemeen

Het algemeen principe is dat er geen toestemming (document S2) wordt uitgereikt aan de verzekerde voor een ambulante behandeling door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek. De verzekerde moet de kosten eerst zelf betalen en kan achteraf terugbetaling vragen van zijn Belgische verzekeringsinstelling.

Er wordt voorzien in een bijzondere terugbetalingsregeling. De verzekeringsinstellingen mogen, bij ontvangst van de documenten betreffende ambulante geneeskundige verstrekkingen (bijv. raadpleging) verleend door een arts-specialist in de Duitse grensstreek, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

(1) Indien het gefactureerd 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) geneeskundige verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling
 - door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (zoals homeopathie, osteopathie, ...), of 1^{er}
 - niet in aanmerking komen voor een vergoeding tegen gemiddeld vergoedingspercentage (zie verstrekkingen vermeld onder punt 4)

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.).

 In het geval de arts-specialist in de Duitse grensstreek een verzamelfactuur maakt waarbij hij bijvoorbeeld 5 raadplegingen in één factuur samenbrengt waardoor het totaalbedrag van de verzamelfactuur de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dan mogen de verzekeringsinstellingen elke raadpleging apart beschouwen en vergoeden tegen het gemiddeld vergoedingspercentage.

(2) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:

- (i) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 294, § 1, 13^o, van de K.B. van 03.07.1996);

- (ii) of een aanvraag tot tarifiering naar de bevoegde instelling in Duitsland te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van de Duitse verplichte ziekteverzekering (aandacht: deze optie is enkel mogelijk in de situaties waarin een voorafgaande toestemming – document S2 – is afgegeven).

! De verzekerde dient geïnformeerd te worden dat hij het recht heeft om de terugbetaling tegen een gemiddeld vergoedingspercentage te weigeren en hij de terugbetaling kan vragen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens artikel 294, § 1, 13^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

> Voorbeeld 1

Ambulante specialistische geneeskundige zorg voor een kind tot en met 14 jaar verleend door arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk

- zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
- zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

> Voorbeeld 2

Geneeskundige verstrekkingen verleend door arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist, bijv. door een huisarts, werkzaam op het Belgisch grondgebied

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk


- zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
- zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

3.2. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Uitzonderingen

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **ambulante specialistische geneeskundige zorg**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen in afwijking van de algemene regeling voor ambulante specialistische geneeskundige zorg – zie punt 3.1 – een toestemming (document S2) uitreiken onder de volgende voorwaarden :

- (i) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro) psychiatrie;
- (ii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder) psychiatrie;
- (iii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (iv) ;
- (iv) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2) uitreiken voor medische beeldvorming – meer bepaald het gebruik van een CT-scanner, MRI, NMR of PET-scanner voor aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed – indien deze plaats vindt in het kader van een raadpleging van Duitse arts-specialist (aandacht: in dit geval kan een document S2 *a posteriori* uitgereikt worden voor de regularisatie van de medische beeldvorming).

 Er dient steeds een (medisch-)inhoudelijke controle plaats te vinden om na te gaan of de geneeskundige verstrekkingen waarvoor een document S2 wordt afgeleverd door de federale verplichte verzekering voor geneeskundige zorg wordt vergoed dan wel of de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld.

3.3. Geneeskundige zorg in een ziekenhuis

In het kader van de *Ostbelgien*-regeling dient onder “geneeskundige zorg in een ziekenhuis” te worden verstaan geneeskundige zorg:

- die een opname van minimum één nacht in een verplegingsinrichting vereist
- in het kader van een daghospitalisatie.

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **geneeskundige zorg in een ziekenhuis**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen een toestemming (document S2) uitreiken aan verzekerden, die door de *Ostbelgien*-regeling worden gevisieerd, wanneer de ziekenhuisopname/daghospitalisatie plaats vindt

- (i) op doorverwijzing – al dan niet via een gespecialiseerde dienst Spoedgevallen – van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2) uitreiken naar aanleiding van

- (ii) een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 werd uitgereikt (zie punt 3.2) ;
- (iii) een raadpleging van een arts-specialist in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

De toestemming kan worden verleend op voorwaarde dat de geneeskundige zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld. De voorwaarden dat

- de geneeskundige zorg binnen een medisch verantwoorde termijn in België kan plaatsvinden, of
- in een in België gelegen gelijkaardige verplegingsinrichting binnen een straal van maximum 25 kilometer van de hoofdverblijfplaats van de verzekerde,

zijn in dit geval niet van toepassing.


3.4. De afgifte van een toestemming (document S2)

De toestemming (document S2) die in toepassing van de *Ostbelgien* regeling wordt uitgereikt, dient de volgende gegevens te vermelden :

- de persoonlijke gegevens van de verzekerde
- een omschrijving van de behandeling met vermelding van het specialisme. In het geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg dient uitdrukkelijk vermeld te worden dat het document S2 niet kan gebruikt worden voor bijvoorbeeld de aankoop van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen zelfs al worden deze voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek
- de naam van het ziekenhuis en/of de naam van de arts-specialist
- in geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg (cf. punt 3.2) wordt de geldigheidsduur beperkt tot zes (6) maanden
- in geval van geneeskundige zorg in een ziekenhuis (cf. punt 3.3) de verwachte reële duur van de behandeling, met vermelding van begin- en einddatum.

Een verlenging van het document S2 vereist een medisch verslag waar het verzoek voor een verlenging grondig wordt gemotiveerd.

In Bijlage 2 gaat een check-list die de verzekeringsinstellingen kunnen gebruiken als hulpmiddel bij de evaluatie of een verzekerde al dan niet voldoet aan de voorwaarden om een document S2 te ontvangen. Deze check-list, die nuttig kan zijn met het oog op het evaluatieverslag van de *Ostbelgien*-regeling, dient in het dossier van de verzekerde te worden bewaard.

 In de hierboven onder 3.2 en 3.3 vermelde situaties dient de verzekerde – in principe – in het bezit te zijn van een toestemming (document S2) voordat de verzorging wordt verstrekt, opdat hij/zij zou kunnen genieten van de tarieven van de Duitse *gesetzliche Krankenversicherung*, met uitzondering van de situatie vermeld onder punt 3.2.(iv).

4. Geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is

Voor de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, geldt de Belgische en Europese reglementering zoals die ook geldt voor de andere Belgische verzekerden.

Op een niet-uitputtende lijst met de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen vermeld te worden :

- geneeskundige verstrekkingen verleend door een andere zorgverlener dan een arts-specialist
- de in artikel 33, lid 1, van de nomenclatuur opgelijste genetische onderzoeken die voorbehouden zijn aan laboratoria die tot de *erkende centra voor antropogenetica* behoren
- de aankoop van geneesmiddelen
- de aankoop van medische hulpmiddelen

- esthetische chirurgie
- wanneer de verzekerde zich doelbewust naar de Duitse grensstreek begeeft voor prestaties medische beeldvorming
- geneeskundige verstrekkingen door een arts-specialist of verplegingsinstelling, buiten de Duitse grensstreek, zelfs op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het Belgisch grondgebied of werkzaam in de Duitse grensstreek
- andere geneeskundige verstrekkingen die niet expliciet onder het toepassingsgebied van de *Ostbelgien*-regeling vallen.

TOELICHTINGEN BETREFFENDE DE TERUGBETALING

In de situatie dat de verzekeringsinstellingen een vergoeding van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen toe te kennen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, dienen zij de richtlijnen – zoals uiteengezet in Titel III, Hoofdstuk IV, van Omzendbrief V.I. 2014/440, of de Omzendbrief die hiervoor in de plaats treedt – na te leven.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat des médicaments ou des dispositifs médicaux. Een aanvraag tot terugbetaling kan met andere woorden niet zomaar geweigerd worden op grond van het feit dat de buitenlandse voorschrijver niet het geëigende (Belgische) formulier heeft gebruikt. Indien het buitenlandse voorschrift (al dan niet in samenhang met een medisch verslag) voldoende duidelijke gegevens bevat die toelaten om na te gaan of de Belgische vergoedingsvoorwaarden vervuld zijn, dan kunnen deze gegevens in aanmerking worden genomen bij het vaststellen van de verzekeringstegemoetkoming.

Momenteel worden maatregelen genomen met het oog op een veralgemeend gebruik van het elektronische voorschrift in België. We moeten echter vaststellen dat het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift in een grensoverschrijdende context op dit moment nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen betreffende het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift, heeft de verzekerde steeds de mogelijkheid om een papieren voorschrift te gebruiken.

Sommige geneesmiddelen worden slechts terugbetaald na akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Dit akkoord kan, en moet soms, langs elektronische weg aangevraagd worden. Maar net, zoals bij het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, moeten we vaststellen dat het gebruik van de elektronische aanvraagprocedure in een grensoverschrijdende situatie vandaag nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen voor het grensoverschrijdend gebruik van de elektronische aanvraag, kan een aanvraag ook nog steeds met een papieren document worden ingediend.

Indien er enige onduidelijkheid bestaat over het voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel, dan kan steeds contact opgenomen worden met de buitenlandse voorschrijver.

In het geval een voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of indien de vergoedingsvoorwaarden niet vervuld zijn, dan blijven de kosten ten laste van de verzekerde, behoudens de uitzonderingsmaatregelen die desgevallend van toepassing kunnen zijn.

5. Uitlooperperiode voor bijzondere situaties

De verzekeringsinstellingen kunnen tijdens de opzegperiode van het IZOM-Samenwerkingsakkoord nog steeds een voorafgaande toestemming E.112 IZOM EMR+ afgeven, onder de voorwaarden van het IZOM-Samenwerkingsakkoord, maar met die beperking dat de einddatum de datum van 30 juni 2017 niet mag overschrijden.

In het licht van de *continuïteit van de zorg*, blijkt evenwel dat er nood is aan een uitlooperperiode voor bijzondere situaties, na het einde van de opzegperiode van het IZOM-Samenwerkingsakkoord. Er kunnen zich namelijk situaties voordoen waarbij bijvoorbeeld een voor 30 juni 2017 begonnen behandeling dient verder gezet te worden, of situaties waarbij de verzekerde over de nodige tijd dient te beschikken om de nodige maatregelen te nemen voor het verder zetten van de behandeling in België eerder dan in Duitsland.

De uitlooperperiode voor bijzondere situaties:


- is beperkt in de tijd, meer bepaald voor de periode van 1 juli 2017 tot het einde van de behandeling en uiterlijk tot en met 31 december 2017
- de beslissingen of een verzekerde kan genieten van de overgangsregeling (= afgifte van een document S2) voor de verderzetting van een voor 30 juni 2017 begonnen behandeling wordt toegewezen aan een College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen waarin alle verzekeringsinstellingen zijn vertegenwoordigd.

Voor een aantal situaties is er nu reeds overeenstemming over de te nemen beslissing zonder dat het College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen zich hierover dient uit te spreken:

- bij een reeds begonnen ziekenhuisopname die de datum van 30 juni 2017 overschrijdt, kan een document S2 worden uitgereikt voor de resterende duur van het ziekenhuisverblijf
- een behandeling voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, maar waarbij de behandeling pas na 1 juli 2017 wordt opgestart => afgifte van een document S2 op voorwaarde dat de geneeskundige verstrekkingen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed en/of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld.

Het *ad hoc* College van geneesheren-directeurs van de lokale verzekeringsinstellingen

Het *ad hoc* College is samengesteld uit een adviserend geneesheer van elke verzekeringsinstelling (één per landsbond, één voor Hulpkas voor Ziekte- of Invaliditeitsverzekering en één voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail), bij met kennis van de lokale problematiek.

 De verzekeringsinstellingen delen uiterlijk tegen 30 juni 2017 de namen en de contactgegevens van hun adviserend geneesheer en zijn/haar vervanger in dit *ad hoc* College, aan elkaar mee en aan het RIZIV (rir@riziv.fgov.be).


De verzekeringsinstellingen die een dossier aan het *ad hoc* College wensen voor te leggen, sturen dit dossier door op elektronische wijze naar de effectieve leden, en hun plaatsvervangers, met inbegrip van een voorstel tot beslissing. De leden van het *ad hoc* College bezorgen binnen de 10 werkdagen na ontvangst van het aanvraagdossier hun advies per e-mail aan de andere leden van het *ad hoc* College. Alleen de effectieve leden, of hun vervanger, kunnen een advies uitbrengen. De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen; het advies van de verwijzende verzekeringsinstelling van de rechthebbende wordt niet meegerekend.

Het *ad hoc* College wordt samengeroepen bij staking van stemmen, of wanneer één of meerdere verzekeringsinstellingen niet antwoorden binnen de gestelde termijn.

6. Problemen betreffende de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling

De toepassing van de regeling zal waarschijnlijk aanleiding geven tot een reeks van vragen of situaties waarop de verzekeringsinstellingen dienen te antwoorden.

De moeilijkheden met betrekking tot de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling worden door de verzekeringsinstellingen in overleg met het RIZIV beslecht.

 De verzekeringsinstellingen sturen tweemaandelijks een lijst met de problemen naar het RIZIV (rir@riziv.fgov.be) met het oog op een overleg dat een eenvormige toepassing door alle verzekeringsinstellingen dient te garanderen.

7. Financiële bepalingen

Er dient informatie beschikbaar te zijn over de financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die voortvloeien uit de toepassing van de *Ostbelgien*-regeling. Het is daarom aangewezen om het “Het Boekhoudplan in de praktijk” aan te passen.

Deze aanpassing houdt in dat met het oog op de transparantie van de financiële dimensies van de *Ostbelgien*-regeling, enerzijds, en het boeken van de uitgaven op een eenvormige manier door de verzekeringsinstellingen, anderzijds, een aantal nieuwe codes KG2 wordt toegevoegd, namelijk:

Situatie	KG2
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van een gemiddelde vergoedingspercentage van 75 %	838
uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126)	836
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	853

Een verzekeringsinstelling die gedwongen wordt een beroep te doen op de toekenning van een vergoeding aan de tarieven en de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar aanleiding van het ontbreken van het antwoord op een aanvraag tot tarifiering, vermeldt de uitgaven eveneens onder de CG2 853.

De tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, die niet geviseerd worden door de *Ostbelgien*-regeling, dienen overeenkomstig de huidige van toepassing zijnde boekhoudkundige instructies geboekt te worden.

De Duitse vorderingen worden geboekt op de bijlage T3.

Daarnaast dienen de verzekeringsinstellingen ook de nodige gegevens te verzamelen over de financiële verplichtingen verbonden aan de afgifte van een toestemming (document S2) op basis van volgende elementen, namelijk de verzekerde, de woonplaats van de verzekerde, het document S2 en geldigheidsduur, en de plaats van zorgverlening in Duitsland.

De verzekeringsinstellingen dienen de tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend tot en met 30 juni 2017 en die voortvloeien uit de toepassing van de IZOM-Samenwerkingsovereenkomst onder de daarvoor van toepassing zijnde code(s) KG2 te boeken.

8. Evaluatieregeling

De verzekeringsinstellingen verzamelen alle nuttige gegevens en registreren deze systematisch met het oog op een gecoördineerde evaluatie. De analyse heeft betrekking op:

(1) statistische gegevens inzake


- (i) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaalde bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend op basis van het gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (= KG2 838), en de aard van de behandeling;
- (ii) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaald bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend met toepassing van artikel 294, § 1, 13^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (= KG2 853);
- (iii) het aantal aanvragen en de uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in de Duitse grensstreek – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126) (= KG2 836);
- (iv) het aantal vorderingen E.125/S080, het aantal patiënten waarop deze betrekking hebben, alsook het totaalbedrag van de terugbetalingen verbonden aan de afgifte van een document S2 opgesplitst in:
 - (a) medische hulp;
 - (b) tandheelkundige hulp;
 - (c) geneesmiddelen;
 - (d) ziekenhuisverpleging;
 - (e) andere verstrekkingen.


(2) de afgifte van een document S2

- (i) het aantal uitgereikte documenten S2, alsook het aantal verzekerden;
- (ii) het aantal documenten S2 voor een ambulante specialistische behandeling dan wel specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis;
- (iii) betreft het een eerste afgifte van een document S2 of een verlenging;
- (iv) de aard van de behandeling (bijv. het specialisme) / dienst in het ziekenhuis, alsook het ziekenhuis waar de geneeskundige zorg wordt verleend;
- (v) wat betreft de ambulante specialistische zorg:
 - (a) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro) psychiatrie;
 - (b) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder)psychiatrie;
 - (c) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (d);
 - (d) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt;
 - (e) medische beeldvorming.

(vi) wat betreft de specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis:

- (a) op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt;
- (b) naar aanleiding van een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 werd uitgereikt;
- (c) naar aanleiding van een raadpleging van een arts-specialist in de Duitse grensstreek, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

 De verzekeringsinstellingen stellen voor 31 maart 2018, ten behoeve van het RIZIV (te sturen naar rir@riziv.fgov.be), een evaluatieverslag op over de uitvoering van de Ostbelgien regeling in het vorige kalenderjaar. De statistische gegevens dienen opgeleverd middels de *.xlsx template in Bijlage 3.

 Het *ad hoc* College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen – waarvan sprake in punt 5 – dient voor 31 maart 2018 een grondig evaluatieverslag op te stellen ten behoeve van het RIZIV (te sturen naar rir@riziv.fgov.be) over de aan haar voorgelegde dossiers (ten minste aantal aanvragen; het aantal weigeringen/toestemmingen; aard van de aanvraag/behandeling).


De verzamelde informatie dient bij te dragen tot

- een betere kennis van omvang van de patiëntenmobiliteit in deze grensstreek en de aard van de medisch-specialistische gezondheidszorg waarvoor men zich naar de Duitse grensstreek begeeft
- het medisch aanbod, zowel ambulant als in de ziekenhuizen, in Oost-België in kaart te brengen
- de medische noden in Oost-België in kaart te brengen.

9. Duur van de *Ostbelgien* regeling

De *Ostbelgien*-regeling treedt op 1 juli 2017 in werking en zal van kracht blijven tot en met 30 juni 2018. De *Ostbelgien*-regeling kan verlengd worden op basis van een grondig evaluatieverslag (zie punt 8).

Van toepassing vanaf 1 juli 2017.

 Omzendbrief V.I. nr. 2017/222 – 392/78, 80/113, 825/5 en 83/473 van 17 juli 2017.