

Observatorium
Patiëntenmobiliteit
Jaarverslag



RIZIV
INAMI



Observatorium voor Patiëntenmobiliteit

JAARVERSLAG 2013

Inhoud

Voorwoord	2
1. Oprichting, samenstelling en opdrachten	3
2. Buitenlandse patiënten in België	5
3. Werkzaamheden	30
3.1 Algemeen	30
3.2 MZGbis	31
3.3 Zorgcontracten (leidraad)	32
3.4 Registratie van wachttijden	33
4. Besluit	35
Bijlage 1 Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit, geconsolideerde versie op datum van 30 april 2013	37
Bijlage 2 Samenstelling van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit, op 30 april 2013	40
Bijlage 3 Omzendbrief aan de ziekenhuizen over een leidraad bij het afsluiten van zorgcontracten met buitenlandse partners	42

Voorwoord

Het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit dat bij de wet van 4 juni 2007 werd ingevoerd, heeft als taak het monitoren van de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen. In het kader van het vrij verkeer van patiënten, dient nagegaan te worden in hoeverre deze instroom een impact zou kunnen hebben op het aanbod van onze zorgvoorzieningen.

De diverse opdrachten van het Observatorium staan in hoofdstuk 1 beschreven, waaronder ook het jaarlijks (voor 1 juli) neerleggen van een Jaarverslag, dat werd uitgewerkt in samenwerking met het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Hoofdstuk 2 betreft een actualisering van de cijfergegevens met betrekking tot “de buitenlandse patiënten in België”, gebaseerd op de laatst beschikbare Minimale Ziekenhuisgegevens voor de periode 2009-2011. De analyse werd doorgetrokken tot en met 2011, in afwachting van de verplichte nieuwe gegevensregistratie MZGbis vanaf 2013.

Het aantal verblijven in Belgische ziekenhuizen van niet-inwoners is beperkt : 1,5% voor de klassieke hospitalisatie en 1,3% voor de daghospitalisatie, waarbij het aantal patiënten uit onze buurlanden, met name uit Nederland (57,4%) en Frankrijk (20,5%) het hoogst ligt.

In hoofdstuk 3 van het Jaarverslag wordt een overzicht gegeven van de werkzaamheden van het Observatorium tijdens het werkjaar 2013.

Het Observatorium heeft het afgelopen jaar vooral aandacht gehad voor de verderzetting en implementatie van de gegevensregistratiesystemen die vorig jaar werden ontwikkeld met het doel een zo juiste en zo omvattend mogelijke informatie ter beschikking te stellen met betrekking tot de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen.

Zoals vorig jaar aangekondigd heeft het Observatorium werk gemaakt van een leidraad voor de Belgische ziekenhuizen; deze leidraad kan een handig instrument vormen tijdens de onderhandelingen met buitenlandse zorgactoren om afspraken te maken over bepaalde essentiële zaken bij de opname van buitenlandse patiënten.

De werkgroep “registratie wachttijden” heeft ook vooruitgang geboekt. Zo werd er overeenstemming bereikt over de methodologie voor de monitoring van de wachtlijsten bij bepaalde ingrepen en technische presentaties in het ziekenhuismilieu.

Veel leesplezier!

Hoogachtend,

Christiaan Decoster,

Voorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Directeur-generaal van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg
van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en
Leefmilieu

1. Oprichting, samenstelling en opdrachten

Op 4 juni 2007 werd de *Wet tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit* goedgekeurd¹ (hierna: wet van 4 juni 2007). De wet van 4 juni 2007, die oorspronkelijk ten laatste op 1 juli 2008 in werking moest treden, werd verschillende keren gewijzigd en is uiteindelijk pas op 1 juli 2010 in werking getreden.

De wet van 4 juni 2007, die het resultaat is van een parlementair initiatief, beoogt enerzijds de hindernissen weg te nemen die bestaan bij de behandeling van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen (door een wijziging van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en ondertussen vervangen door de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 – hierna: Ziekenhuiswet) om zodoende de instroom van buitenlandse patiënten te stroomlijnen, en anderzijds erover te waken dat de wachttijden voor Belgische patiënten niet toenemen ingevolge de instroom van buitenlandse patiënten. Daartoe werd een Observatorium voor patiëntenmobiliteit (hierna: Observatorium) opgericht bij het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het Observatorium heeft effectief haar werkzaamheden aangevat in de loop van 2011.

Hoewel de wet van 4 juni 2007 voorziet dat de subsidiëring van het Observatorium moet worden vastgesteld bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit², werd beslist dat de werkingsmiddelen van het Observatorium in een eerste fase ten laste worden genomen door de Administratie (het RIZIV en de FOD VVVL).

De opdrachten van het Observatorium worden in de wet van 4 juni 2007 als volgt omschreven³:

- 1° het verzamelen van gegevens inzake patiëntenmobiliteit, meer bepaald over het aantal patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dat behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, over de behandeling die zij ontvangen, en over hun land van herkomst;
- 2° het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling in Belgische ziekenhuizen;
- 3° het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars;
- 4° het opbouwen en aanbieden van de nodige expertise bij de bepaling van de prijs van de behandelingen die door ziekenhuizen op de buitenlandse markt aangeboden zullen worden;
- 5° de Regering adviseren inzake de uitbreiding van de infrastructuur, het planningsbeleid en de instroom van medici, paramedici en verzorgend personeel in functie van het aantal behandelingen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling.

Het Observatorium heeft tot opdracht gegevens te verzamelen van buitenlandse patiënten die doelbewust naar België reizen met het doel zich in een Belgisch ziekenhuis te laten behandelen, maar heeft niet tot opdracht zelf nieuwe systemen van gegevensregistratie op te zetten. In het kader van deze opdrachten worden een reeks informatie- en rapporteringstromen van en naar het Observatorium voorzien waarbij het RIZIV en de FOD VVVL de bij hen beschikbare gegevens meedelen die het Observatorium nodig acht⁴.

¹ *Belgisch Staatsblad* van 25 juli 2007.

² Artikel 4, §4, van de wet van 4 juni 2007.

³ Artikel 4, §2, van de wet van 4 juni 2007.

⁴ Artikel 4, §2, derde en vijfde lid, van de wet van 4 juni 2007.

Het Observatorium bestaat uit een vertegenwoordiging van de volgende actoren⁵ :

- 1° vijf vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van zelfstandigen;
- 2° vijf vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties;
- 3° vijf vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
- 4° vijf vertegenwoordigers van de zorgverleners;
- 5° één vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
- 6° één vertegenwoordiger van de FOD Sociale Zekerheid en de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid;
- 7° één vertegenwoordiger van het RIZIV (1);
- 8° één vertegenwoordiger van elke Gewest- of Gemeenschapsminister bevoegd voor Volksgezondheid;
- 9° een vertegenwoordiger van de federale Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken⁶.

Zoals de wet voorschrijft, heeft het Observatorium onder haar leden een voorzitter gekozen⁷: de heer Christiaan Decoster, Directeur-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Tot slot voorziet de wet van 4 juni 2007 nog in een laatste opdracht voor het Observatorium: het jaarlijks (voor 1 juli van elk kalenderjaar) neerleggen van een werkingsverslag bij de Regering en de federale Wetgevende Kamers⁸.

⁵ Artikel 5 van de wet van 4 juni 2007.

⁶ Een vertegenwoordiger van de federale Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken in het Observatorium is slechts sedert april 2013 voorzien (Wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), *Belgisch Staatsblad* van 29 maart 2013).

⁷ Artikel 5, lid 2, van de wet van 4 juni 2007.

⁸ Artikel 4, §5, van de wet van 4 juni 2007.

2. *Buitenlandse patiënten in België*

Dit hoofdstuk is een update van het rapport van de Dienst Data Management van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg de FOD VVVL dat in het jaarverslag 2012 van het Observatorium werd gepubliceerd.

De hier vermelde cijfers hebben hoofdzakelijk betrekking op de laatste drie jaren die beschikbaar zijn in de Minimale Ziekenhuisgegevens (hierna MZG), zijnde de periode 2009-2011.

In afwachting van bijkomende gegevens MZGbis ingevolge de nieuwe verplichte gegevensregistratie vanaf MZG 2013, heeft men de analyse voortgezet tot en met MZG 2011.

De MZG maken het mogelijk om een onderscheid te maken tussen de verblijven van patiënten die hier niet wonen en de verblijven van patiënten die hier wel wonen, en om te weten in welke landen de niet-inwoners gedomicilieerd zijn. Voor de evolutie van het aantal verblijven werd ook rekening gehouden met het jaar 2008.

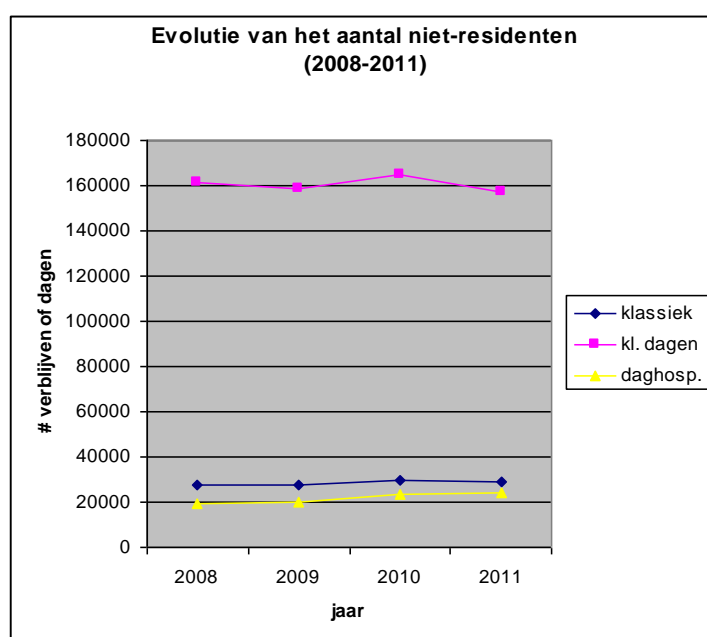
De selecties werden uitgevoerd op de klassieke verblijven (*inpatients* : A2_HOSPTYPE_FAC='H') en de dagverblijven (*day cases* : A2_HOSPTYPE_FAC= 'C' of 'D'); dringende verblijven, langdurige verblijven en verblijven in revalidatieziekenhuizen werden geweerd.

In dit hoofdstuk vindt u tabellen, figuren en kaarten met:

- de evolutie 2008-2011 van het aantal verblijven van niet-inwoners en inwoners;
- de landen waar de meeste niet-inwoners die in een Belgisch ziekenhuis hebben verbleven, gedomicilieerd zijn en de evolutie 2008-2011 van het aantal verblijven van niet-inwoners per land van domicilie;
- de verdeling per leeftijd en geslacht (2009-2011) voor de inwoners en de niet-inwoners;
- de lijst met de vaakst voorkomende aandoeningen (2009-2011) waarvoor niet-inwoners zich in een ziekenhuis laten opnemen, op basis van diagnosecategorieën (hoofddiagnoses) ;
- de geografische spreiding (2009-2011) per ziekenhuisarrondissement voor niet-inwoners in functie van het type ziekenhuisopname en van de categorie hoofddiagnose;
- de lijst van de vaakst voorkomende ingrepen die de in België gehospitaliseerde niet-inwoners hebben ondergaan (2009-2011).

Tabel 1. Het aantal verblijven en dagen in klassieke hospitalisatie en het aantal verblijven in daghospitalisatie voor inwoners en niet-inwoners, 2008-2011.

Jaar	Klassieke verblijven				Klassieke dagen				Dagverblijven			
	Niet-inwoner		inwoner		Niet-inwoner		inwoner		Niet-inwoner		inwoner	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2008	27541	1.5	1816152	98.5	161440	1.5	13996140	98.5	19316	1,3	1517186	98,7
2009	27663	1.5	1829637	98.5	158633	1.5	13790397	98.5	19727	1,2	1595711	98,8
2010	29351	1.6	1851011	98.4	164633	1.6	13735513	98.4	23791	1,3	1807201	98,7
2011	28833	1.5	1861245	98.5	157376	1.5	13692017	98.5	24301	1,3	1907197	98,7
total	113388	1.5	7358045	98.5	642082	1.5	55214067	98.5	87135	1,3	6827295	98,7

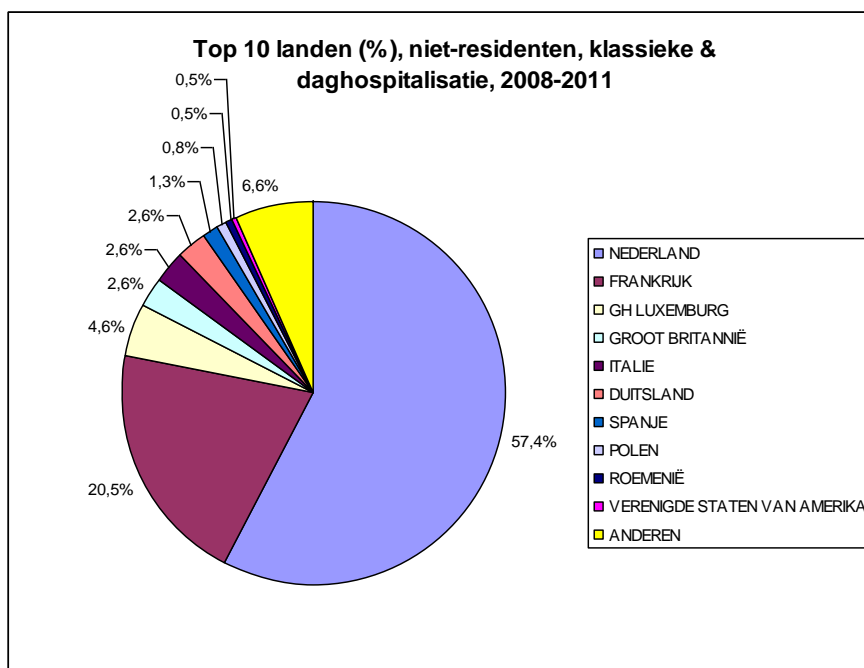


Figuur1. Evolutie van het aantal opnames en dagen in klassieke hospitalisatie en het aantal dagopnames voor de niet-inwoners, MZG 2008 – 2011.

Tussen 2008 en 2011 steeg het aantal klassieke verblijven (inpatients) met 1292 en het aantal dagverblijven (day-cases) met 4985 voor de niet-inwoners. Het aantal klassieke ligdagen verminderde met 4064. Het percentage verblijven en ligdagen in klassieke hospitalisatie van niet-inwoners ten opzichte van het totale aantal verblijven en het totale aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie (inwoners en niet-inwoners samen) bleef stabiel (1,5% en 1,6%, zie tabel 1 en figuur 1). In daghospitalisatie schommelde dat percentage tussen 1,2% en 1,3%. Die stabilisering van het percentage verblijven van niet-inwoners werd reeds vastgesteld voor de periode 2004-2006.

Tabel 2. De 10 meest voorkomende landen waar de niet-inwoners gedomicilieerd zijn, voor verblijven met klassieke hospitalisatie en voor daghospitalisatie, MZG 2008-2011.

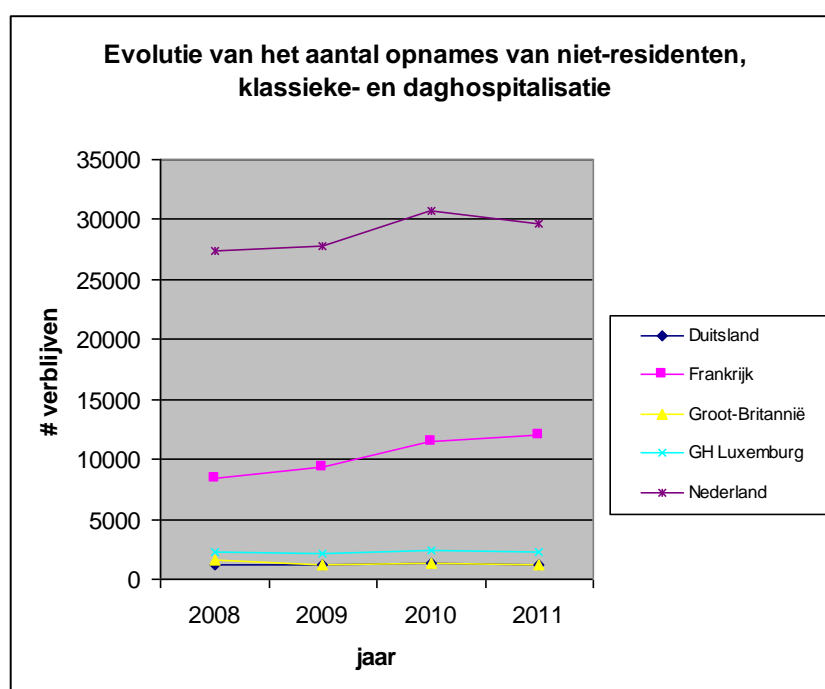
Land van domicilie	Klassieke verblijven	Daghospitalisatie	Totaal	
	N	N	N	%
Nederland	62041	53388	115429	57,4
Frankrijk	23572	17681	41253	20,5
Groot Hertogdom Luxemburg	5311	3852	9163	4,6
Groot-Brittannië	2626	2657	5283	2,6
Italië	4135	1143	5278	2,6
Duitsland	2847	2319	5166	2,6
Spanje	1533	1054	2587	1,3
Polen	1300	393	1693	0,8
Roemenië	754	304	1058	0,5
Verenigde Staten van Amerika	677	286	963	0,5
Totaal (alle landen)	113388	87695	201083	100



Figuur 2. Pie-chart van de 10 meest voorkomende landen waar de niet-inwoners gedomicilieerd zijn, voor verblijven met klassieke hospitalisatie en voor daghospitalisatie, MZG 2008-2011.

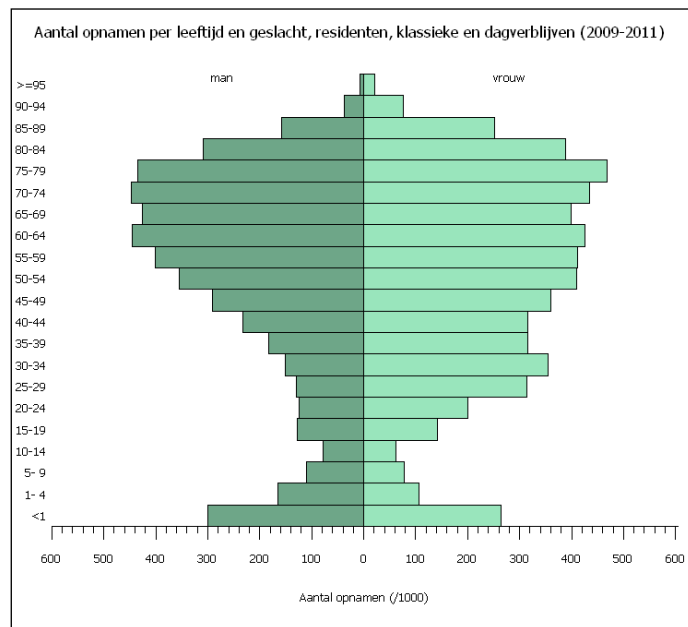
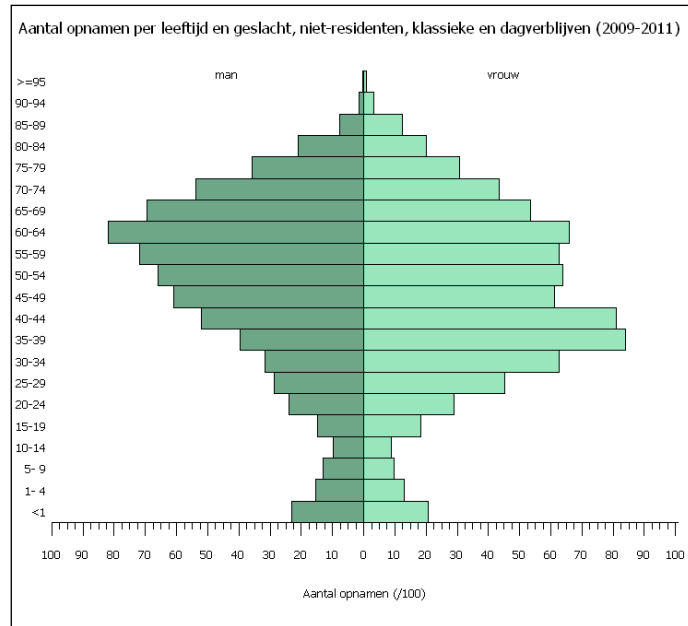
Tabel 3. Evolutie van het aantal verblijven van niet-inwoners uit de buurlanden (verblijven met klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie, MZG 2008-2011).

Land van domicilie	2008	2009	2010	2011
Duitsland	1243	1252	1402	1269
Frankrijk	8474	9359	11448	11972
Groot-Brittannië	1569	1263	1285	1161
Groot Hertogdom Luxemburg	2304	2182	2348	2329
Nederland	27332	27734	30705	29658
Totaal	40922	41790	47188	46389



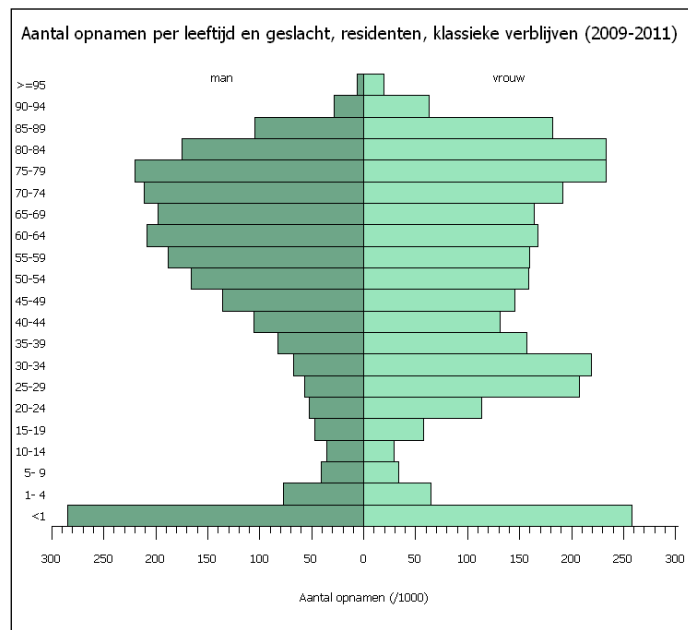
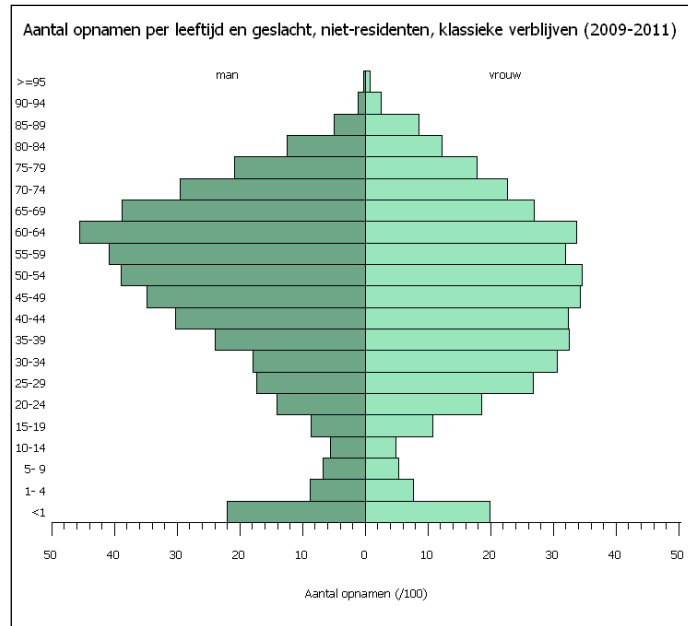
Figuur 3. Evolutie van het aantal verblijven van niet-inwoners uit de buurlanden (verblijven met klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie, MZG 2008-2011).

De meeste niet-inwoners die naar België komen om zich te laten verzorgen, zijn gedomicilieerd in één van de 10 landen uit tabel 2 en figuur 2. De ziekenhuisverblijven van die patiënten zijn goed voor 93,4% van het totale aantal verblijven van niet-inwoners. Het is geen verrassing dat de buurlanden van België tot de meest vertegenwoordigde horen, in het bijzonder Nederland (57,4%) en Frankrijk (20,5%). Opvallend in de "Top 10" is de aanwezigheid van Polen en Roemenië, ongetwijfeld een gevolg van de tijdelijke migratie. Het aantal verblijven van in Nederland gedomicilieerde patiënten blijft toenemen, van 27332 tot 29658 verblijven tussen 2008 en 2011 (tabel 3 en figuur 3).



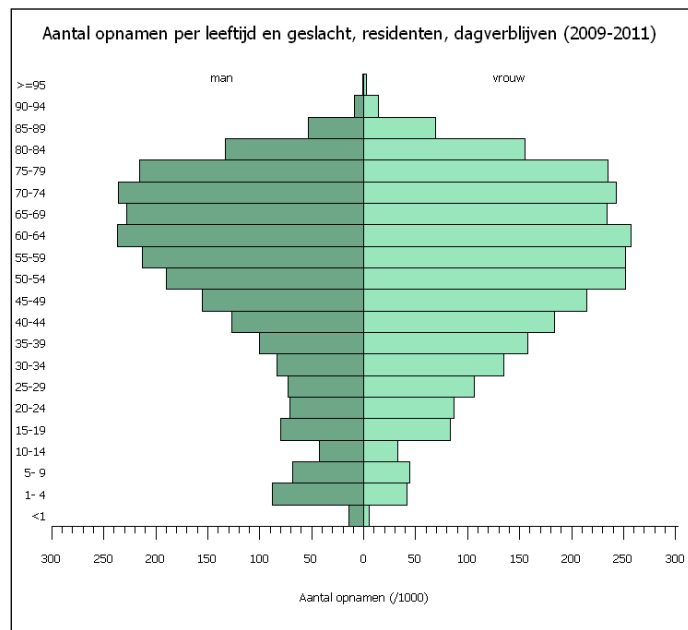
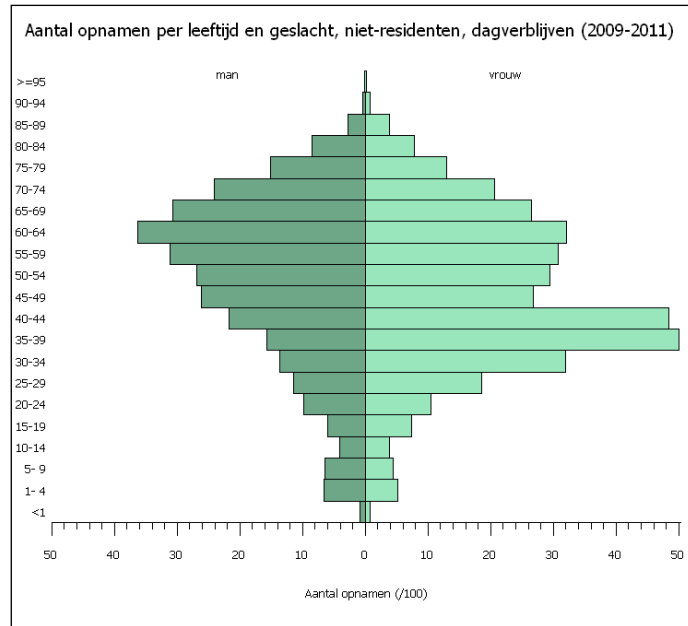
Figuren 4 & 5. Aantal verblijven klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie voor niet-inwoners en inwoners van België, per geslacht en per leeftijdsklasse, MZG2009-2011.

De verdeling per leeftijd en geslacht voor alle verblijven van klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie vertoont een aantal verschillen tussen niet-inwoners en inwoners, met name in de leeftijdscategorieën 35-39 en 40-44 jaar bij vrouwen en de leeftijdscategorieën <1 jaar, 70-74, 75-79 en 85-89 jaar voor zowel mannen als vrouwen (figuren 4 & 5). Er moet wel rekening mee worden gehouden dat de verblijven heropnames kunnen zijn.



Figuren 6 & 7. Aantal verblijven klassieke hospitalisatie voor niet-inwoners en inwoners van België, per geslacht en per leeftijdsklasse, MZG2009-2011.

De verschillen zijn eveneens duidelijk tussen de verdeling per leeftijd en geslacht tussen de klassieke verblijven van niet-inwoners en die van inwoners, met name voor de leeftijdscategorieën <1, 70-74 en 75-79 jaar voor zowel mannen als vrouwen en voor de leeftijdscategorieën 35-39, 40-44, 80-84 en 85-89 jaar voor vrouwen (figuren 6 en 7). Er moet rekening mee worden gehouden dat de verblijven heropnames kunnen zijn.



Figuren 8 & 9. Aantal verblijven daghospitalisatie voor niet-inwoners en inwoners van België, per geslacht en per leeftijdsklasse, MZG2009-2011.

Figuren 8 en 9 wijzen eveneens op aanzienlijke verschillen tussen de verblijven daghospitalisatie (met inbegrip van de heropnames, zoals bij chemo- en radiotherapieën) van niet-inwoners en inwoners, in het bijzonder bij mannen jonger dan 20 jaar en ouder dan 70 jaar, en bij vrouwen ouder dan 30 jaar.

Tabel 4. Aantal verblijven klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie voor niet-inwoners en inwoners per diagnosecategorie ISHMT, MZG 2008-2010.

Diagnosecategorie ISHMT	Klassieke hospitalisatie				Daghospitalisatie			
	Niet-inwoner		Inwoner		Niet-inwoner		Inwoner	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0100	1517	1,1	134978	98,9	221	0,9	25379	99,1
0200	5707	1,5	364232	98,5	4297	1	435599	99
0300	446	0,9	47371	99,1	1010	0,8	126489	99,2
0400	5470	3,1	170653	96,9	410	1,1	36770	98,9
0500	1002	0,8	119121	99,2	276	1,8	15400	98,2
0600	3691	1,3	276274	98,7	3113	1,2	256680	98,8
0700	959	2,3	41170	97,7	4423	1,2	377133	98,8
0800	586	1,7	34148	98,3	549	0,7	83179	99,3
0900	10332	1,6	649186	98,4	2981	1,8	164049	98,2
1000	3491	0,8	430676	99,2	1024	0,7	138344	99,3
1100	6683	1,3	526665	98,7	5871	0,8	718234	99,2
1200	598	1,3	44185	98,7	340	0,7	48326	99,3
1300	14101	3	461898	97	11176	1,4	804433	98,6
1400	3882	1,3	295852	98,7	3812	1,5	247193	98,5
1500	3707	0,8	439517	99,2	658	1,1	60086	98,9
1600	217	1,4	15331	98,6	7	0,6	1222	99,4
1700	1370	4,6	28167	95,4	426	1,3	32996	98,7
1800	2657	1,2	222468	98,8	1175	1,1	104638	98,9
1900	10886	2	522306	98	3817	2,1	178466	97,9
2100	8545	1,2	717695	98,8	22659	1,5	1488489	98,5
totaal	85847	1,5	5541893	98,5	68245	1,3	5343105	98,7

0100 = Certain infectious and parasitic diseases ; 0200 = Neoplasms ; 0300 = Diseases of the blood and bloodforming organs and certain disorders involving the immune mechanism ; 0400 = Endocrine, nutritional and metabolic diseases ; 0500 = Mental and behavioural disorders ; 0600 = Diseases of the nervous system ; 0700 = Diseases of the eye and adnexa ; 0800 = Diseases of the ear and mastoid process ; 0900 = Diseases of the circulatory system ; 1000 = Diseases of the respiratory system ; 1100 = Diseases of the digestive system ; 1200 = Diseases of the skin and subcutaneous tissue ; 1300 = Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue ; 1400 = Diseases of the genitourinary system ; 1500 = Pregnancy, childbirth and the puerperium ; 1600 = Certain conditions originating in the perinatal period ; 1700 = Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities ; 1800 = Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified ; 1900 = Injury, poisoning and certain other consequences of external causes ; 2100 = Factors influencing health status and contact with health services

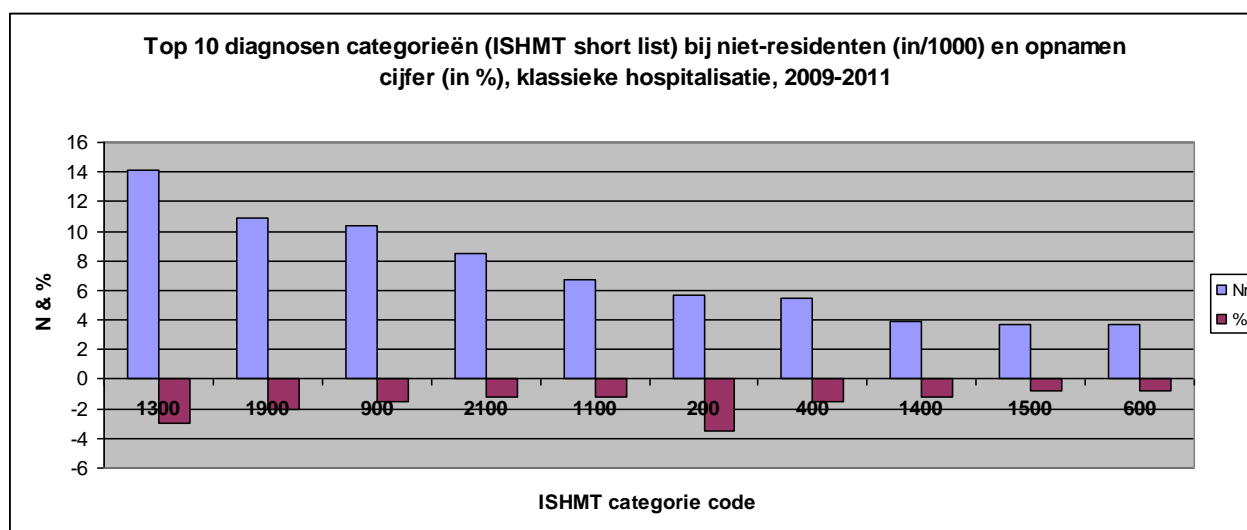
Tabel 4 geeft, voor de klassieke hospitalisaties en de daghospitalisaties, het aantal en het percentage verblijven voor niet-inwoners en inwoners. De diagnosecategorieën die hier gebruikt worden, werden overgenomen uit de lijst met ISHMT-hoofdstukken (zie de short list in tabel 4 hierboven) en zijn gebaseerd op de extractie van ICD-9-CM-codes voor hoofddiagnoses. De bruto aantallen hebben hun nut voor economische of administratieve (beheer) analyses, terwijl de percentages de mogelijkheid bieden om te vergelijken met andere landen. De verschillen in pathologieën tussen niet-inwoners en inwoners kunnen gedeeltelijk te verklaren zijn door de verschillen in leeftijds- en geslachtsverdeling, of kunnen te maken hebben met het zorgaanbod (dat wij in deze studie niet aan bod kunnen laten komen) of verzekeraarbaarheid (die we in deze beknopte studie niet hebben onderzocht).

Tabel 5. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstukken ISHMT) voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor klassieke verblijven, MZG 2009-2011.

Code hoofdstuk ISHMT	Diagnose	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% verblijven t.o.v. totaal hoofdstukken **
1300	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	14101	476002	3.0	16.4
1900	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	10886	533196	2.0	12.7
0900	Diseases of the circulatory system	10332	659518	1.6	12.0
2100	Factors influencing health status and contact with health services	8545	726251	1.2	10.0
1100	Diseases of the digestive system	6683	533355	1.3	7.8
0200	Néoplasms	5707	369940	1.5	6.6
0400	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5470	176123	3.1	6.4
1400	Diseases of the genitourinary system	3882	299735	1.3	4.5
1500	Pregnancy, childbirth and the puerperium	3707	443235	0.8	4.3
0600	Diseases of the nervous system	3691	279966	1.3	4.3

* Berekeningswijze: (kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : (kolom 1 / 85847) x 100. Hierbij is 85847 het totaal aantal niet-inwoners voor klassieke hospitalisatie van het hoofdstuk, zoals te vinden in de onderste totaalrij van tabel 4.



Figuur 10. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstuk ISHMT) voor niet-inwoners, enkel klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

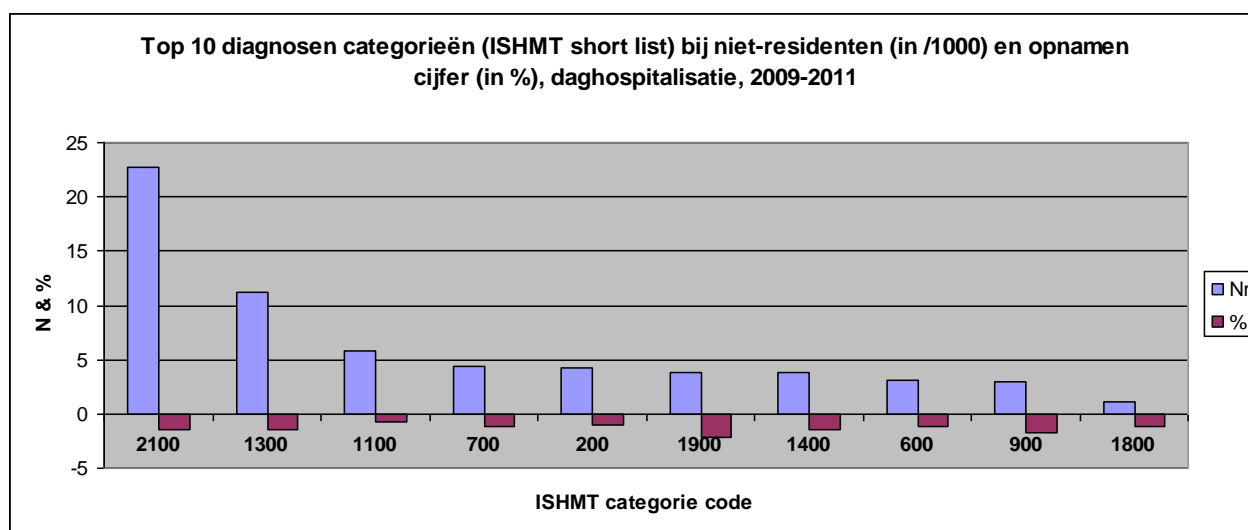
Tabel 5 en figuur 10 bevatten de lijst van de 10 diagnosecategorieën die het vaakst voorkomen (ISHMT-hoofdstukken) bij klassieke verblijven (*inpatient*), zowel voor niet-inwoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De verblijven zijn in figuur 10 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden. De ziektes van het endocriene systeem (code 0400) en van het bewegingsstelsel/bindweefsel (code 1300) hebben het hoogste aantal verblijven (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep). De groepen 1300, 1900, 0900 en 2100 zijn goed voor meer dan 50% van de ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor de ISHMT-hoofdstukken.

Tabel 6. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstukken ISHMT) voor niet-inwoners en voor het totaal van inwoners + niet-inwoners, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011..

Code hoofdstuk ISHMT	Diagnose	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% verblijven t.o.v. totaal hoofdstukken **
2100	Factors influencing health status and contact with health services	22659	1511149	1,5	33
1300	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	11176	815611	1,4	16
1100	Diseases of the digestive system	5871	724109	0,8	8,6
0700	Diseases of the eye and adnexa	4423	381556	1,2	6,5
0200	Néoplasms	4297	439897	1	6,3
1900	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	3817	182284	2,1	5,6
1400	Diseases of the genitourinary system	3812	251007	1,5	5,6
0600	Diseases of the nervous system	3113	259793	1,2	4,6
0900	Diseases of the circulatory system	2981	167030	1,8	4,4
1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1175	105814	1,1	1,7

* Berekeningswijze: (kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : (kolom 1 / 68245) x 100. Hierbij is 68245 het totaal aantal niet-inwoners voor daghospitalisatie van het hoofdstuk, zoals te vinden in de onderste totaalrij van tabel 4.



Figuur 11. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstuk ISHMT) voor niet-inwoners, enkel daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

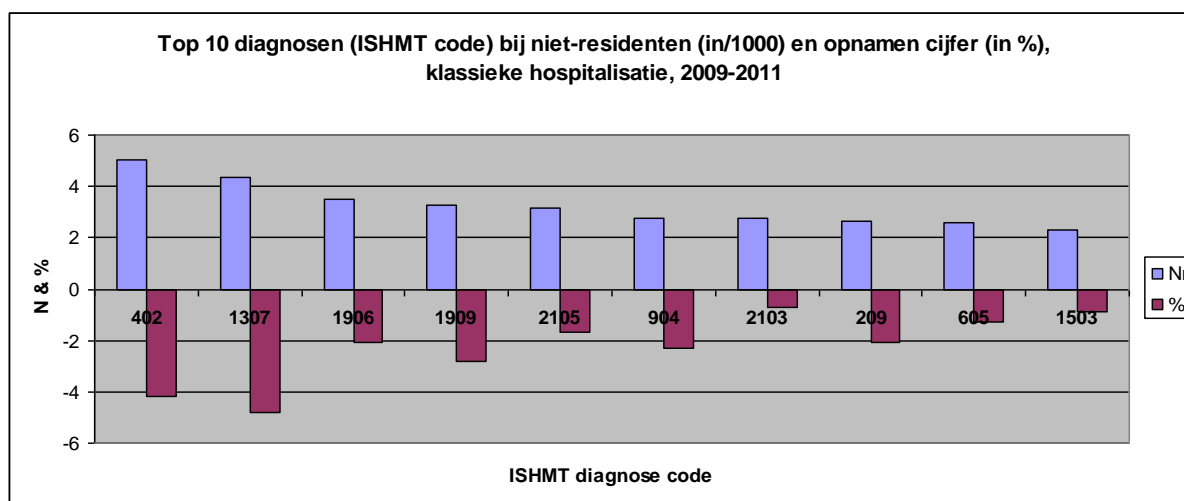
Tabel 6 en figuur 11 bevatten de lijst van de 10 diagnosecategorieën die het vaakst voorkomen (ISHMT-hoofdstukken) bij dagverblijven (day-cases), zowel voor niet-inwoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De verblijven zijn in figuur 11 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden. De aandoeningen van het circulatoir systeem (code 0900) en de aandoeningen als gevolg van blessures, vergiftiging en andere externe oorzaken (code 1900) hebben het hoogst aantal verblijven (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep). De groepen 2100 en 1300 zijn goed voor meer dan 50% van de ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor de ISHMT-hoofdstukken.

Tabel 7. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstukken ISHMT) voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor klassieke verblijven, MZG 2009-2011.

Code hoofdstuk ISHMT	Diagnose	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% verblijven t.o.v. totaal hoofdstukken **
0402	Other endocrine, nutritional and metabolic diseases	5021	118382	4,2	5,8
1307	Intervertebral disc disorders	4344	89597	4,8	5,1
1906	Other injuries	3477	168338	2,1	4,1
1909	Complications of surgical and medical care, not elsewhere classified	3255	116950	2,8	3,8
2105	Other factors influencing health status and contact with health services	3161	183271	1,7	3,7
0904	Other ischaemic heart disease	2779	120352	2,3	3,2
2103	Liveborn infants according to place of birth ("healthy newborn babies")	2756	381170	0,7	3,2
0209	Other malignant neoplasms	2652	123680	2,1	3,1
0605	Other diseases of the nervous system	2595	192262	1,3	3
1503	Complications of pregnancy predominantly in the antenatal period	2296	250982	0,9	2,7

* Berekeningswijze: (kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : (kolom 1 / totaal hoofdstukken (totaal aantal niet-inwoners voor daghospitalisatie van het hoofdstuk, zoals te vinden in de onderste totaalrij van tabel 4).



Figuur 12. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstuk ISHMT) voor niet-inwoners, enkel klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

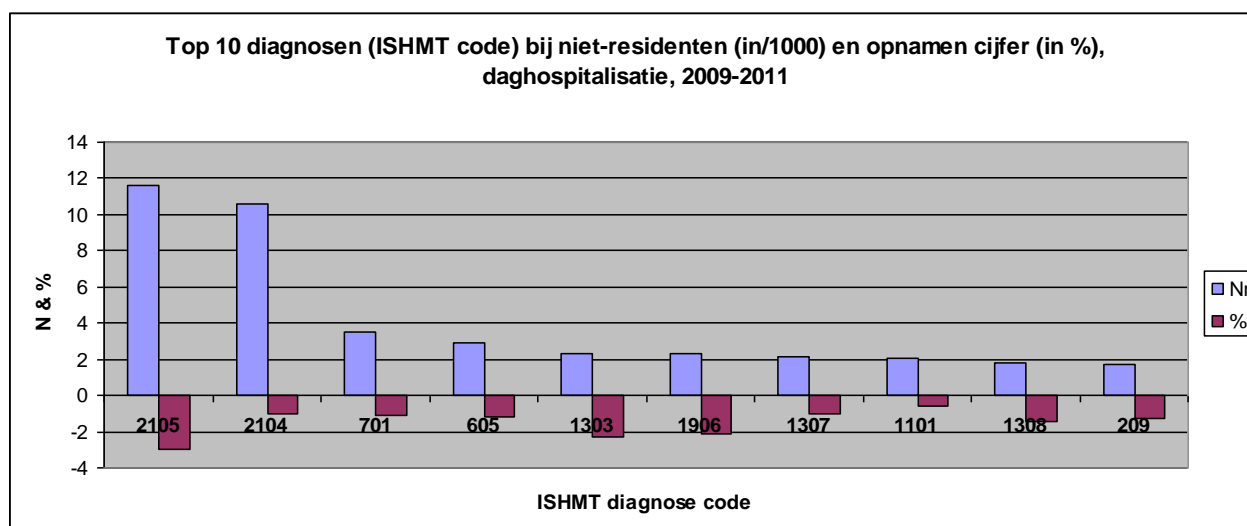
Tabel 7 en figuur 12 bevatten de lijst van de 10 diagnosecategorieën die het vaakst voorkomen (ISHMT-codes met een hogere granulariteit dan die van de ISHMT-hoofdstukken) bij klassieke verblijven (inpatients), zowel voor niet-bewoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De verblijven zijn in figuur 12 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden. De diagnoses van groep 0402 (endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten) en 1307 (aandoeningen van de tussenwervelschijven) hebben het hoogst aantal verblijven (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep).

Tabel 8. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstukken ISHMT) voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Code hoofdstuk ISHMT	Diagnose	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% verblijven t.o.v. totaal hoofdstukken **
2105	Other factors influencing health status and contact with health services	11581	380628	3	17
2104	Other medical care (including radiotherapy and chemotherapy sessions)	10587	1066636	1	16
0701	Cataract	3477	319724	1,1	5,1
0605	Other diseases of the nervous system	2897	234438	1,2	4,2
1303	Internal derangement of knee	2354	104567	2,3	3,4
1906	Other injuries	2291	106597	2,1	3,4
1307	Intervertebral disc disorders	2102	210709	1	3,1
1101	Disorders of teeth and supporting structures	2026	343948	0,6	3
1308	Dorsalgia	1837	131447	1,4	2,7
0209	Other malignant neoplasms	1688	130118	1,3	2,5

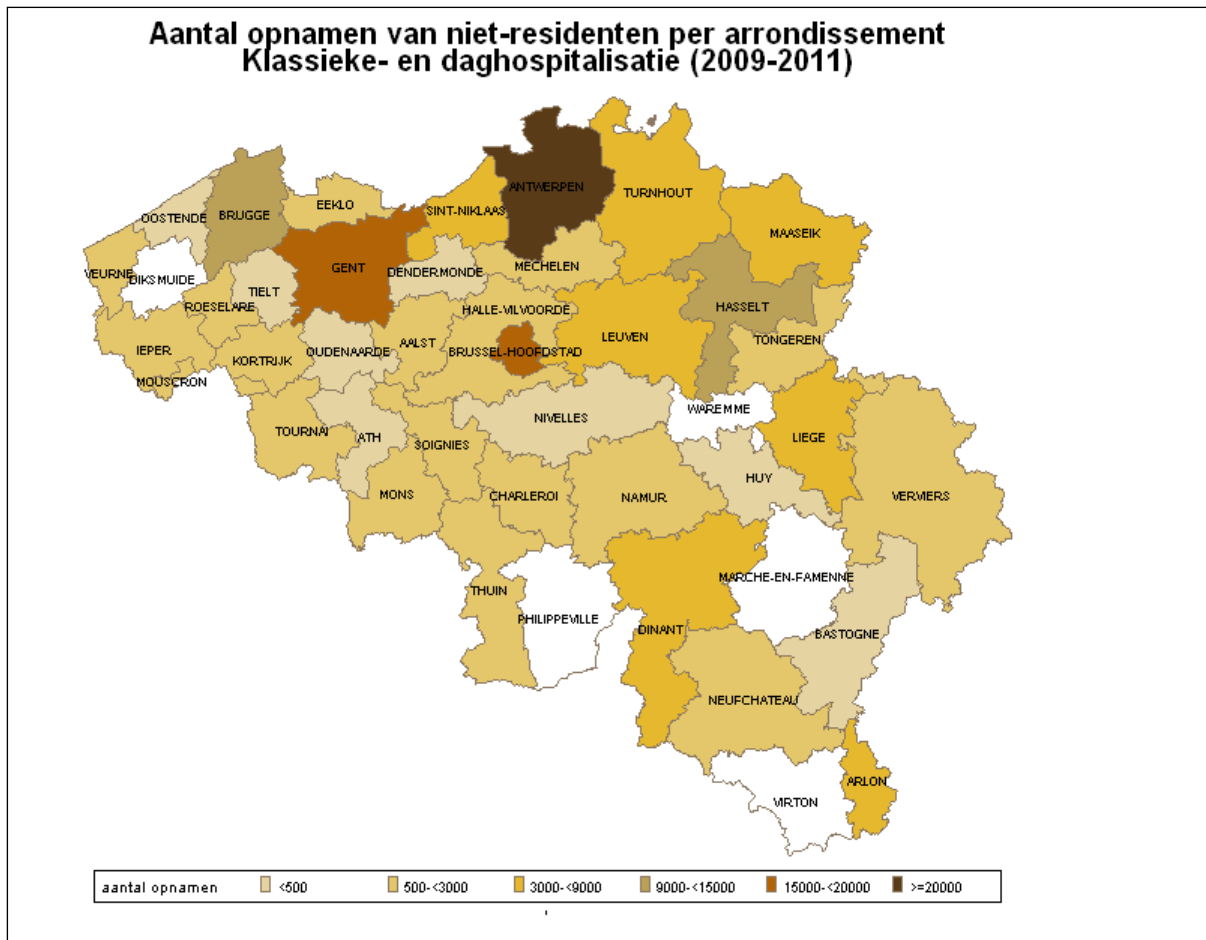
* Berekeningswijze: (kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : (kolom 1 / totaal hoofdstukken (totaal aantal niet-inwoners voor daghospitalisatie van het hoofdstuk, zoals te vinden in de onderste totaalrij van tabel 4).



Figuur 13. De 10 meest voorkomende diagnosecategorieën (hoofdstuk ISHMT) voor niet-inwoners, enkel daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Tabel 8 en figuur 13 bevatten de lijst van de 10 diagnosecategorieën die het vaakst voorkomen (ISHMT-codes met een hogere granulariteit dan die van de ISHMT-hoofdstukken) bij dagverblijven (day-cases), zowel voor niet-inwoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De verblijven zijn in figuur 13 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden. De diagnoses van groep 2105 (andere aandoeningen die de gezondheidstoestand beïnvloeden) en 2104 (andere medische zorgen, met inbegrip van radio- en chemotherapiesessies) hebben het hoogst aantal verblijven (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep). De groepen 2105 en 2104 zijn goed voor meer dan 30% van de ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor de ISHMT-hoofdstukken.

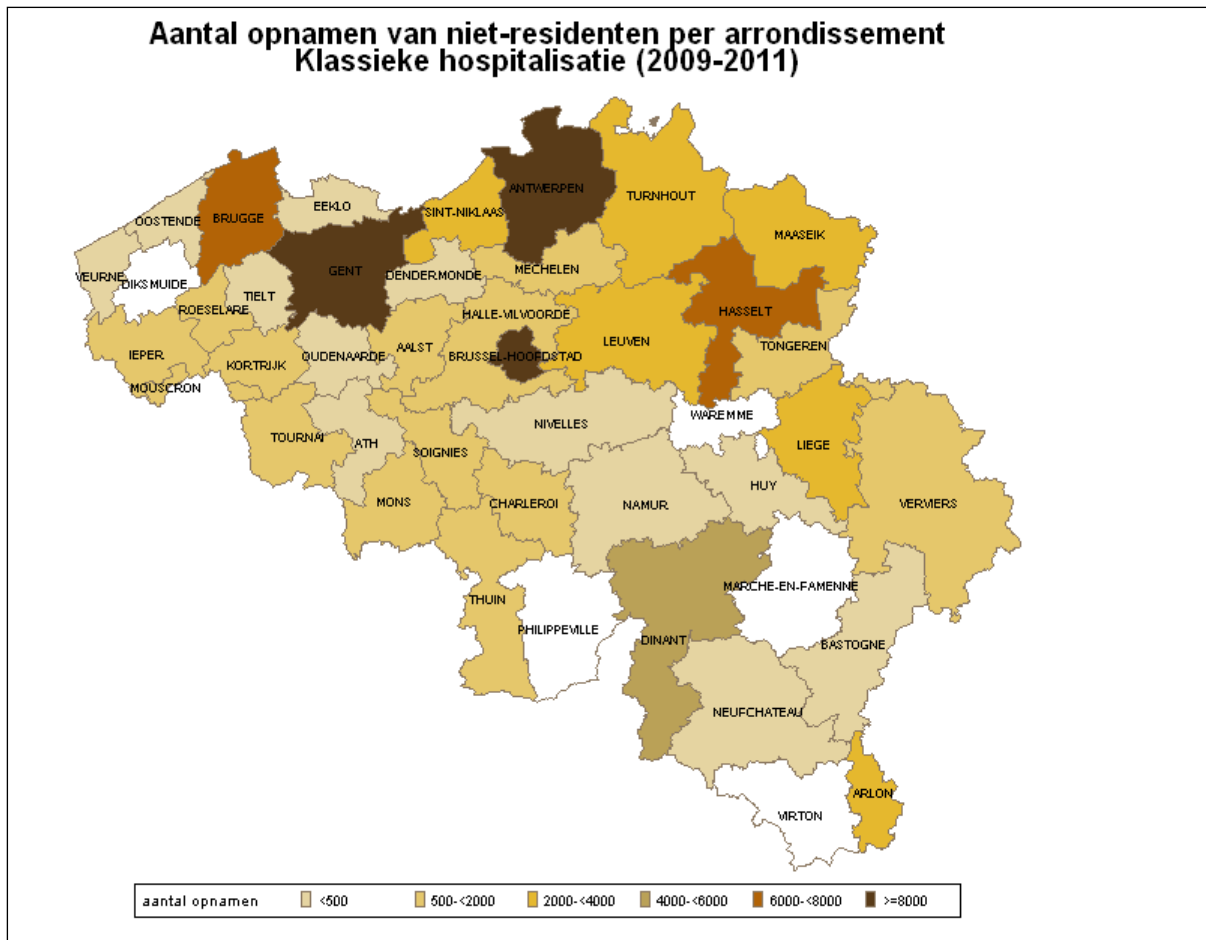


Kaart 1. Geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, voor klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 1 illustreert de geografische spreiding van het totale aantal ziekenhuisverblijven (klassiek en dagverblijf) bij niet-inwoners. Het betreft arrondissementen waarin zich de ziekenhuizen bevinden waar die patiënten hebben verbleven.

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Brussel-Hoofdstad en Gent tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie samen, gevolgd door Brugge en Hasselt.

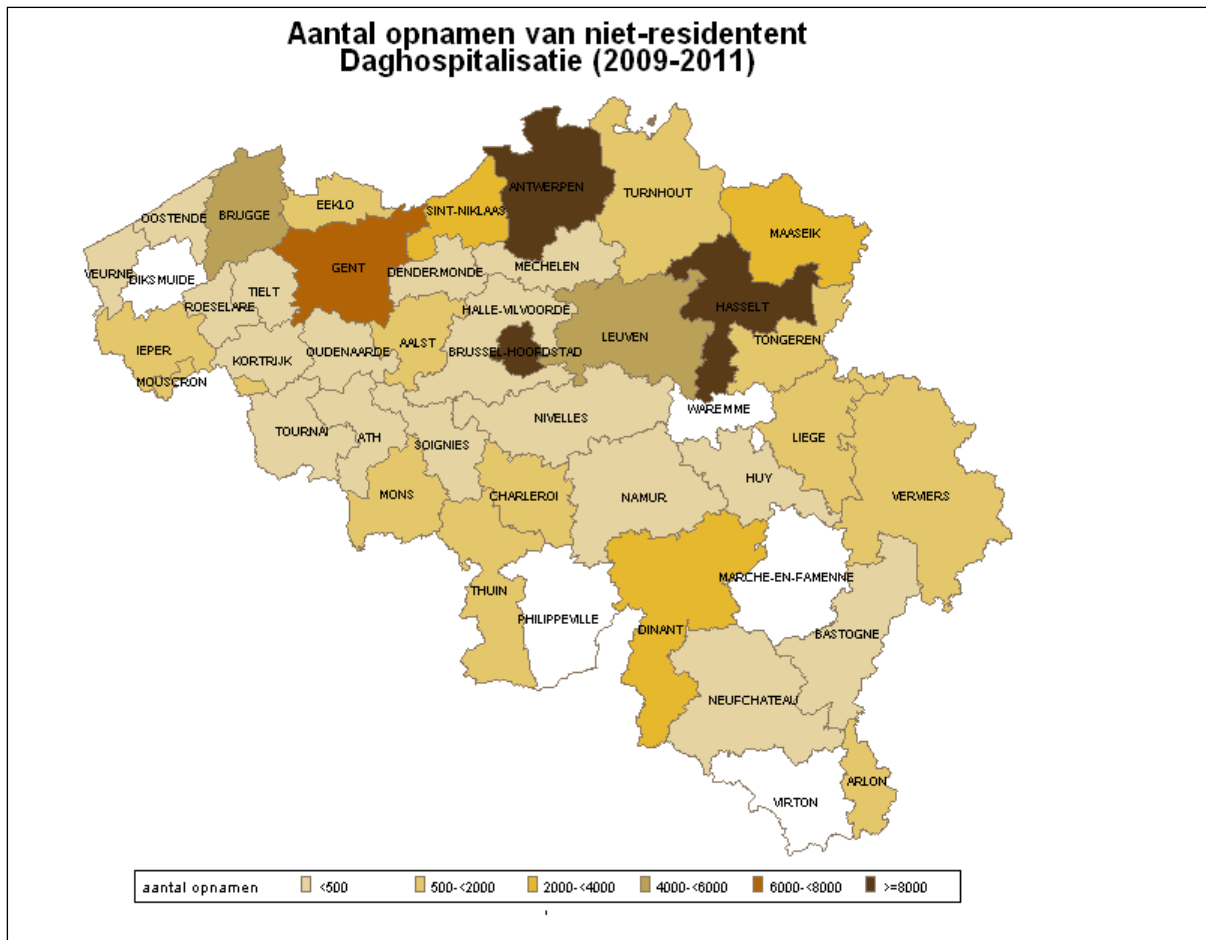


Kaart 2. Geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 2 illustreert de verdeling per arrondissement van het aantal klassieke ziekenhuisverblijven (inpatients) bij niet-inwoners. Het betreft arrondissementen waarin zich de ziekenhuizen bevinden waar die patiënten hebben verbleven.

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Brussel-Hoofdstad, Gent, Brugge en Hasselt tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor klassieke hospitalisatie, gevolgd door Dinant.



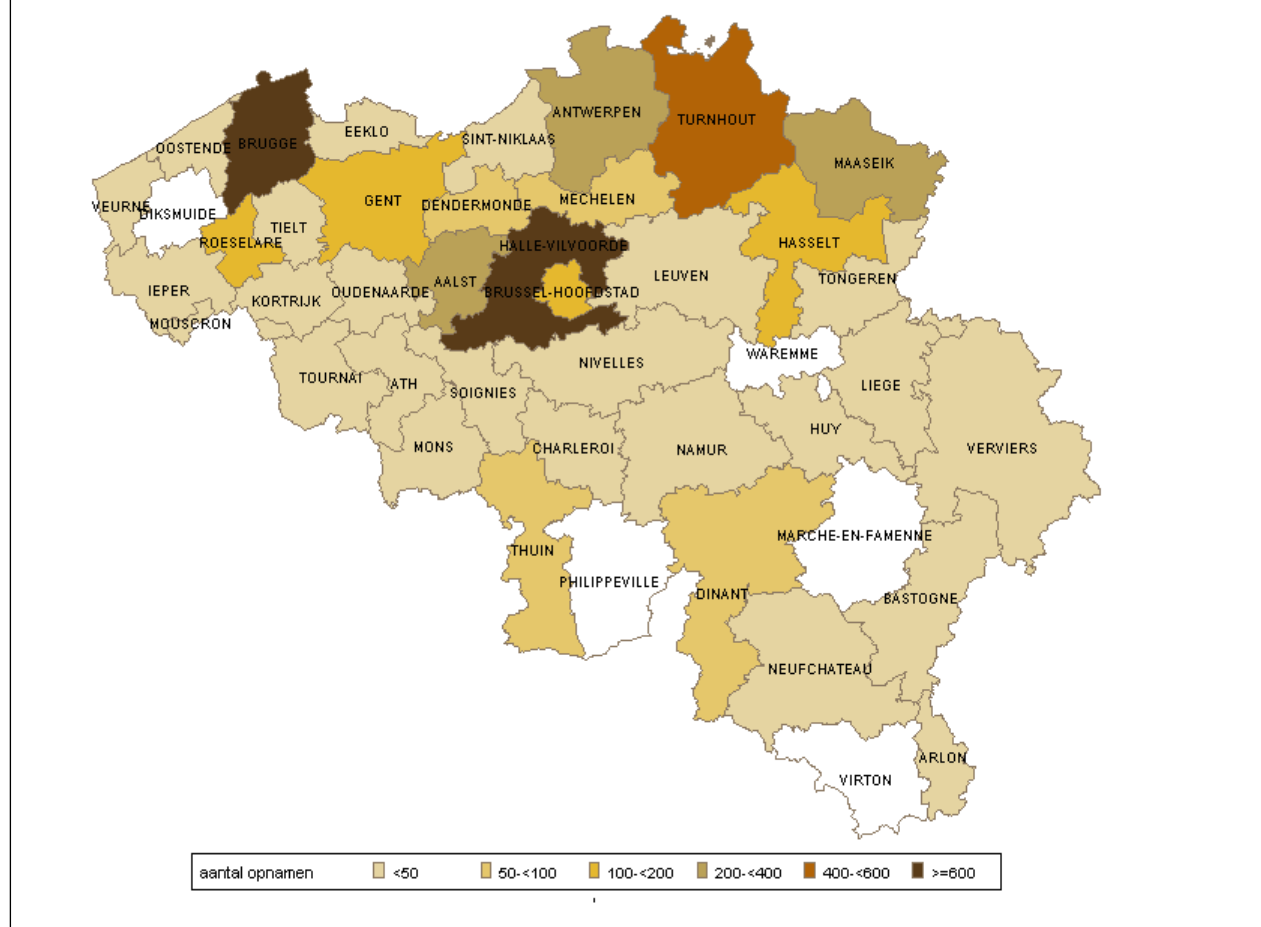
Kaart 3. Geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Bij kaart 3 heeft de geografische spreiding betrekking op de daghospitalisaties (day-cases) van niet-inwoners. Zoals bij de vorige kaarten betreft het arrondissementen waar zich de ziekenhuizen bevinden waar die patiënten hebben verbleven.

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Brussel-Hoofdstad, Hasselt en Gent tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven van niet-inwoners voor daghospitalisatie, gevolgd door Brugge en Leuven.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - klassieke hosp. (2009-2011)
0402. Andere endocrine, voedings en metabolische ziekten**



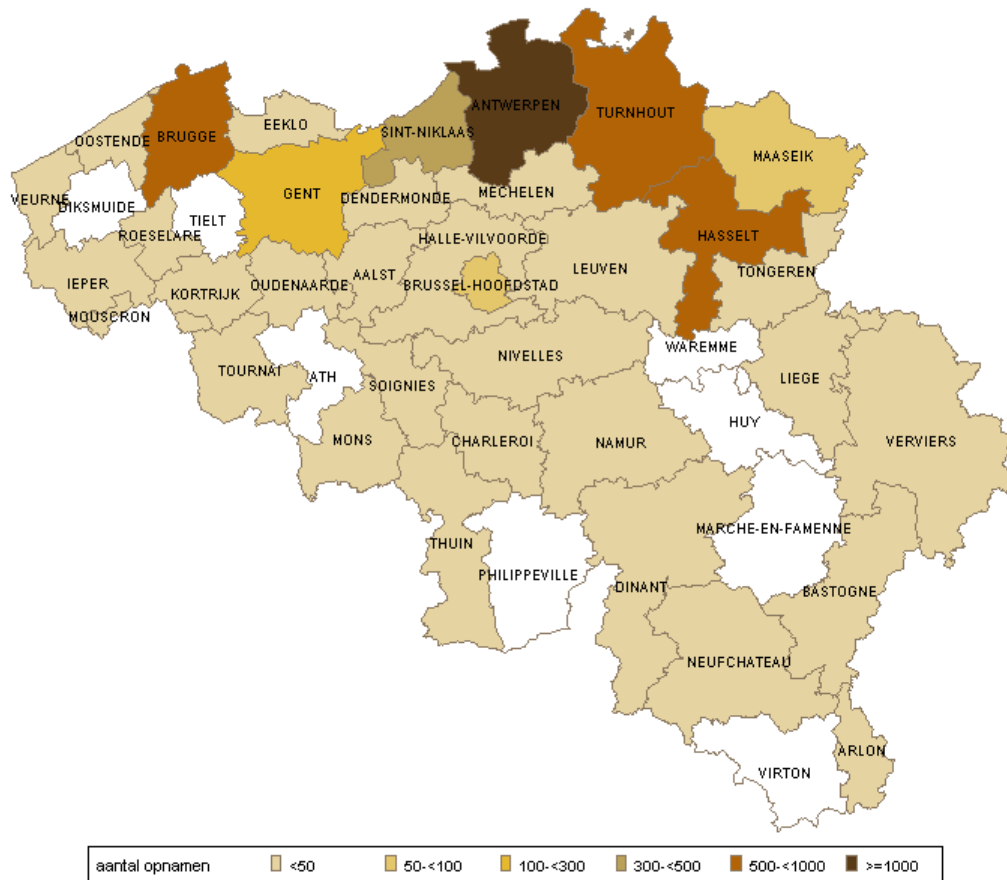
Kaart 4. Code ICHMT 0402 'Andere endocriene, voedingsgerelateerde en metabolische ziekten': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 4 toont de verdeling van het aantal klassieke verblijven voor diagnosecategorie ISHMT 0402 (Other endocrine, nutritional and metabolic diseases) uit de « top 10 » (tabel 7).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Brugge, Halle-Vilvoorde en Turnhout tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven klassieke hospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Aalst, Antwerpen en Maaseik.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - klassieke hosp. (2009-2011)
1307. Aandoeningen van de tussenwervel schijf**



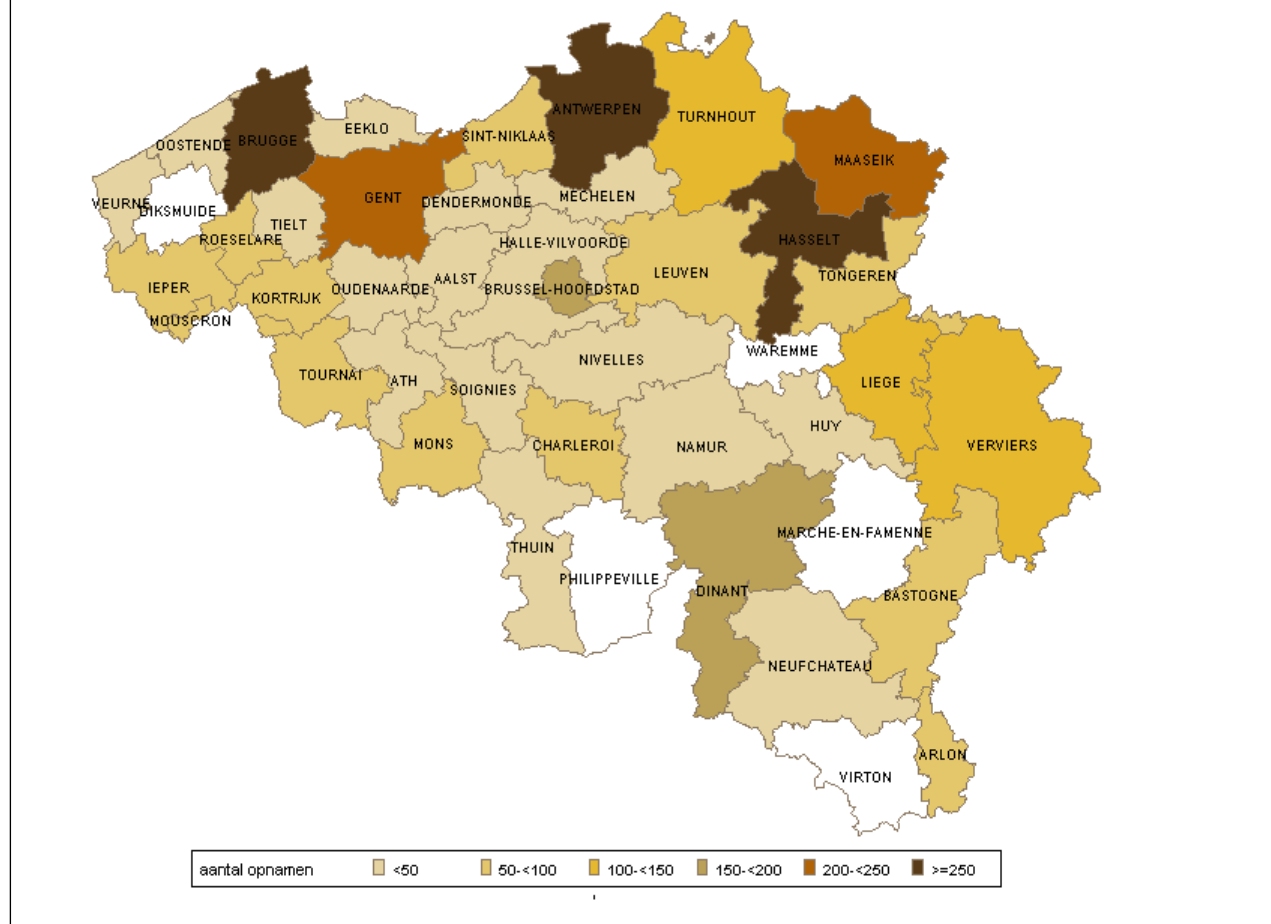
Kaart 5. Code IHSMT 1307 'Aandoeningen van de tussenwervelschijf': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 5 toont de verdeling van het aantal klassieke verblijven voor diagnosecategorie ISHMT 1307 (Intervertebral disc disorders) uit de « top 10 » (tabel 7).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Brugge, Hasselt et Turnhout tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven klassieke hospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Sint-Niklaas.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - klassieke hosp. (2009-2011)
1906. Andere letsels**



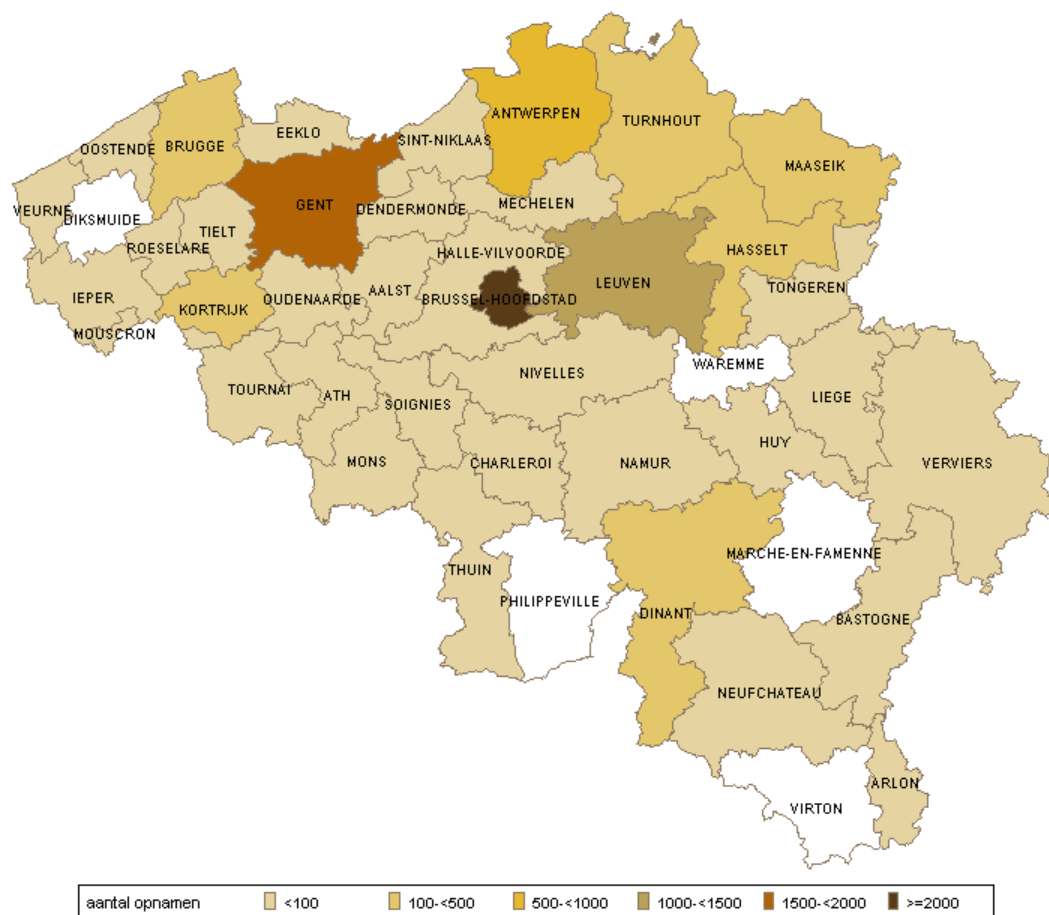
Kaart 6. Code IHSMT 1906 'Andere letsels': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 6 toont de geografische verdeling van het aantal klassieke verblijven voor diagnosecategorie ISHMT 1906 (Other injuries) uit de « top 10 » (tabel 7).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Brugge, Hasselt, Gent en Maaseik tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven klassieke hospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Brussel-Hoofdstad en Dinant.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - daghosp. (2009-2011)
2105. Andere factoren die de gezondheidsstatus beïnvloeden**



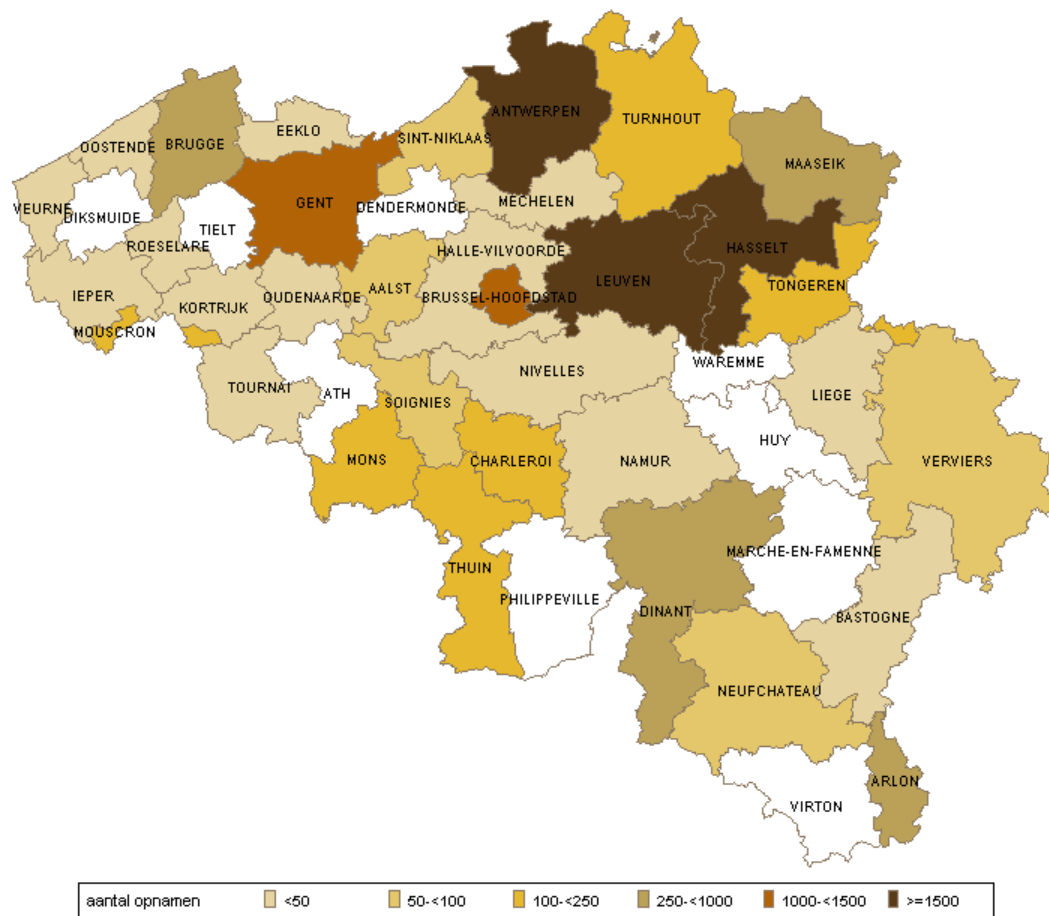
Kaart 7. Code ICHMT 2105 'Andere factoren die de gezondheidsstatus beïnvloeden': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 7 toont de geografische verdeling (per ziekenhuisarrondissement) van het aantal dagverblijven (day-cases) voor diagnosecategorie ICHMT 2105 (Other factors influencing health status and contact with health services) uit de « top 10 » (tabel 8).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Brussel en Gent tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven daghospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Leuven.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - daghosp. (2009-2011)
2104. Andere medische zorgen**



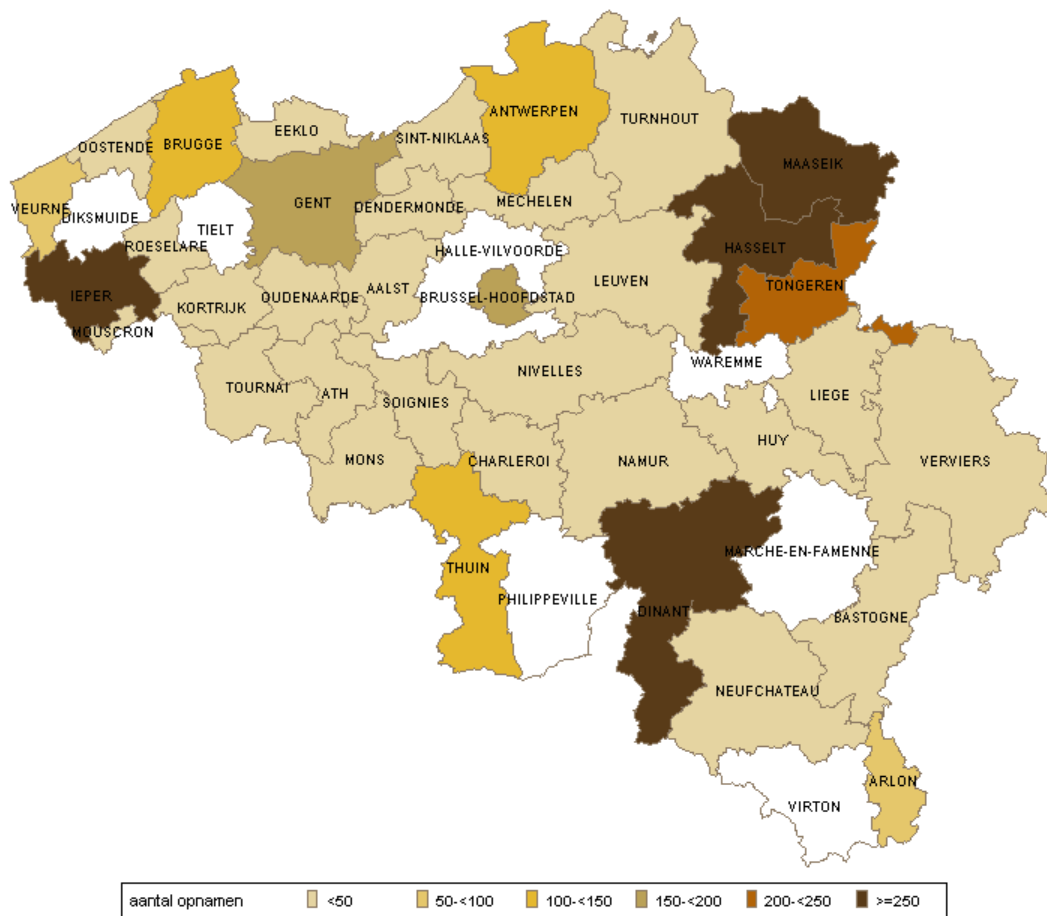
Kaart 8. Code IHSMT 2104 'Andere medische zorgen': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 8 toont de geografische verdeling van het aantal dagverblijven (day-cases) voor diagnosecategorie ISHMT 2104 (Other medical care) uit de « top 10 » (tabel 8).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

De arrondissementen Antwerpen, Hasselt, Leuven, Brussel-Hoofdstad en Gent tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven daghospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Brugge, Dinant en Maaseik.

**Aantal opnamen van niet residenten per arrond. - daghosp. (2009-2011)
0701. Staar**



Kaart 9. Code IHSMT 0701 'Staar': geografische spreiding van het aantal verblijven van niet-inwoners per arrondissement van het ziekenhuis, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Kaart 9 toont de geografische verdeling (per ziekenhuisarrondissement) van het aantal dagverblijven (day-cases) voor diagnosecategorie ISHMT 0701 (Cataract) uit de « top 10 » (tabel 8).

Hoe donkerder de kleur van een arrondissement, hoe hoger het aantal ziekenhuisverblijven. In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

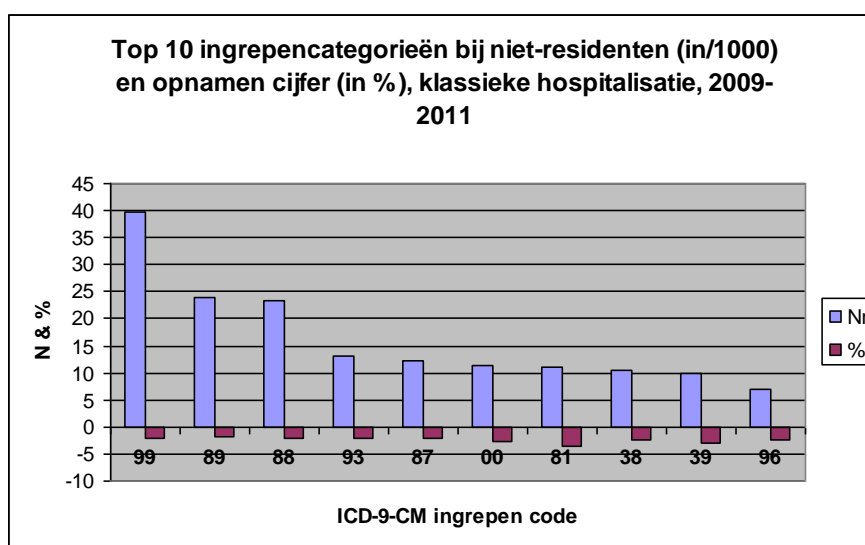
De arrondissementen Dinant, Hasselt, Ieper, Maaseik en Tongeren tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven daghospitalisatie voor deze aandoening, gevolgd door Brussel-Hoofdstad en Gent. Opvallend is de hoge score (in aantal verblijven) van twee arrondissementen aan de Belgische grens, met name Ieper en Dinant.

Tabel 9. De 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers) voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Code procedure ICD-9-CM	Procedure	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% procedures t.o.v. totaal **
99	ANDERE NIET OPERATIEVE PROCEDURES	39753	1896697	2,1	15
89	INTERVIEW, EVALUATIE, CONSULTATIE EN ONDERZOEK	23986	1355143	1,8	9,2
88	ANDERE DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE EN VERWANTE TECHNIEKEN	23264	1110542	2,1	8,9
93	FYSIOTHERAPIE, RESPIRATOIRE THERAPIE, REVALIDATIE EN VERWANTE PROCEDURES	13037	663390	2	5
87	DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE	12152	582839	2,1	4,7
00	INGREPEN EN INTERVENTIES ELDERS NIET GEKLASSIFICEERD	11225	398452	2,8	4,3
81	HERSTEL EN PLASTISCHE OPERATIES OP GEWRICHTSSTRUCTUREN	11067	317285	3,5	4,2
38	INCISIE, EXCISIE EN OCCLUSIE VAN VATEN	10478	432807	2,4	4
39	ANDERE OPERATIES OP VATEN	9773	331607	2,9	3,7
96	NIET OPERATIEVE INTUBATIE EN IRRIGATIE	7038	286839	2,5	2,7

* Berekeningswijze: kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : kolom 1 / totaal van het aantal procedures bij niet-inwoners (klassieke hospitalisatie)



Figuur 14. De 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers) voor niet-inwoners, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

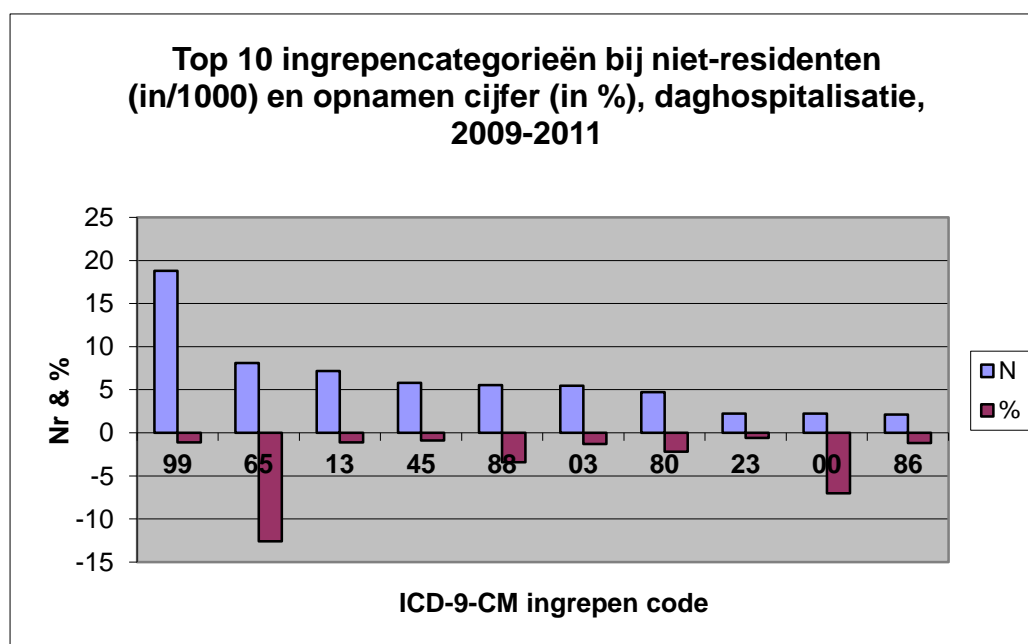
De categorieën van procedures die gebruikt werden om deze lijst op te stellen van de 10 belangrijkste ingrepen bij niet-inwoners die in klassieke hospitalisatie hebben verbleven in België, werden rechtstreeks overgenomen uit de internationale classificatie ICD-9-CM, aan de hand van een selectie gebaseerd op de codes bestaande uit twee cijfers. Bij de selectie werden overlappingen van procedures bestaande uit 2 cijfers per verblijf vermeden. Zoals blijkt uit tabel 9, plaatst die selectie bovenaan de lijst van het aantal verblijven de procedures uit hoofdstuk ICD-9-CM « Miscellaneous and therapeutic procedures », die niet specifiek zijn voor een bepaalde aandoening. Daarnaast valt ook de aanwezigheid op van vasculaire ingrepen, ingrepen aan het hart en aan de gewrichten. De brutocijfers zijn in figuur 14 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden.

Tabel 10. De 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers) voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Code procedure ICD-9-CM	Procedure	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)	% verblijven t.o.v. totaal aantal *	% procedures t.o.v. totaal **
99	ANDERE NIET OPERATIEVE PROCEDURES	18795	1647661	1,1	20
65	OPERATIES OP OVARIUM	8115	64478	12,6	8,4
13	OPERATIES OP LENS	7171	638842	1,1	7,4
45	INCISIE, EXCISIE, EN ANASTOMOSE VAN DARM	5806	671489	0,9	6
88	ANDERE DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE EN VERWANTE TECHNIEKEN	5530	162753	3,4	5,7
03	INGREPEN OP RUGGEMERG EN STRUCTUREN VAN HET RUGGEMERGGANAAL	5455	428418	1,3	5,7
80	INCISIE EN EXCISIE VAN GEWRICHTSSTRUCTUREN	4717	209946	2,2	4,9
23	VERWIJDERING EN RESTAURATIE VAN TANDEN	2235	376276	0,6	2,3
00	INGREPEN EN INTERVENTIES ELDERS NIET GEKLASSIFICEERD	2222	31585	7	2,3
86	OPERATIES OP HUID EN SUBCUTANE WEEFSEL	2135	181701	1,2	2,2

* Berekeningswijze: kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : kolom 1 / totaal van het aantal procedures bij niet-inwoners (dag hospitalisatie)



Figuur 15. De 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers) voor niet-inwoners, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Dezelfde selectiemethode via de ICD-9-CM-procedurecodes bestaande uit 2 cijfers werd gebruikt om de lijst op te stellen van de belangrijkste verblijven van niet-inwoners in daghospitalisatie (day-cases). We stellen hier de aanwezigheid vast van ingrepen op de ovaria, de ooglenzen, de gewrichten, het ruggenmerg, de darmen, alsook tandheelkundige ingrepen. De brutocijfers zijn in figuur 15 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden.

Tabel 11. De 10 meest voorkomende categorieën van procedures voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-

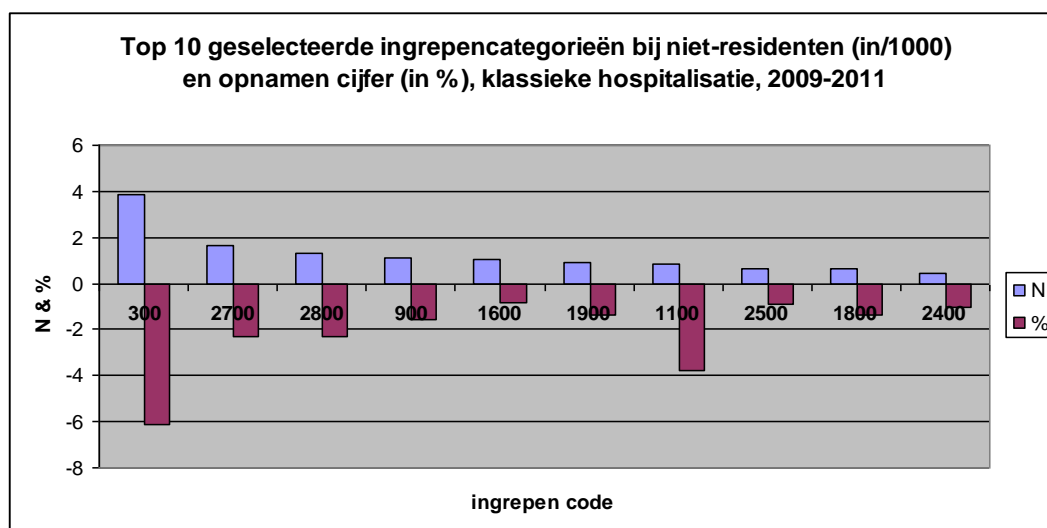
inwoners), enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

Code HDP*	procedures	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)*	% procedures HDP2 t.o.v. totaal **
300	Discectomy	3829	62788	6,1
2700	Hip replacement	1628	70211	2,3
2800	Total knee replacement	1322	58079	2,3
900	Diagnostic bronchoscopy with or without biopsy	1085	68289	1,6
1600	Colonoscopy with or without biopsy	1020	123943	0,8
1900	Cholecystectomy	922	66916	1,4
1100	CABG	867	22868	3,8
2500	Caesarean section	660	74979	0,9
1800	Appendectomy	648	47610	1,4
2400	Hysterectomy	459	44074	1

° HDP : Hospital Data Project

* Berekeningswijze: kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : kolom 1 / totaal van het aantal HDP2 procedures bij niet-inwoners (klassieke hospitalisatie)



Figuur 16. De 10 meest voorkomende categorieën van procedures voor niet-inwoners, enkel voor klassieke hospitalisatie, MZG 2009-2011.

De selectie die hier werd toegepast, maakt gebruik van de interventies uit de lijst die werd opgesteld door het Health Data Project (HDP2), een project waaraan België deelnam en een bijdrage leverde. Voor de klassieke hospitalisatie van de niet-inwoners vallen het hoge aantal discectomieën, heup- of knieprotheses, (curatieve of diagnostische) ingrepen aan het spijsverteringsstelsel, hartingrepen en keizersneden of hysterectomieën op.

De brutocijfers zijn in figuur 16 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden.

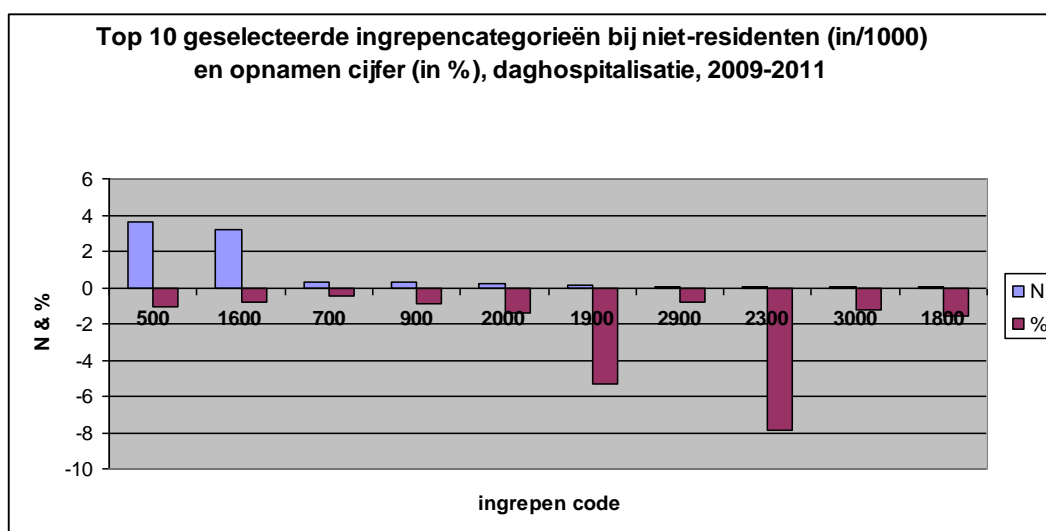
Tabel 12. De 10 meest voorkomende categorieën van procedures voor niet-inwoners en voor het totaal (inwoners + niet-inwoners), enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Code HDP*	procedures	(1) Aantal niet-inwoners	(2) Total aantal (inwoners & niet-inwoners)*	% procedures HDP2 t.o.v. totaal **
500	Cataract surgery	3632	322200	1,1
1600	Colonoscopy with or without biopsy	3189	385829	0,8
0700	Tonsillectomy	285	54672	0,5
0900	Diagnostic bronchoscopy with or without biopsy	272	31367	0,9
2000	Repair of inguinal hernia	196	13729	1,4
1900	Cholecystectomy	100	1894	5,3
2900	Partial excision of mammary gland	79	9554	0,8
2300	Transurethral prostatectomy	7	89	7,9
3000	Mastectomy	6	517	1,2
1800	Appendectomy	5	318	1,6

° HDP : Hospital Data Project

* Berekeningswijze: kolom 1 / kolom 2) x 100

** Berekeningswijze : kolom 1 / totaal van het aantal HDP2 procedures bij niet-inwoners (dag hospitalisatie)



Figuur 17. De 10 meest voorkomende categorieën van procedures voor niet-inwoners, enkel voor daghospitalisatie, MZG 2009-2011.

Voor de daghospitalisaties van niet-inwoners (day-cases) valt het hoge aantal heelkundige ingrepen op voor cataract, verwijdering van amandelen, en ingrepen op het spijsverteringssysteem. De brutocijfers zijn in figuur 17 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages in negatief, om in dezelfde grafiek weergegeven te kunnen worden.

3. Werkzaamheden

3.1 Algemeen

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit is in 2013 tweemaal bijeengekomen (27 maart 2013 en 25 september 2013).

Het Observatorium heeft zich sedert het begin van zijn werkzaamheden vooral toegespitst op de opdracht betreffende het verzamelen van gegevens inzake patiëntenmobiliteit over het aantal patiënten dat niet ressorteert onder een Belgische verzekeringsinstelling en behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, over de ontvangen behandeling en over het land van herkomst⁹. Opdat het Observatorium zijn opdracht ten volle zou kunnen uitoefenen, enerzijds, en vanuit een streven om een zo groot mogelijke transparantie van de instroom van buitenlandse patiënten tot stand te brengen, anderzijds, werden de ziekenhuizen geïnformeerd over de wijzigingen en verfijningen die dienen doorgevoerd te worden met betrekking tot de registratie van het type patiënt en zijn verzekeringsstatus binnen de MZG enerzijds en binnen Finhosta anderzijds¹⁰. De ziekenhuizen hebben de wettelijke verplichting om vanaf 2013 de gegevens betreffende buitenlandse patiënten te registreren en mee te delen. Het secretariaat van het Observatorium hoopt in het volgend Jaarverslag 2014 een analyse te kunnen voorleggen van de instroom van buitenlandse patiënten in de Belgische ziekenhuizen op basis van de nieuwe gegevensregistratie (zie rubriek 3.2).

In het kader van de opdracht betreffende het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars¹¹ werd, op basis van de resultaten van de analyse van de zorgcontracten die Belgische ziekenhuizen met buitenlandse zorgverzekeraars hebben afgesloten, een leidraad opgesteld voor Belgische ziekenhuizen bij het afsluiten van dergelijke contracten met buitenlandse actoren (zie rubriek 3.3).

Wat betreft de opdracht aangaande het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling in Belgische ziekenhuizen van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling¹², werd binnen het Observatorium overeenstemming bereikt over de methodologie die het IMA voorstelde om de wachttijden bij bepaalde chirurgische ingrepen en technische prestaties in het ziekenhuismilieu te monitoren. De chirurgische ingrepen en technische prestaties die werden weerhouden voor de analyses, werden eveneens vastgelegd. (zie rubriek 3.4).

Het Observatorium heeft tijdens verschillende vergaderingen eveneens kennis genomen van de vooruitgang van de omzetting van de *Europese Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*¹³ (hierna: Richtlijn 2011/24/EU) in de nationale, Belgische reglementering. Met deze richtlijn wil de Europese Unie het vertrouwen in grensoverschrijdende gezondheidszorg verhogen, de rechten van patiënten inzake terugbetaling van grensoverschrijdende gezondheidszorg verbeteren, en de samenwerking tussen lidstaten op het vlak van gezondheidszorg bevorderen.

De belangrijkste bepalingen van de Richtlijn, zoals bijv. de toegang tot en het recht op terugbetaling van in een andere lidstaat ontvangen geneeskundige zorg, waren op 25 oktober 2013 – de uiterste datum voor de omzetting – in de Belgische wetgeving omgezet. In dit verband kan ook verwezen worden naar de oprichting

⁹ Artikel 4, §2, 1°, van de wet van 4 juni 2007.

¹⁰ Jaarverslag 2012 van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit.

¹¹ Artikel 4, §2, 3°, van de wet van 4 juni 2007.

¹² Artikel 4, §2, 2°, van de wet van 4 juni 2007.

¹³ Publicatieblad van de Europese Unie L 88 van 4 april 2011.

van een Nationaal Contactpunt *Grensoverschrijdende Gezondheidszorg*. Dit is een contactcenter voor EU-burgers die zich in België laten verzorgen, en omvat informatie over de kwaliteit van gezondheidszorg, de toegankelijkheid, het recht om in België een gezondheidszorgberoep uit te oefenen, de patiëntenrechten, enz. Naast het aanbieden van informatie aan EU-burgers geeft het Belgische contactpunt ook informatie aan de Belgische verzekerden die zich naar andere EU-landen willen begeven voor een behandeling, voornamelijk over terugbetalingen. Het Nationaal Contactpunt beschikt over een call center en een viertalige website, www.crossborderhealthcare.be (FR, NL, DE, EN)¹⁴.

3.2 MZGbis

Naar aanleiding van de wet van 4 juni 2007 heeft de Dienst Data Management (DGG) van de FOD VVVL een aantal aanpassingen in de registratie van de MZG doorgevoerd opdat het Observatorium zou kunnen beschikken over de noodzakelijke gegevens om haar opdrachten te kunnen uitvoeren.

Onderstaande zaken werden uitvoerig onderzocht, aangepast en uitgerold tijdens werkjaar 2013:

3.2.1 Aanpassing van de regelgeving

De regelgeving met het oog op het meedelen van de facturatiebedragen, zowel wat betreft de verpleegdagen, de geneesmiddelen als de geneeskundige verstrekkingen, werd aangepast via het *“koninklijk besluit van 28 maart 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft”*. Dit KB wijzigt het *“koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft”* en werd op 2 april 2013 in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd (inwerkingtreding op 1 april 2013).

3.2.2 Technische aanpassingen MZG

Naast de aanpassing van voornoemd koninklijk besluit werd de lay-out van de MZG eveneens aangepast om deze bijkomende gegevens (facturatiebedragen zowel voor wat betreft de verpleegdagen, de geneesmiddelen als de geneeskundige verstrekkingen) te kunnen registreren. Dit resulteerde in 3 nieuwe bestanden, nl. PROCRI30 (gegevens over de verpleegdagen), PROCRI40 (gegevens over de farmaceutische producten) en PROCRI50 (gegevens over de verstrekkingen) die logisch gegroepeerd werden in een zesde domein, de *“facturatiegegevens”*. Naast de lay-out werden ook de nodige controles en referentiegegevens voorzien.

De ziekenhuizen konden reeds vanaf MZG 2012 hun data voor dit zesde domein aanleveren. Geen enkel ziekenhuis heeft dit voor MZG 2012 gedaan. Vanaf MZG 2013 is het indienen van het nieuwe zesde domein een verplichting. De deadlines voor het indienen van de MZG 2013 waren nog niet verstreken tijdens het werkjaar 2013 zodat nog geen uitspraken in die zin kunnen worden gedaan.

3.2.3 Communicatie naar de sector

Volgende communicatie werden door de Dienst Data Management overgemaakt aan de sector: de Rondzendbrief van 1 oktober 2013 met als titel *“Informatie en planning MZG 2013”*.

¹⁴ Het Nationaal Contactpunt is telefonisch te bereiken op +32 (0) 2/290.28.44 of per e-mail information@crossborderhealthcare.be.

De desbetreffende communicatie kan men terugvinden op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

www.gezondheid.belgie.be → Gezondheidszorg → Zorginstellingen → Registratiesystemen → MZG → Richtlijnen MZG → Rondzendbrieven

3.3 Zorgcontracten (leidraad)

3.3.1 Inleiding

Het behoort tot het takenpakket van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit om gegevens te verzamelen over de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen, evenals het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars.¹⁵ Bij de installatie van het Observatorium kwam men al snel tot de vaststelling dat er te weinig informatie beschikbaar was om deze twee taken naar behoren te kunnen uitvoeren. Eén van de blinde vlekken in de gegevensverzamelingen van de FOD VVVL en het RIZIV is de mobiliteit van patiënten die gegenereerd wordt door zorgcontracten die Belgische ziekenhuizen afsluiten met bepaalde buitenlandse actoren in de gezondheidszorg met het oog op de behandeling van buitenlandse patiënten in deze ziekenhuizen.

De Ziekenhuiswet werd aangevuld met een nieuw artikel 92/1 dat de beheerders van ziekenhuizen verplicht om aan de Minister van Volksgezondheid alle overeenkomsten inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit mee te delen.¹⁶ De nieuwe bepaling trad in werking op 12 juni 2010.

Het secretariaat van het Observatorium heeft in de loop van het jaar 2012 deze overeenkomsten opgevraagd en geanalyseerd. Een neerslag hiervan kan u vinden in het Jaarverslag 2012 van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit¹⁷. De analyse toonde duidelijk aan dat de afgesloten overeenkomsten weinig aandacht besteden aan bepaalde elementen in het zorgproces: de nabehandeling, de communicatie met de patiënt,...

3.3.2 Een leidraad voor de ziekenhuizen

Tijdens de vergaderingen van het Observatorium werd beslist dat de opdracht van het Observatorium om overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars te “faciliteren, onderhandelen en begeleiden” het best kon ingevuld worden door de ziekenhuizen een bruikbaar hulpmiddel aan te bieden dat tevens de administratieve last voor de ziekenhuizen niet vergroot.¹⁸ Dit hulpmiddel moest bestaan uit een verzameling richtsnoeren die de ziekenhuizen kunnen hanteren bij het voeren van onderhandelingen over zorgcontracten.

Het secretariaat van het Observatorium heeft dan ook een leidraad uitgewerkt waarbij geput werd uit de vaststellingen die door de analyse van de bestaande zorgcontracten naar voren kwamen. De leidraad bestaat uit richtlijnen waarvan het Observatorium denkt dat ze realistisch, haalbaar, maar ook noodzakelijk zijn om een goed zorgcontract op te stellen. Het is echter ook belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de richtlijnen niet exhaustief zijn: er werd een selectie gemaakt van items waarvan het Observatorium vindt dat

¹⁵ Punten 1° en 3° van artikel 4, §2, van de wet van 4 juni 2007.

¹⁶ Artikel 92/1 zoals ingevoegd door artikel 34 van de wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid (*Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010).

¹⁷ <https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf> of

http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@mixednews/documents/ie2divers/19087195_nl.pdf

¹⁸ De optie van een modelcontract werd overwogen, maar niet weerhouden aangezien men meent dat een modelcontract te weinig flexibiliteit biedt. In sommige gevallen kan een modelcontract weinig bruikbaar zijn omwille van het specifiek onderwerp van een zorgcontract.

ze zeker in een overeenkomst moeten figureren, maar uiteraard kan het onderwerp van het contract of de specifieke situatie van het ziekenhuis nog andere clausules vergen.

Tot slot kan men van de richtsnoeren stellen dat ze:

- (i) geïnspireerd zijn op het *Raamakkoord inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit tussen België en Engeland* van 3 februari 2003 dat een inspiratiebron is geweest voor de *Richtsnoeren voor de inkoop van behandelingen in het buitenland* die in het kader van de *High Level Group on Health Services and Medical Care* op 9 november 2005 werden goedgekeurd;
- (ii) rekening houden met de verplichtingen voor de lidstaat van behandeling die voortvloeien uit de *Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*;
- (iii) en van belang kunnen zijn in het licht van de taken en doelstellingen van het Observatorium.

De leidraad kan u als Bijlage 3 vinden bij dit jaarverslag. Hierna volgen alvast de verschillende thema's die door de leidraad worden behandeld:

- algemene contractsbepalingen ;
- aansprakelijkheid ;
- zorg (*waarover handelt het contract*) ;
- relatie met de patiënt ;
- vrijwaring van het zorgaanbod¹⁹ ;
- financiële afhandeling.

De leidraad werd in de loop van de maand december 2013 per omzendbrief aan alle Belgische ziekenhuizen overgemaakt met de vraag om deze leidraad te gebruiken bij het afsluiten van nieuwe of het heronderhandelen van bestaande zorgcontracten.

3.3.3 Verdere opvolging

Het Observatorium hoopt dat de ziekenhuizen vanaf begin 2014 gebruik hebben gemaakt van de leidraad bij het afsluiten van zorgcontracten. Om te onderzoeken of deze oefening nuttig is geweest, is een bevraging bij de ziekenhuizen noodzakelijk. De leidraad is uitgedacht als een hulpinstrument voor de ziekenhuizen en aldus kunnen enkel de ziekenhuizen het document beoordelen. Aangezien uit de analyse gebleken is dat het aantal zorgcontracten relatief beperkt is (per jaar worden slechts enkele nieuwe contracten afgesloten), is een bevraging in het jaar 2014 weinig zinvol. Het Observatorium mikt dan ook op 2015 om een bevraging te organiseren en te analyseren of er een bijsturing van de leidraad nodig is.

3.4 Registratie van wachttijden

Gedurende het werkjaar 2013 is deze werkgroep één keer samengekomen, met name op 26 juni 2013. Daar werd besloten dat het IMA een voorstel zou uitwerken betreffende de monitoring van de wachttijden bij bepaalde ingrepen en technische presentaties in het ziekenhuismilieu. Deze nota werd besproken door de leden van het Observatorium tijdens de vergadering van 25 september 2013.

¹⁹ Het aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen is geprogrammeerd in functie van de behoeften van de Belgische bevolking. De ziekenhuisopname van buitenlandse patiënten die geen nood hebben aan dringende medische hulpverlening mag niet ten koste gaan van het aanbod ten voordele van de Belgische patiënt. Ziekenhuizen houden best rekening met capaciteitsproblemen wanneer ze verbintenissen aangaan om buitenlandse patiënten op te nemen. Dit kan bijvoorbeeld de vorm aannemen van een clausule waarbij men tijdelijk de opname van buitenlandse patiënten kan weigeren wanneer er een capaciteitsprobleem ontstaat in het ziekenhuis.

Het Observatorium gaf zijn akkoord betreffende de voorgestelde methodologie van het IMA, mits rekening werd gehouden met de volgende opmerkingen:

- (i) de steekproef zal betrekking hebben op de 10 meest voorkomende geplande behandelingen ;
- (ii) de monitoring zal per semester plaats vinden;
- (iii) de wachttijd zal op het niveau van de instelling worden gemeten;
- (iv) de analyse zal gebeuren op basis van de facturatiegegevens;
- (v) een onderscheid dient gemaakt te worden tussen klassieke ziekenhuisopname en daghospitalisatie, en
- (vi) wanneer de duur bij cataractingrepen meer dan 6 maanden bedraagt tussen de ingrepen aan beide ogen, wordt dit beschouwd als een nieuw behandeltraject.

De resultaten van de analyse van het IMA worden in de loop van 2014 verwacht.

4. Besluit

Het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit dat bij de wet van 4 juni 2007 werd opgericht, heeft een aantal specifieke taken gekregen die beschreven werden in hoofdstuk 1 van dit Jaarverslag. In dit besluit wordt geprobeerd een korte stand van zaken te geven van de werkzaamheden in 2013 in het kader van haar wettelijke opdrachten en wordt eveneens aangegeven hoe deze in de eerstkomende jaren verder tot stand kunnen gebracht worden.

In het opstartjaar 2012 werd de basis gelegd voor een goede werking van het Observatorium naar de toekomst toe. Het werk kan niet in één handomdraai gebeuren, maar vergt tijd.

De aandacht ging vooral naar de opvolging en de implementatie van reeds aangevatte opdrachten.

Reeds aangevatte opdrachten:

Vooreerst werd de basis gelegd voor de volgende opdrachten :

1° “Het verzamelen van gegevens inzake patiëntenmobiliteit, meer bepaald over het aantal patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dat behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, over de behandeling die zij ontvangen en over hun land van herkomst”.

Zoals in het vorig jaarverslag 2012 werd in dit jaarverslag een analyse gemaakt op basis van de laatst beschikbare MZG-gegevens. In hoofdstuk 2 van dit jaarverslag vindt u een actualisering van de cijfergegevens met een doortrekking van de cijfers naar 2011.

Het juridisch kader voor de gewijzigde MZG-registratie, de zgn. MZG-bis, werd tot stand gebracht. Waar de ziekenhuizen voor 2012 deze MZGbis-gegevens op vrijwillige basis konden aanleveren, is dit vanaf 2013 een verplichting.

Vermits de deadlines voor het indienen van de MZG 2013 nog niet verstreken waren tijdens het werkjaar 2013, betekent dit dat het Observatorium pas vanaf 2014 ten gronde de analyses van deze buitenlandse patiëntenstromen zal kunnen verrichten op basis van de nieuwe gegevensregistratie, wat zal opgenomen worden in het Jaarverslag 2014.

2° “Het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekering in Belgische ziekenhuizen”

De werkgroep “registratie wachttijden” heeft in de loop van 2013 de methodologie vastgesteld voor de monitoring van de wachtlijsten bij bepaalde ingrepen en technische presentaties in het ziekenhuismilieu.

Ook hier zal 2014 een scharnierjaar worden omdat we pas dan de eerste resultaten van de analyses kunnen verwachten die ons op weg kunnen zetten om eventuele wachtlijsten in beeld te kunnen brengen. Het jaarverslag 2014 zal hierover meer duidelijkheid brengen.

3° Wat “het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars” betreft, werd een leidraad ter beschikking gesteld van de Belgische ziekenhuizen ter ondersteuning van hun onderhandelingen van zorgcontracten met buitenlandse zorgactoren.

In 2015 zal een nieuwe analyse gemaakt worden van de contracten met buitenlandse zorgverzekeraars, wat ons zal toelaten te controleren of er wel degelijk rekening werd gehouden met de leidraad.

Nog aan te vatten opdrachten :

4° Met betrekking tot "het opbouwen en aanbieden van de nodige expertise bij de bepaling van de prijs van de behandelingen die door ziekenhuizen op de buitenlandse markt aangeboden zullen worden", is nog onvoldoende informatie voorhanden om deze opdracht te kunnen opstarten.

De uitbreiding van de MZG en de informatie in de contracten dienen eerst op punt gesteld te worden om inzicht te verkrijgen in de prijsbepaling. Hier is een grondige studie aangewezen teneinde het Observatorium toe te laten expertise te verwerven over hoe deze prijsbepaling tot stand komt zodat hierover desgevallend aanbevelingen kunnen gegeven worden.

5° Voor het "adviseren van de Regering inzake de uitbreiding van de infrastructuur, het planningsbeleid en de instroom van medici, paramedici en verzorgend personeel in functie van het aantal behandelingen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling" moet het Observatorium eerst een duidelijker beeld krijgen over de patiëntenstromen en eventuele wachtlijsten om aanbevelingen te kunnen doen inzake het zorgaanbod.

Tot besluit kan gesteld worden dat in dit tweede werkingsjaar vooral de nadruk werd gelegd op de opvolging en implementatie van de maatregelen die in 2012 werden genomen, wat zal toelaten dat het Observatorium haar wettelijke opdrachten verder zal kunnen vervullen.

2014 wordt opnieuw een jaar om naar uit te kijken...

Christiaan Decoster,
Voorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Benoît COLLIN,
Ondervoorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Geconsolideerde tekst (dd. 30 april 2013)

4 JUNI 2007. - Wet tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit.

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen, hetgeen volgt :

HOOFDSTUK I. – Algemene bepaling

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK II. - Wijzigingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

Art. 2. [Opgeheven]¹

Art. 3. [² Artikel 116 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt vervangen als volgt :

" Art. 116. § 1. Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 115, eerste lid, en waarvan de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110, kan de Koning, overeenkomstig de door Hem bepaalde voorwaarden en regelen, een prijs per parameter van activiteit vaststellen op basis van het budget van financiële middelen.

Niettegenstaande elk strijdig beding, is de prijs die mag worden aangerekend de prijs die overeenkomstig het eerste lid door de Koning wordt vastgesteld.

§ 2. Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 115, eerste lid, en waarvan de ziekenhuisverpleging geen aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110, kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de Koning, overeenkomstig de door Hem bepaalde voorwaarden en regelen, een minimale prijs per parameter van activiteit vaststellen, onder meer op basis van het budget van financiële middelen. "]²

HOOFDSTUK III. - Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Art. 4. § 1. [³ Bij het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu]³ wordt een Observatorium voor patiëntenmobiliteit opgericht, hierna " Observatorium " genoemd.

§ 2. De opachten van het Observatorium zijn de volgende:

1° gegevens inzake patiëntenmobiliteit verzamelen, meer bepaald het aantal patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dat behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, de behandeling die zij daar ontvangen, de landen van herkomst;

2° permanent gegevens verzamelen over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling in Belgische ziekenhuizen;

3° het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars;

4° het opbouwen en aanbieden van de nodige expertise bij de bepaling van de prijs die door ziekenhuizen op de buitenlandse markt aangeboden zullen worden;

5° de Regering adviseren inzake de uitbreiding van de infrastructuur, het planningsbeleid en de instroom van

medici, paramedici en verzorgend personeel in functie van het aantal behandelingen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling;

De Koning kan de in het 1° en 2° bedoelde gegevens die het Observatorium moet verzamelen uitbreiden.

[⁴ Het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu delen aan het Observatorium alle gegevens mee die dit laatste nuttig acht om zijn in het eerste lid opgesomde opdrachten uit te voeren. Deze gegevens, waarvan de mededeling onderworpen is aan het voorafgaandelijk akkoord van de afdeling gezondheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en gezondheid, omschreven in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 betreffende de instelling en de organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid, mogen geen gegevens bevatten die de natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben rechtstreeks identificeren. Het Observatorium mag geen handelingen stellen die er op gericht zijn de gegevens in verband te brengen met de natuurlijke personen waarop ze betrekking hebben.]⁴

[⁴ De Koning bepaalt de voorwaarden en regels voor de mededeling van de in het derde lid bedoelde gegevens, na advies van de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.]⁴

Het Observatorium signaleert aan de bevoegde overheden alle probleemsituaties die zich inzake patiëntenmobiliteit voordoen en formuleert gebeurlijk de nodige aanbevelingen.

§ 3. *[Opgeheven]*⁴

§ 4. De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de subsidiëring van het Observatorium [⁴ ...]⁴.

§ 5. Het Observatorium zendt jaarlijks voor [⁴ 1 juli]⁴ een jaarverslag over aan de Regering en de federale Wetgevende Kamers.

§ 6. *[Opgeheven]*⁴

Art. 5. Het Observatorium bestaat uit :

1° vijf leden die de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;

2° vijf leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;

3° vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

4° vijf leden die de zorgverleners vertegenwoordigen van wie drie beheerders van de verplegingsinstellingen en twee vertegenwoordigers van de geneesheren;

5° een vertegenwoordiger van de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;

6° een vertegenwoordiger van federale overheidsdienst Sociale Zekerheid en Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid;

7° een vertegenwoordiger van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

8° [⁵ een vertegenwoordiger van elke Gewest- of Gemeenschapsminister bevoegd voor Volksgezondheid.]⁵

[⁶ 9° een vertegenwoordiger van de federale Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken.]⁶

De voorzitter wordt gekozen onder de leden van het Observatorium.

HOOFDSTUK IV. - Inwerkingtreding

Art. 6. [⁷ Deze wet treedt in werking op 1 juli 2010.]⁷

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 4 juni 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

R. DEMOTTE

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

Mevr. L. ONKELINX

¹ Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010, art. 30, 004 ; inwerkingtreding : 12 juni 2010.

² Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010, art. 31, 004 ; inwerkingtreding : 12 juni 2010.

³ 10 DECEMBER 2009.- Wet van 10 december 2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2010, art. 6, 003 ; inwerkingtreding: 1 juni 2010, volgens interpretatie van Justel.

⁴ Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010, art. 32, 004 ; inwerkingtreding : 12 juni 2010.

⁵ Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010, art. 33, 004 ; inwerkingtreding : 12 juni 2010.

⁶ Wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), *Belgisch Staatsblad* van 29 maart 2013, art. 72, 002 ; inwerkingtreding : 8 april 2013.

⁷ Wet van 10 december 2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2010, art. 5, 003 ; inwerkingtreding: 1 juni 2010, volgens interpretatie van Justel.

Bijlage 2

Samenstelling van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit (dd. 30 april 2013)

Het Observatorium, dat 30 leden telt, is als volgt samengesteld :

1° vijf vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van zelfstandigen:

- Mevrouw Bernadette ADNET (VBO - Verbond van Belgische Ondernemingen)
- Mevrouw Caroline DEITEREN (UNIZO)
- Mevrouw Rita THYS (VBO – Verbond van Belgische Ondernemingen)
- De heer Herwig FLEERACKERS (VBO - Verbond van Belgische Ondernemingen)
- De heer Jean RUWET (UCM – Fédération nationale des Unions de Classes Moyennes)

2° vijf vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties:

- Mevrouw Ann VAN LAER (ACV)
- Mevrouw Celien VANMOERKERKE (ABVV – FGVB)
- De heer Christian MASAI (ABVV - FGVB)
- De heer Paul PALSTERMAN (ACV)
- De heer Hugo VAN LANCKER (ACLVB)

3° vijf vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen:

- De heer Yves ADRIAENS (LNM)
- De heer Joeri GUILLAUME (NVSM)
- De heer Christian HOREMANS (MLOZ)
- De heer Jos KESENNE (LCM)
- De heer Michel THONARD (LLM)

4° vijf vertegenwoordigers voor de zorgverleners:

- Mevrouw Nathalie NOEL (BVA – ABSyM)
- Mevrouw Miek PEETERS (Zorgnet Vlaanderen)
- De heer Dirk BERNARD (Het kartel)
- De heer Yves SMEETS (Santhea)
- Monsieur Pierre SMIETS (FIH - Fédération des institutions hospitalières)

5° één vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

- De heer Christiaan DECOSTER, tevens voorzitter van het Observatorium

6° één vertegenwoordiger van de FOD Sociale Zekerheid en de OISZ:

- De heer Pieter RAES

7° één vertegenwoordiger van het RIZIV:

- De heer Benoît COLLIN, tevens ondervoorzitter van het Observatorium

8° één vertegenwoordiger van de Gewestelijke of Gemeenschapsministers bevoegd voor Volksgezondheid (1 per bevoegde Minister):

- Dr. Yolande HUSDEN (Franstalige Gemeenschap)
- Mevrouw Isabelle PAUL (Waals Gewest)
- Mevrouw Christine VAN DER HEYDEN (Vlaamse Gemeenschap)
- Mevrouw Marlies VOS (GGC)
- De heer Philippe HENRY (COCOM)
- De heer Alfred VELZ (Duitstalige Gemeenschap)

9° één vertegenwoordiger van de Federale Minister bevoegd voor Volksgezondheid:

- De heer Alban ANTOINE

Secretariaat van het Observatorium:

- De heer Chris SEGAERT (RIZIV)
- Mevrouw Lieve VAN TITTELBOOM (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)



Observatorium voor Patiëntenmobiliteit

DATUM : 10/12/2013
REF. : OvP-OMP/O-C/2013/001
BIJLAGEN : 1

Aan de beheerder van het ziekenhuis

CONTACT : Bernard Verheyden of Chris Segaert
TEL. : 02/524.85.22 of 02/739.73.15
E -MAIL : bernard.verheyden@gezondheid.belgie.be
chris.segaert@riziv.fgov.be

BETREFT Omzendbrief aan de ziekenhuizen over een leidraad bij het afsluiten van zorgcontracten met buitenlandse partners
:

Geachte mevrouw, heer,

Als bijlage bij deze omzendbrief kan u een document vinden dat werd opgesteld door het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit als een leidraad voor ziekenhuizen bij het afsluiten van zorgcontracten met buitenlandse partners.

Wij nodigen u uit om kennis te nemen van deze leidraad en deze vanaf 1 januari 2014 te gebruiken bij het onderhandelen en afsluiten van eventuele nieuwe zorgcontracten.

De context van de totstandkoming van deze leidraad, evenals de opdrachten en de werking van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit, kan u nalezen in het eerste jaarverslag (zie link in het document als bijlage).

Wij hopen dat deze leidraad een nuttig hulpmiddel voor de ziekenhuizen kan zijn en het Observatorium zal deze materie in de toekomst zeker blijven opvolgen en ondersteuning bieden waar nodig.

Met vriendelijke groeten,

C. DECOSTER
Voorzitter

B. COLLIN
Vice-voorzitter

Leidraad voor afsluiten van overeenkomsten inzake patiëntenmobiliteit met buitenlandse zorgactoren

I. Inleiding

Op 4 juni 2007 werd de *Wet tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit* gepubliceerd.²⁰ Deze wet is in werking getreden op 1 juli 2010. De wet voorziet in de oprichting van een Observatorium voor patiëntenmobiliteit dat als doel heeft maatregelen voor te stellen om de instroom van buitenlandse patiënten te stroomlijnen en erover te waken dat de wachttijden voor Belgische patiënten niet toenemen ingevolge deze instroom. In 2011 is dit Observatorium gestart met haar werkzaamheden.

Eén van de specifieke opdrachten van het Observatorium is “*het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars*” (artikel 4, §2 van de wet van 4 juni 2007). Om deze opdracht naar behoren te kunnen uitvoeren heeft het Observatorium beslist om eerst bij de Belgische ziekenhuizen de bestaande overeenkomsten met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg op te vragen en deze te analyseren. U kan de resultaten van deze analyse nalezen op de websites van de FOD Volksgezondheid of het RIZIV:

http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@mixednews/documents/ie2divers/19087195_nl.pdf

<http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

Een belangrijke vaststelling na de analyse van de contracten was dat ziekenhuizen vooral aandacht hebben voor het ‘financiële luik’ van de grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten die op gang gebracht wordt door het contract. Dit valt te begrijpen, maar het Observatorium is van mening dat men best ook rekening houdt met andere aspecten verbonden aan grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit, zoals de relatie met de buitenlandse patiënt, het zorgtraject, de gevolgen van de instroom voor het aanbod aan Belgische patiënten, ...

Het Observatorium staat niet alleen met deze mening. In 2005 bracht de *High Level Group on Health Services and Medical Care* een document uit met *Richtsnoren voor de inkoop van behandelingen in het buitenland*. Dit document was het resultaat van een denkoefening onder experts uit alle EU-lidstaten.

Intussen heeft de Europese Unie ook de *Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg* (hierna: Richtlijn 2011/24/EU)²¹, uitgevaardigd. Deze richtlijn legt aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt evenals aan zorgverleners (waaronder zorginstellingen begrepen zijn) een aantal verplichtingen op inzake transparantie over prijzen, nabehandeling, patiëntenrechten, aansprakelijkheid, transparantie over kwaliteit,... Overeenkomsten die het verzorgen van patiënten uit de Europese Unie beogen, zullen zeker rekening moeten houden met de bepalingen van deze richtlijn.

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit meent dat ze haar wettelijke opdracht die hierboven werd beschreven het best kan vervullen door de Belgische ziekenhuizen een leidraad aan te bieden die kan gebruikt worden als kader bij het onderhandelen van overeenkomsten met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg.

²⁰ Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit, *B.S.* 25 juli 2007, 39891

²¹ 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* 88/45 van 4 april 2011

Hierna vindt u dan ook een aantal richtsnoeren die niet-bindend zijn, maar waarvan het Observatorium denkt dat deze toch aandacht verdienen in het licht van een goed beheer van het ziekenhuis, een kwaliteitsvolle zorgverlening en het nieuwe Europeesrechtelijk kader.

II. Richtsnoeren

1. Algemene contractsbepalingen

De contracten leggen best het toepasselijke recht en de bevoegde rechter vast ingeval van een conflict bij de tenuitvoerlegging van de overeenkomst. Er moet verder gespecificeerd worden dat de gezondheidszorg zal worden verstrekt overeenkomstig het wettelijke kader van het land waarin de zorg wordt verstrekt, in casu de Belgische wetgeving. Tot slot zal er moeten nagedacht worden over een clause inzake de looptijd van het contract en de mechanismen voor vernieuwing of beëindiging van het contract.

2. Aansprakelijkheid

Uiteraard zal het internationaal privaatrecht bepalen welk recht moet toegepast worden en welke rechter territoriaal bevoegd is in het geval er zich een rechtszaak voordoet waarbij de aansprakelijkheid omwille van een medische fout beoordeeld wordt. Maar de contracterende partijen moeten er wel voor zorgen dat voor alle in het kader van het contract verleende gezondheidsdiensten een aansprakelijkheidsverzekering of een andere adequate verzekering tegen medische nalatigheid wordt afgesloten. Het vragen van een bewijs van voldoende aansprakelijkheidsverzekering is een goede praktijk. Verduidelijking van het statuut van de zorgverleners ten aanzien van de zorginstelling kan ook belangrijk zijn (Is er sprake van zelfstandige zorgverleners of zijn het werknemers? Is er centrale aansprakelijkheid?). Op grond van de Richtlijn 2011/24/EU hebben zorgverleners trouwens de verplichting om aan de patiënt duidelijke informatie te verschaffen over hun verzekeringsdekking.

3. Zorg

Het 'voorwerp' van het contract wordt bij voorkeur duidelijk vastgelegd: type gezondheidszorg waarop het contract betrekking heeft, aantal beddagen, procedures, diagnose, behandeling,...

Rekening houdend met de bepalingen van Richtlijn 2011/24/EU is het aangewezen dat de contracterende partijen afspraken maken over modaliteiten om patiënten transparantie te verschaffen inzake de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de mogelijke behandelingen, de klachtmechanismen en de vergunnings- en registratiestatus van de zorgverleners en de instelling zelf.

4. Relatie met de patiënt

Uitwisseling van informatie is cruciaal voor een correcte behandeling en de continuïteit van zorg. De uitwisseling zal echter moeten gebeuren met respect voor de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en wat België betreft ook de bepalingen vervat in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De overeenkomst bevat best duidelijke afspraken voor een veilige uitwisseling van de noodzakelijke medische gegevens tussen zorgverleners (en/of patiënt).

Verder valt het aan te raden in het contract een bepaling op te nemen over de verantwoordelijkheid voor duidelijke en begrijpelijke informatieverstrekking aan en communicatie met patiënten in volgende fasen:

- opname: bv. wat de patiënten moeten meebrengen, diagnoseresultaten, ... ;
- behandeling: bv. hoe de patiënten zich moeten voorbereiden, wat zal worden gedaan, ... ;
- reis: bv. hoe de patiënt bij de zorgverlener in een andere land moet geraken, ... ;
- financiering: bv. wat de patiënt of eventueel de verzekeraar naar verwachting zal moeten betalen, ... ;

- follow-up en uitwisseling van informatie met de arts van de patiënt in het land waar de patiënt woont.

Let op, indien het contract esthetische geneeskunde of esthetische chirurgie als onderwerp heeft, dan moet men ook rekening houden met de bepalingen van de wet van 23 mei 2013. Deze wet legt een aantal extra informatieverplichtingen op, alsook de verplichting om een kostenraming aan de patiënt over te maken.²²

5. Vrijwaring van het aanbod

De verantwoordelijkheid voor het vermijden van conflicten tussen de behoeften van binnenlandse patiënten en patiënten uit andere lidstaten ligt bij de contractsluitende partijen en moet vóór het sluiten van het contract in overweging worden genomen. Het opnemen van een vrijwaringsclausule in het contract om een overbevraging van het ziekenhuisaanbod door buitenlandse patiënten te vermijden, is ten zeerste aanbevolen. Een dergelijke vrijwaringsclausule is niet in strijd met Richtlijn 2011/24/EU (zie artikel 4, lid 3, in samenhang met overweging (21) van de Richtlijn 2011/24/EU). Verder zou men er ook aan kunnen denken om in het contract het indicatieve aantal patiënten, behandelingen of procedures waarop het contract betrekking heeft, uitdrukkelijk op te nemen.

6. Financiële afhandeling

Het is niet mogelijk om afwijkende tarieven te hanteren voor Europese burgers. Richtlijn 2011/24/EU bevat op dat vlak een heel duidelijk discriminatieverbod. De overeenkomst dient een clausule te bevatten dat de tarieven van het land waar de zorg verstrekt wordt, i.e. België, van toepassing zijn.

Veelal handelt de andere contracterende partij de administratie af met de patiënt. In dat geval dienen goede afspraken gemaakt te worden over procedures en gegevensuitwisseling. Ook het opmaken van duidelijke facturen speelt hierin een belangrijke rol. Dit laatste punt wordt trouwens uitdrukkelijk geëist door de Richtlijn 2011/24/EU.

Volgende praktische elementen in de financiële afhandeling verdienen zeker aandacht:

- wanneer de betaling zal plaatsvinden: bv. nadat de behandeling heeft plaatsgevonden, wanneer de patiënt terugkeert, regelmatig,...;
- wat deel uitmaakt van de betaling en hoe deze wordt berekend: bv. duur van het ziekenhuisverblijf, procedure, kapitaalkosten, medicatie, overheadkosten,...;
- eigen financiële bijdrage van de patiënt: bv. medicatie, medische apparatuur, maaltijden, telefoonkosten, reiskosten, wijziging van de geplande behandeling,...;
- en regelingen voor begeleidende personen.

²² Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, *B.S.* 2 juli 2013, 41511