

Observatorium

Patiëntenmobiliteit

2022

Jaarverslag

Observatorium voor Patiëntenmobiliteit

JAARVERSLAG

Inhoud

Voorwoord	2
1. Oprichting, samenstelling en opdrachten	4
2. Buitenlandse patiënten in België	6
3. Werkzaamheden	31
3.1 Algemeen	31
3.2 Indeling in categorieën van patiënten volgens het financieringssysteem.....	32
3.3 MZGbis	36
3.4 FINHOSTA.....	38
3.5 Zorgcontracten.....	39
3.6 Registratie van wachttijden	45
4. Besluit	51
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	54
Bijlage 2 : Samenstelling van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit, op 30 april 2013.....	57
Bijlage 3 : Overzicht van de ZOAST-overeenkomsten	59
Bijlage 4 : Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorg-systeem. KCE Reports 169A	62

Voorwoord

Zoals bepaald, dient het Observatorium voor patiëntenmobiliteit jaarlijks voor 1 juli een jaarverslag neer te leggen waarbij het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu alle gegevens meedelen die nuttig zijn om het Observatorium toe te laten haar opdrachten (zie verder) te kunnen uitvoeren.

Met genoegen stel ik u hierbij dan ook dit eerste Jaarverslag voor dat u een overzicht geeft van de werkzaamheden van het Observatorium sedert haar oprichting.

In eerste instantie werd werk gemaakt om **bestaande registratiesystemen te optimaliseren** met het doel zo juist en zo omvattend mogelijk informatie ter beschikking te stellen met betrekking tot de instroom van buitenlandse patiënten. Daartoe werd ook een **nieuwe indeling van de diverse categorieën van patiënten binnen de Belgische ziekenhuizen** uitgewerkt, om op deze manier meer duidelijkheid te verschaffen hoe deze verschillende types van patiënten gerelateerd worden aan de diverse modaliteiten van financiering.

De Europese Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg zal het verkeer van patiënten over de grenzen bevorderen. Dit fenomeen verdient zeker onze aandacht.

Het fenomeen van buitenlandse patiënten die naar België komen om zich hier te laten verzorgen is niet nieuw. Sedert eind jaren '70 van de vorige eeuw vinden met name Nederlandse patiënten hun weg naar onze ziekenhuizen. Maar de laatste tien tot vijftien jaar is:

- dit onderwerp meer in de aandacht komen te staan door de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie, diverse studies, artikels in de pers, ...
- het duidelijk dat er een reële en toenemende behoefte aan grensoverschrijdende zorg bestaat, omdat in bepaalde landen bijvoorbeeld bepaalde medische zorg niet kan verleend worden ingevolge een tekort aan gekwalificeerd personeel of capaciteitsproblemen waardoor een snelle behandeling onmogelijk wordt en wachtlijsten ontstaan. Als gevolg daarvan werden nieuwe beleidsplannen ontvouwd om bijvoorbeeld **de wachtlijsten** weg te werken: het **sluiten van contracten** met zorgverstrekkers of -instellingen in het buitenland om patiënten te verzorgen is een mogelijke optie.

De **reële behoefte aan grensoverschrijdende zorg** zoals die in sommige lidstaten bestaat, biedt daarentegen een aantal kansen die zo goed mogelijk moeten benut worden. Voor wat België betreft, en voor zover erin de Belgische ziekenhuizen sprake is van nog beschikbare capaciteit van zorgvoorzieningen en verstrekkers, kan de opname van buitenlandse patiënten – bijvoorbeeld in het kader van een contract afgesloten met een buitenlandse zorgverzekeraar – een meer optimale benutting van die capaciteit opleveren.

In de hiernavolgende hoofdstukken wordt beschreven welke opdrachten het Observatorium reeds gerealiseerd heeft, waarbij ook duidelijk zal worden dat reeds grotendeels voldaan werd aan de door het KCE gemaakte beleidsaanbevelingen in het kader van de studie *“Elective care for foreign patients: potential impact on the Belgian healthcare system”*.

Dit is echter maar een eerste Jaarverslag en een begin. Het Observatorium zal naar de toekomst toe uiteraard verder werken aan de haar toevertrouwde opdrachten.

Hoogachtend,

Christiaan Decoster,

Voorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Directeur-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 weergave van het rapport van de Dienst Data Management uit 2010 over de mobiliteit van patiënten die niet in België wonen, dat werd opgemaakt als voorbereiding op de eerste vergadering van het Observatorium.

De hier vermelde cijfers hebben hoofdzakelijk betrekking op de laatste drie jaren die beschikbaar zijn in de Minimale Ziekenhuisgegevens (hierna: MZG), zijnde de periode 2008-2010. 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 2007. De selecties werden uitgevoerd op de klassieke verblijven (*inpatients*) en de dagverblijven (*day cases*); dringende verblijven, langdurige verblijven en verblijven in revalidatieziekenhuizen werden geweerd.

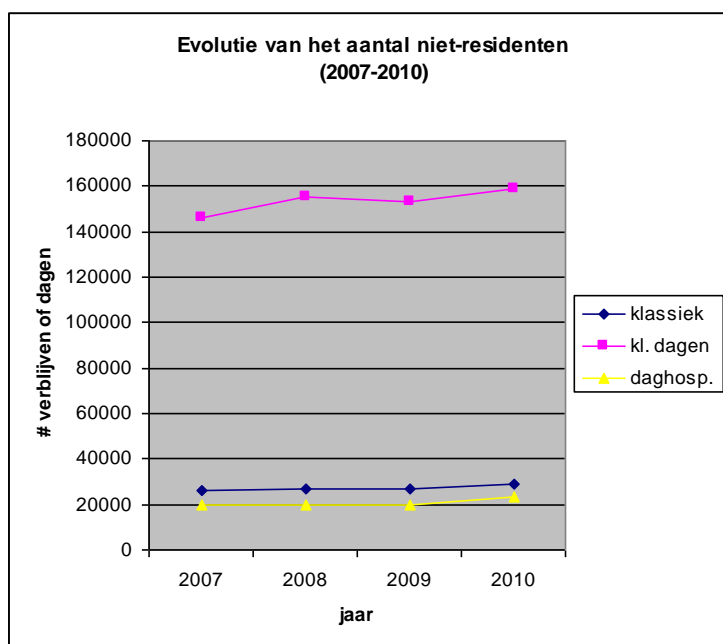
In dit hoofdstuk vindt u tabellen, grafieken en kaarten met:

- de evolutie 2007-2010 van het aantal verblijven van niet-inwoners en inwoners;
- de landen waar de meeste niet-inwoners gedomicilieerd zijn die in een Belgisch ziekenhuis hebben verbleven, en de evolutie 2007-2010 van het aantal verblijven van niet-inwoners per land van domicilie;
- de verdeling per leeftijd en geslacht (2008-2010) voor de inwoners en de niet-inwoners;
- de lijst met de vaakst voorkomende aandoeningen (2008-2010) waarvoor niet-inwoners zich in een ziekenhuis laten opnemen, op basis van diagnosecategorieën (hoofddiagnoses);
- de geografische spreiding (2008-2010) 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 (2008-2010).

Tabel 1. Aantal ligdagen en aantal verblijven in klassieke hospitalisatie, aantal verblijven in daghospitalisatie, per inwoner, 2007-2010.

Jaar	Aantal verblijven in klassieke hospitalisatie				Aantal klassieke ligdagen				Aantal dagverblijven			
	Inwoner		Niet-inwoner		Inwoner		Niet-inwoner		Inwoner		Niet-inwoner	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	1747265	98,5	26401	1,5	12745270	98,5	145908	1,5	1411634	98,6	19415	1,4
2008	1809613	98,5	27111	1,5	13994410	98,5	155056	1,5	1505981	98,7	19508	1,3
2009	1818220	98,5	27158	1,5	13758730	98,5	153141	1,5	1578269	98,8	19716	1,2
2010	1829890	98,5	28690	1,5	13646036	98,5	158762	1,5	1779959	98,7	23623	1,3
Totaal	7204988	98,5	109360	1,5	54144446	98,5	612867	1,5	6275843	98,7	82262	1,3

Grafiek 1. Evolutie van het aantal opnames en ligdagen in klassieke hospitalisatie en aantal opnames in daghospitalisatie bij niet-residenten, België 2007-2010.

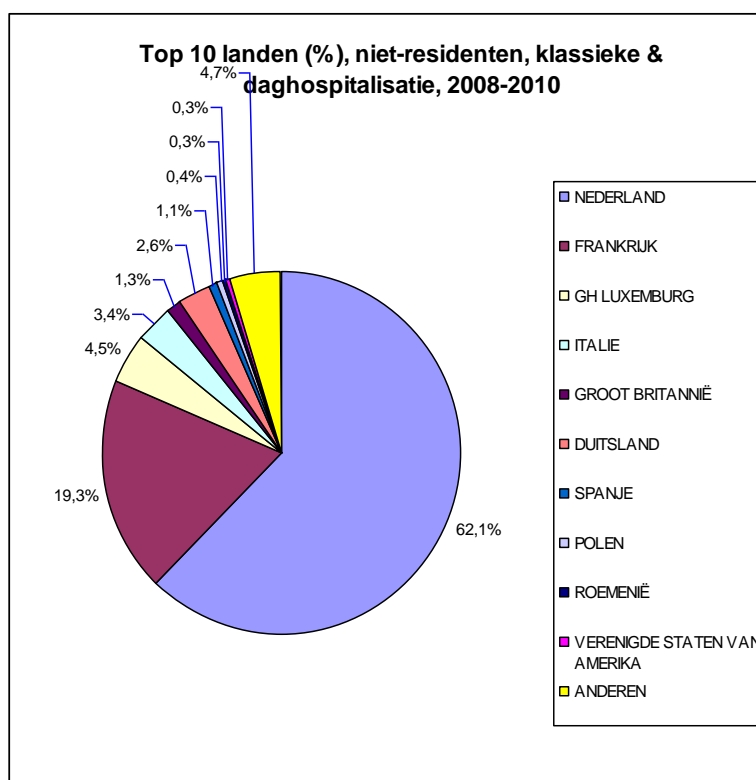


Tussen 2007 en 2010 steeg het aantal klassieke verblijven (inpatients) met 2.289 eenheden en het aantal dagverblijven (day-cases) met 4.208 eenheden. Het aantal ligdagen nam toe met 12.854 eenheden. Het percentage verblijven en ligdagen van niet-inwoners ten opzichte van het totale aantal verblijven en het totale aantal dagen bleef stabiel (1,5%) in klassieke hospitalisatie (tabel 1 en grafiek 1). In daghospitalisatie schommelde dat percentage tussen 1,2% en 1,4%. Die stabilisering van het percentage verblijven van niet-inwoners werd reeds vastgesteld voor de periode 2004-2006.

Tabel 2. 10 meest frequente landen: niet-residenten, per land van domicilie, klassieke- en daghospitalisatie, 2008-2010.

Land	Diagnoses		Totaal	
	Klassiek	Dag	N	%
	N	N	N	%
Netherlands	46078	39045	85123	58,4
France	16811	12123	28934	19,8
Luxembourg GD	3731	2822	6553	4,5
Italy	2052	2120	4172	2,9
Great-Britain	3286	807	4093	2,8
Germany	2190	1661	3851	2,6
Spain	1117	685	1802	1,2
Poland	924	246	1170	0,8
Romania	523	182	705	0,5
United States of America	493	192	685	0,5

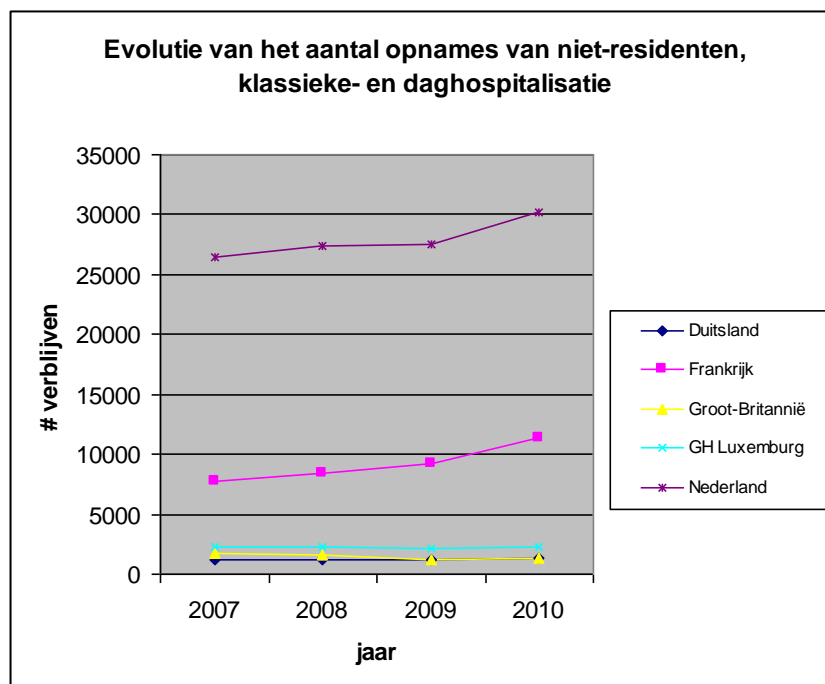
Grafiek 2. Cirkeldiagram van de 10 belangrijkste landen, niet-residenten, klassieke- en daghospitalisatie, België 2008-2010.



Tabel 3. Evolutie van het aantal niet-residenten (klassieke- en dagverblijven, alle diagnoses en procedures) uit buurlanden, België 2007-2010.

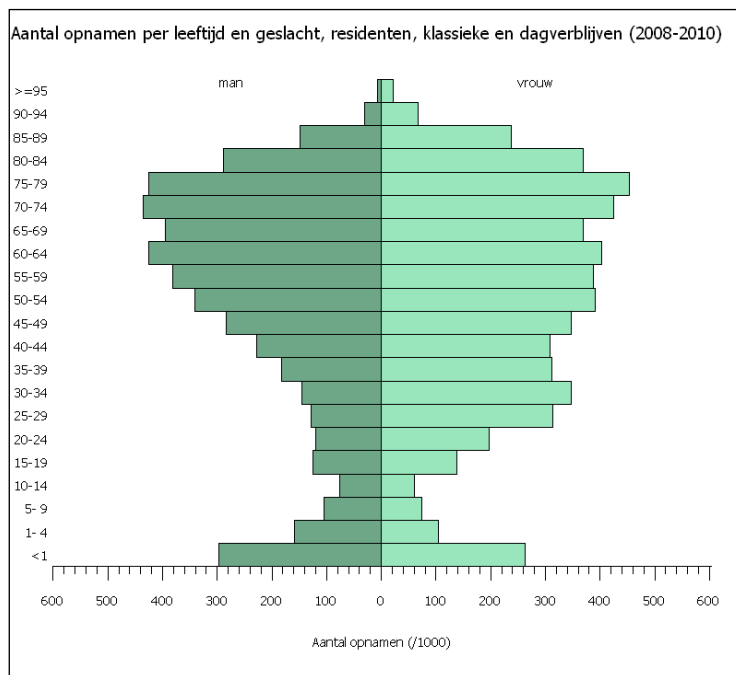
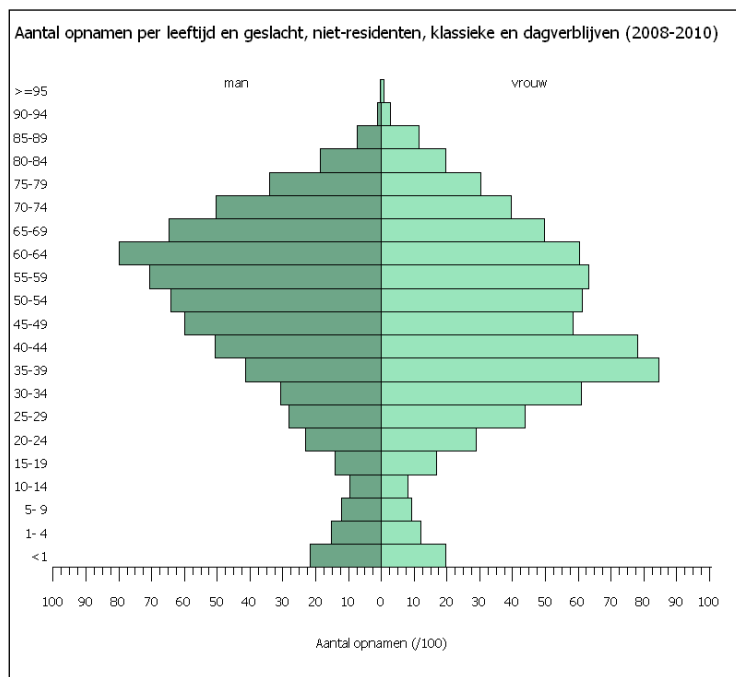
Land	2007	2008	2009	2010
Duitsland	1138	1232	1241	1378
Frankrijk	7742	8369	9237	11328
Groot-Brittannië	1765	1562	1254	1277
Luxemburg	2214	2210	2089	2254
Nederland	26452	27425	27546	30152

Grafiek 3. Evolutie van het aantal niet-residenten (klassieke- en dagverblijven, alle diagnoses en procedures) uit buurlanden, België 2007-2010.



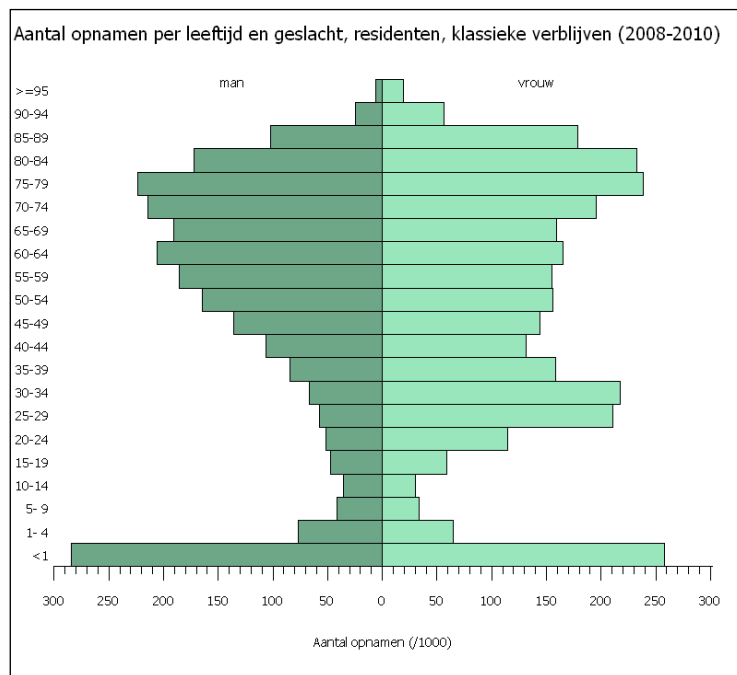
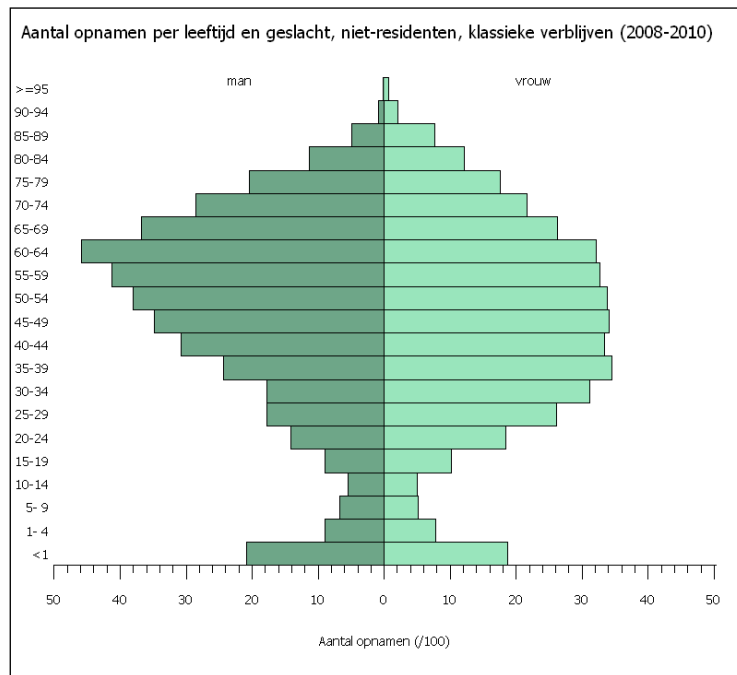
De meeste niet-inwoners die naar België komen om zich te laten verzorgen, zijn gedomiceerd in één van de 10 landen uit tabel 2 en grafiek 2. De ziekenhuisverblijven van die patiënten zijn goed voor 94% van het totale aantal verblijven van niet-inwoners. Het is geen verrassing dat de buurlanden van België tot de meest vertegenwoordigde horen, in het bijzonder Nederland (58,4%) en Frankrijk (19,8%). 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 gedomiceerde patiënten blijft toenemen, van 26.452 naar 30.152 verblijven tussen 2007 en 2010 (tabel 3 en grafiek 3).

Grafieken 4 & 5. Aantal klassieke en dagverblijven, per residentie, geslacht en leeftijd, België 2008-2010.



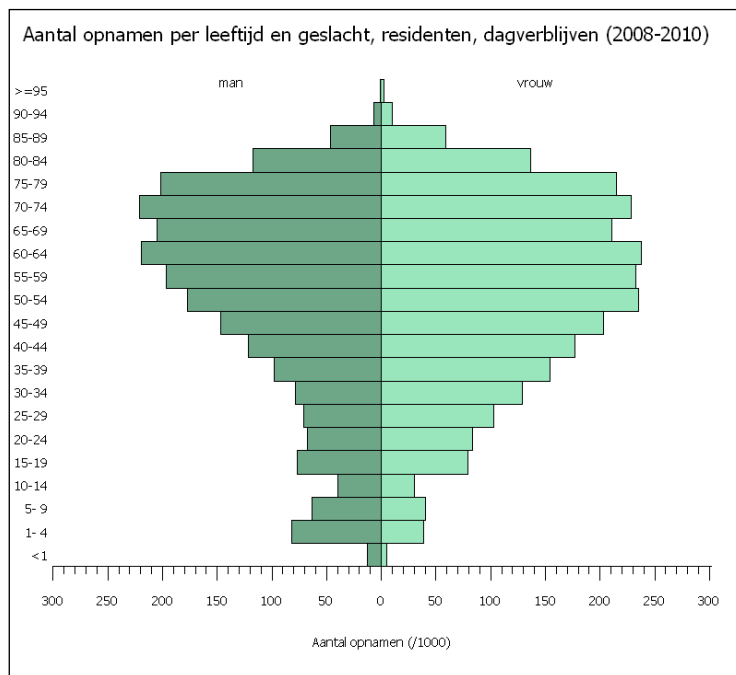
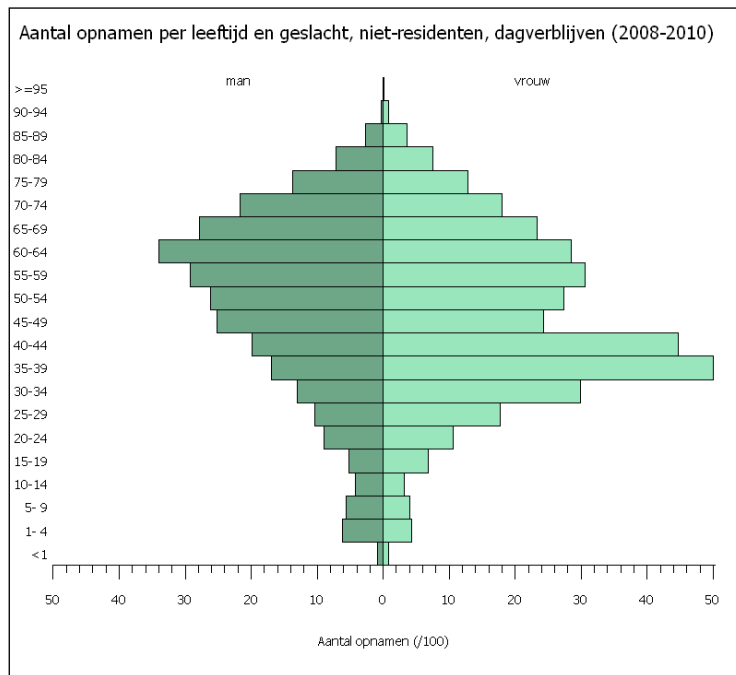
De verdeling per leeftijd en geslacht voor alle verblijven (klassieke en dagverblijven) vertoont een aantal verschillen tussen niet-inwoners en inwoners, met name in leeftijdscategorie 60-64 jaar bij mannen, leeftijdscategorieën 35-39 en 40-44 jaar bij vrouwen en leeftijdscategorie <1 jaar (grafieken 4 & 5). Er moet wel rekening mee worden gehouden dat de verblijven heropnames kunnen zijn.

Grafieken 6 & 7. Aantal klassieke verblijven, per residentie, leeftijd en geslacht, België 2008-2010.



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 bij de vrouwen, bij de mannen voor leeftijdscategorie 60-64 jaar, en ook voor patiënten <math><1</math> jaar (grafieken 6 en 7). Er moet rekening mee worden gehouden dat de verblijven heropnames kunnen zijn.

Grafieken 8 & 9. Aantal dagverblijven, per residentie, leeftijd en geslacht, België 2008-2010.



Grafieken 8 en 9 wijzen eveneens op aanzienlijke verschillen tussen de verblijven (met inbegrip van de heropnames, zoals bij chemo- en radiotherapieën) van niet-inwoners en inwoners, in het bijzonder bij kinderen van 1-9 jaar en vrouwen.

Tabel 4. Aantal klassieke- en daghospitalisatie per residentie en hoofdstuk ISHMT, België 2008-2010.

Diagnose category ISHMT	Klassieke Hospitalisatie				Daghospitalisatie			
	origin				origin			
	Niet-inwoner		Inwoner		Niet –inwoner		Inwoner	
	N	%	N	%	N	%	N	%
100	1493	1,1	134720	98,9	202	0,8	23852	99,2
200	5618	1,5	365412	98,5	3683	1	382790	99
300	455	0,9	47881	99,1	779	0,7	118439	99,3
400	6053	3,5	167800	96,5	373	1,1	33573	98,9
500	1056	0,9	121599	99,1	254	2	12374	98
600	3046	1,3	230611	98,7	2189	1,2	176984	98,8
700	976	2,3	41779	97,7	4186	1,2	359680	98,8
900	10179	1,5	656350	98,5	3430	2,1	157720	97,9
1000	3455	0,8	432004	99,2	918	0,7	133127	99,3
1100	6274	1,2	528290	98,8	5590	0,8	684700	99,2
1200	581	1,3	44578	98,7	334	0,7	46155	99,3
1300	14313	3	458448	97	11398	1,4	807142	98,6
1400	3660	1,2	295474	98,8	3440	1,4	239415	98,6
1500	3577	0,8	441561	99,2	603	1	61218	99
1600	191	1,2	16055	98,8	7	0,6	1162	99,4
1800	2722	1,1	240382	98,9	1041	1,1	91676	98,9
1900	10787	2	520946	98	3738	2,1	171618	97,9
2100	8523	1,2	713833	98,8	20682	1,5	1362584	98,5
total	82959	1,5	5457723	98,5	62847	1,3	4864209	98,7

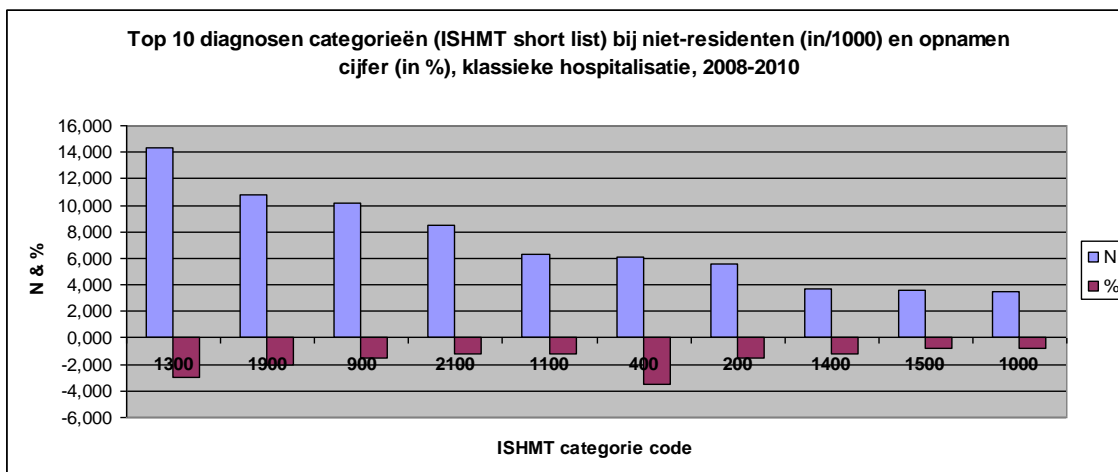
0100 = Certain infectious and parasitic diseases ; 0200 = Neoplasms ; 0300 = Diseases of the blood and bloodforming organs and certain disorders involving the immune mechanism ; 0400 = Endocrine, nutritional and metabolic diseases ; 0500 = Mental and behavioural disorders ; 0600 = Diseases of the nervous 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 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 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 wijten zijn aan verschillen in leeftijds- en geslachtsstructuur, of te maken hebben met het zorgaanbod (dat wij in deze studie niet aan bod kunnen laten komen) of verzekerbaarheid (die we in deze beknopte studie niet hebben onderzocht).

Tabel 5. Top 10 van de meest voorkomende diagnoses (Hoofdstuk ISHMT), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), klassieke hospitalisatie 2008-2010.

ISHMT chapter code	Diagnose	(1) Niet – inwoners (Nr)	(2) total (inwoners & niet-inwoners)	opname % of Nr (1) / (2)x100	chapter share of total Nr adm. (%)
1300	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	14313	472761	3	17,3
1900	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	10787	531733	2	13,0
900	Diseases of the circulatory system	10179	666529	1,5	12,3
2100	Factors influencing health status and contact with health services	8523	722356	1,2	10,3
1100	Diseases of the digestive system	6274	534564	1,2	7,6
400	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	6053	173853	3,5	7,3
200	Neoplasms	5618	371030	1,5	6,8
1400	Diseases of the genitourinary system	3660	299134	1,2	4,4
1500	Pregnancy, childbirth and the puerperium	3577	445148	0,8	4,3
1000	Diseases of the respiratory system	3455	435459	0,8	4,2

Grafiek 10. Top 10 van de meest voorkomende diagnoses (Hoofdstuk ISHMT), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), klassieke hospitalisatie 2008-2010.

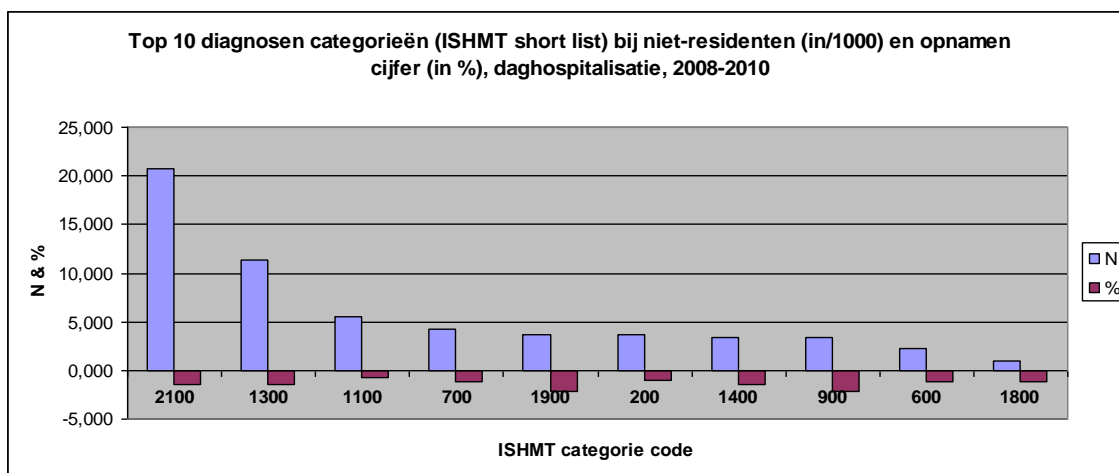


Tabel 5 en grafiek 10 bevatten de lijst van de 10 diagnosegroepen die het vaakst voorkomen (ISHMT-hoofdstukken) bij klassieke verblijven (*inpatient*), zowel voor niet-inwoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De brutocijfers zijn in grafiek 10 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief. De ziektes van het endocriene systeem (code 400) en van het bewegingsstelsel/bindweefsel (code 1300) hebben de hoogste opnamegraden (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep). De groepen 1300, 1900, 900 en 2100 zijn goed voor meer dan 50% van de ziekenhuisverblijven van niet-inwoners.

Tabel 6. Top 10 van de meest voorkomende diagnoses (Hoofdstuk ISHMT), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), daghospitalisatie 2008-2010.

ISHMT chapter code	Diagnose	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	admission % of Nr (1) / (2)x100	chapter share of total Nr adm. (%)
2100	Factors influencing health status and contact with health services	20682	1383266	1,5	32,9
1300	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	11398	818540	1,4	18,1
1100	Diseases of the respiratory system	5590	690290	0,8	8,9
700	Diseases of the eye and adnexa	4186	363866	1,2	6,7
1900	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	3738	175356	2,1	5,9
200	Neoplasms	3683	386473	1	5,9
1400	Diseases of the genitourinary system	3440	242855	1,4	5,5
900	Diseases of the circulatory system	3430	161150	2,1	5,5
600	Diseases of the nervous system	2189	179173	1,2	3,5
1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1041	92717	1,1	1,7

Grafiek 11. Top 10 van de meest voorkomende diagnoses (Hoofdstuk ISHMT), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), daghospitalisatie 2008-2010.

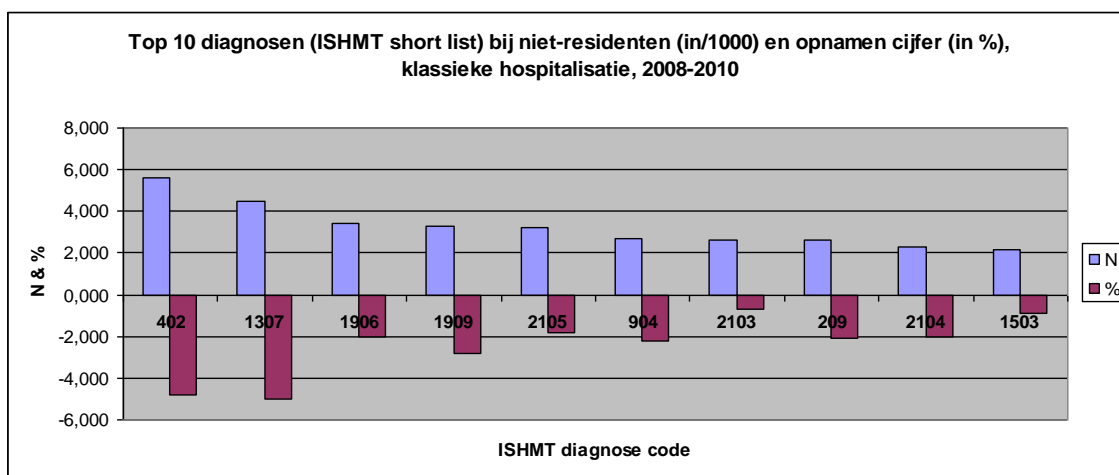


Tabel 6 en grafiek 11 bevatten de lijst van de 10 diagnosegroepen die het vaakst voorkomen (ISHMT-hoofdstukken) bij dagverblijven (*day-cases*), zowel voor niet-inwoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. In grafiek 11 zijn de brutocijfers weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief. De aandoeningen van het circulatoir systeem (code 900) en de aandoeningen als gevolg van blessures, vergiftiging en andere externe oorzaken (code 1900) hebben de hoogste opnamegraden (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.

Tabel 7. Top 10 meest voorkomende diagnosegroepen (ISHMT shortlist), niet-inwoners en totaal (inwoners+ niet-inwoners), Klassieke hospitalisatie 2008-2010.

ISHMT code	Diagnose	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	admission % of (1)/(2)x100	ISHMT share of total Nr adm. (%)
402	Other endocrine, nutritional and metabolic diseases	5615	115867	4,8	6,8
1307	Intervertebral disc disorders	4473	89994	5	5,4
1906	Other injuries	3429	168149	2	4,1
1909	Complications of surgical and medical care, not elsewhere classified	3271	115531	2,8	3,9
2105	Other factors influencing health status and contact with health services	3235	179002	1,8	3,9
904	Other ischaemic heart disease	2684	123397	2,2	3,2
2103	Liveborn infants according to place of birth ("healthy newborn babies")	2607	379803	0,7	3,1
209	Other malignant neoplasms	2595	125295	2,1	3,1
2104	Other medical care (including radiotherapy and chemotherapy sessions)	2268	112599	2	2,7
1503	Complications of pregnancy predominantly in the antenatal period	2175	244550	0,9	2,6

Grafiek 12. Top 10 meest voorkomende diagnosegroepen (ISHMT shortlist), niet-inwoners en totaal (inwoners+ niet-inwoners), Klassieke hospitalisatie 2008-2010

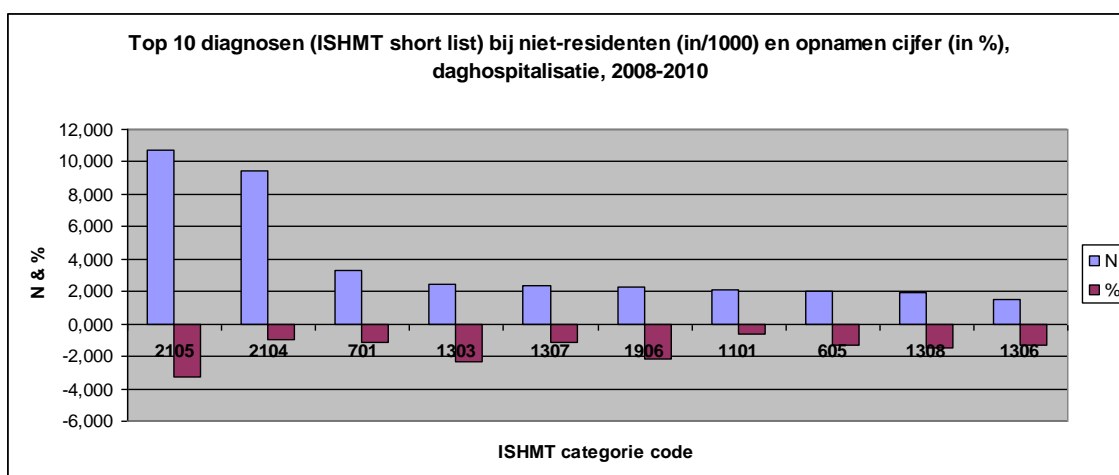


Tabel 7 en grafiek 12 bevatten de lijst van de 10 diagnosegroepen die het vaakst voorkomen (ISHMT-codes met een hogere granulariteit dan die van de ISHMT-hoofdstukken) bij klassieke verblijven (*inpatients*), zowel voor niet-bewoners als voor het totale aantal inwoners en niet-inwoners. De brutocijfers zijn in grafiek 12 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief. De diagnoses van groep 402 (endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten) en 1307 (aandoeningen van de tussenwervelschijven) hebben de hoogste opnamegraden (aandeel verblijven niet-inwoners op het totale aantal verblijven voor de diagnosegroep).

Tabel 8. Top 10 meest voorkomende diagnosegroepen (ISHMT shortlist), niet-inwoners en totaal (inwoners+ niet-inwoners), Daghospitalisatie 2008-2010.

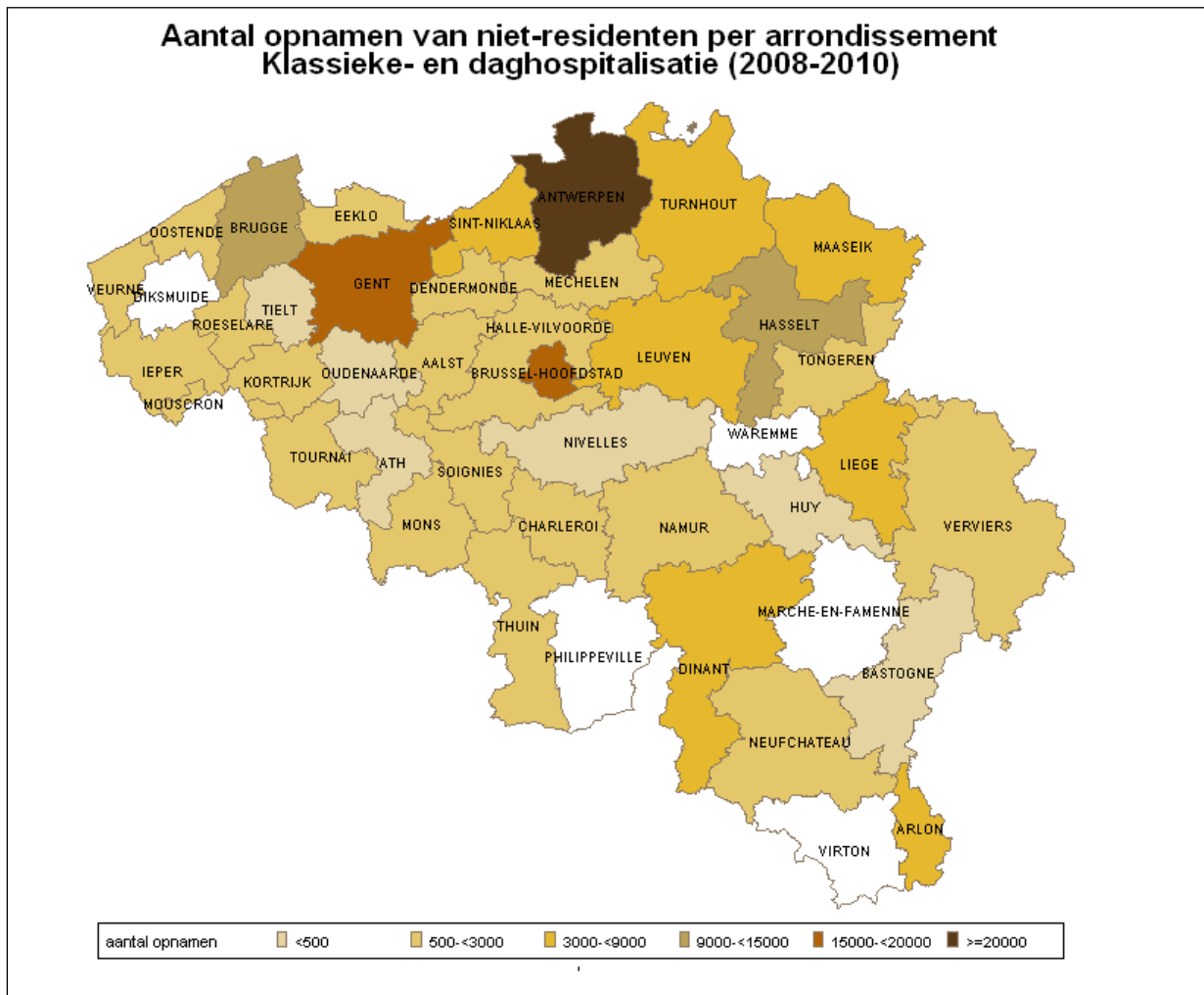
ISHMT code	Diagnose	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	admission % of Nr (1)/(2)x100	ISHMT share of total Nr adm. (%)
2105	Other factors influencing health status and contact with health services	10709	324529	3,3	17
2104	Other medical care (including radiotherapy and chemotherapy sessions)	9475	994064	1	15,1
701	Cataract	3307	305347	1,1	5,3
1303	Internal derangement of knee	2417	103160	2,3	3,8
1307	Intervertebral disc disorders	2359	224076	1,1	3,8
1906	Other injuries	2313	103562	2,2	3,7
1101	Disorders of teeth and supporting structures	2066	326102	0,6	3,3
605	Other diseases of the nervous system	2038	161755	1,3	3,2
1308	Dorsalgia	1920	129275	1,5	3,1
1306	Deforming dorsopathies and spondylopathies	1540	115908	1,3	2,5

Grafiek 13. Top 10 meest voorkomende diagnosegroepen (ISHMT shortlist), niet-inwoners en totaal (inwoners+ niet-inwoners), Daghospitalisatie 2008-2010.



Tabel 8 en grafiek 13 bevatten de lijst van de 10 diagnosegroepen 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 brutocijfers zijn in grafiek 13 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief. De diagnoses van groep 2105 (andere aandoeningen die de gezondheidstoestand beïnvloeden) en 2104 (andere medische zorgen, met inbegrip van radio- en chemotherapiesessies) hebben de hoogste opnamegraden (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.

Kaart 1. Geografische spreiding van het aantal opnames van niet-inwoners per arrondissement, klassieke- en daghospitalisatie. België 2008-2010.

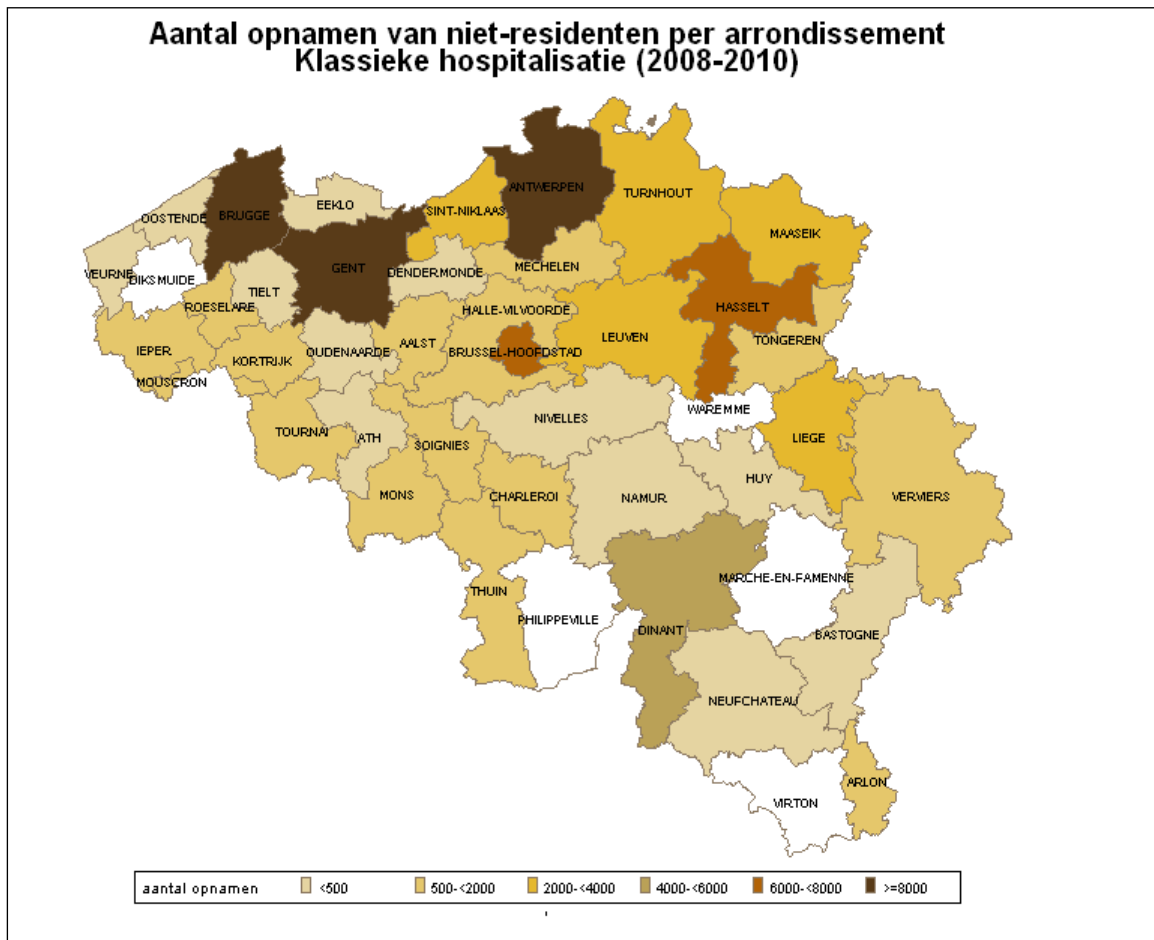


Kaart 1 illustreert de geografische spreiding van het totale aantal ziekenhuisverblijven (klassiek en dagverblijf) bij niet-inwoners. Het betreft arrondissementen waarin zich de ziekenhuizen bevinden waar die patiënten hebben verbleven.

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, Gent, Brugge en Hasselt tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven van niet-inwoners.

Kaart 2. Geografische spreiding van het aantal opnames van niet-inwoners per arrondissement, klassieke hospitalisatie. België 2008-2010.

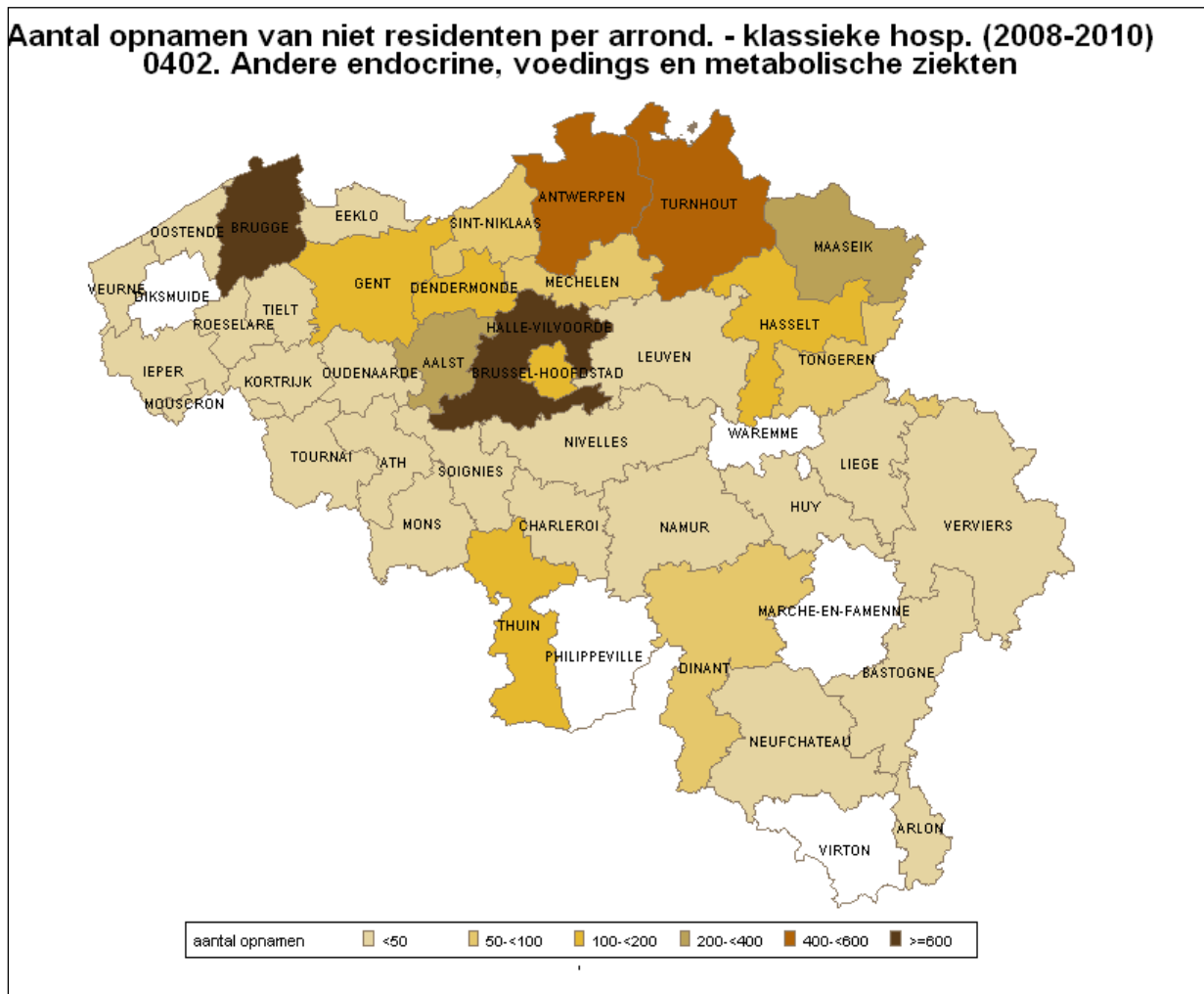


Kaart 2 illustreert de verdeling per arrondissement van het aantal klassieke ziekenhuisverblijven (*inpatients*) bij niet-inwoners. Het betreft arrondissementen waarin zich de ziekenhuizen bevinden waar die patiënten hebben verbleven.

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.

Kaart 4. IHSMT code 0402. Andere endocriene, voeding en metabolische ziekten: geografische spreiding van het aantal opnames van niet- inwoners per arrondissement, klassieke hospitalisatie, België 2008-2010.

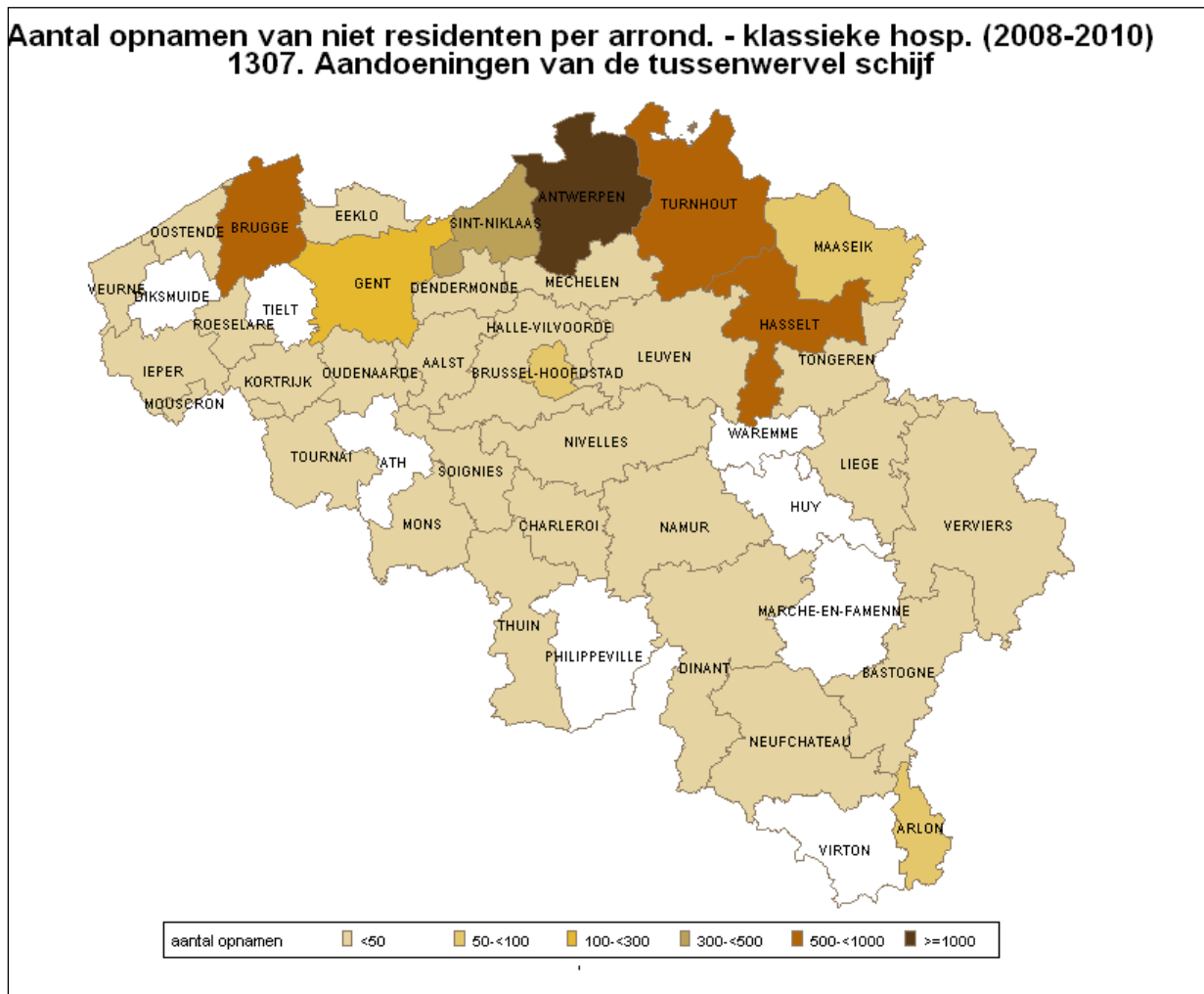


Kaart 4 toont de verdeling van het aantal klassieke verblijven voor diagnosecategorie ISHMT 0402 (Other endocrine, nutritional and metabolic diseases) uit de « top 10 » (tabel 7).

De arrondissementen Brugge, Halle-Vilvoorde, Antwerpen en Turnhout hebben een donkere kleur en tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven voor deze aandoening.

In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

Kaart 5. IHSMT code 1307. Aandoeningen van de tussenwervel schijf: geografische spreiding van het aantal opnames van niet-inwoners, per arrondissement, Klassiek hospitalisatie, België 2008-2010.

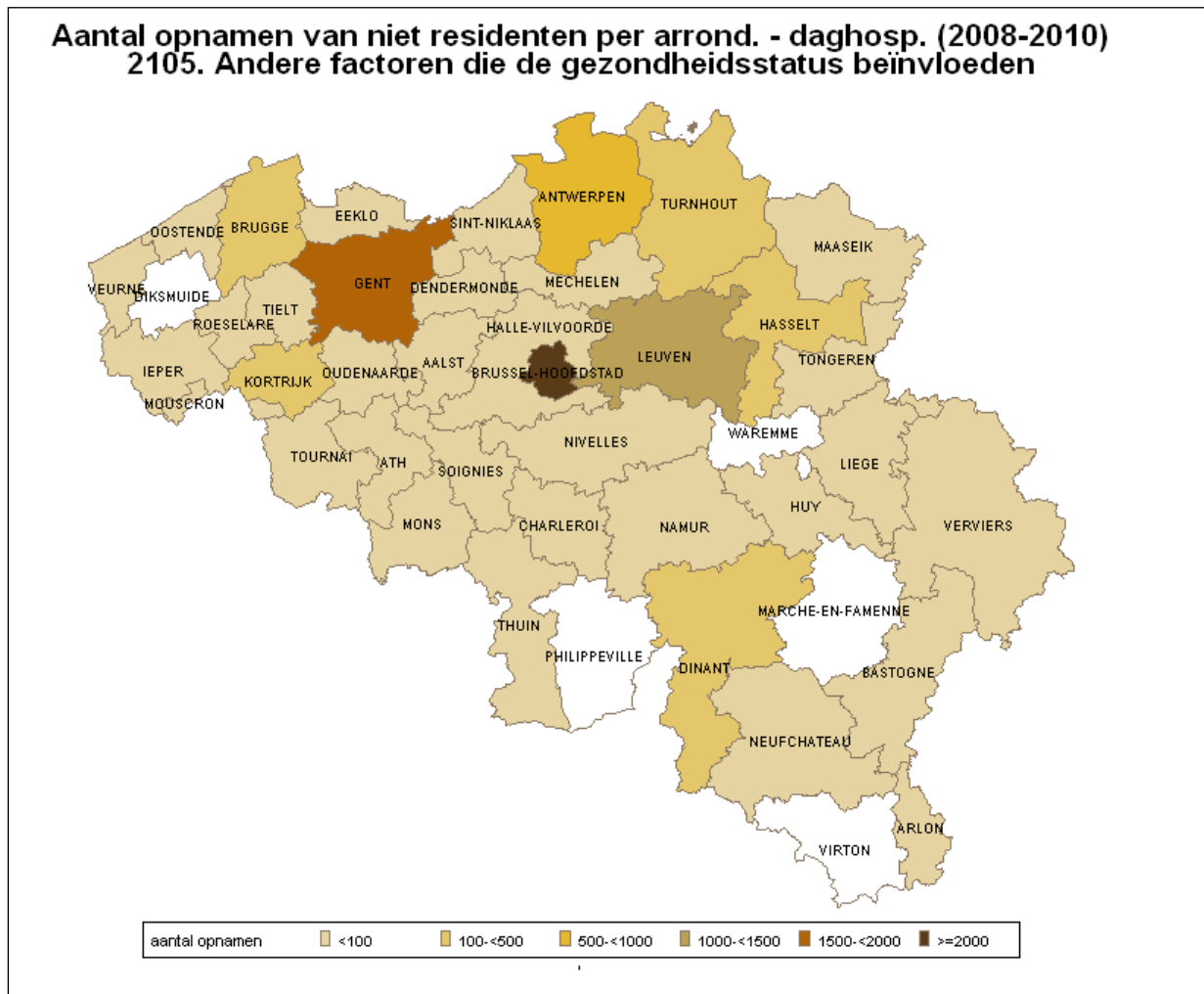


Kaart 5 toont de verdeling van het aantal klassieke verblijven voor diagnosecategorie ISHMT 1307 (Intervertebral disc disorders) uit de « top 10 » (tabel 7).

De arrondissementen Antwerpen, Brugge, Turnhout en Hasselt hebben een donkere kleur en tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven voor deze aandoening.

In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

Kaart 7. IHSMT code 2105. Andere factoren die de gezondheidsstatus beïnvloeden: geografische spreiding van het aantal opnames van niet-inwoners per arrondissement, daghospitalisatie, België 2008-2010.

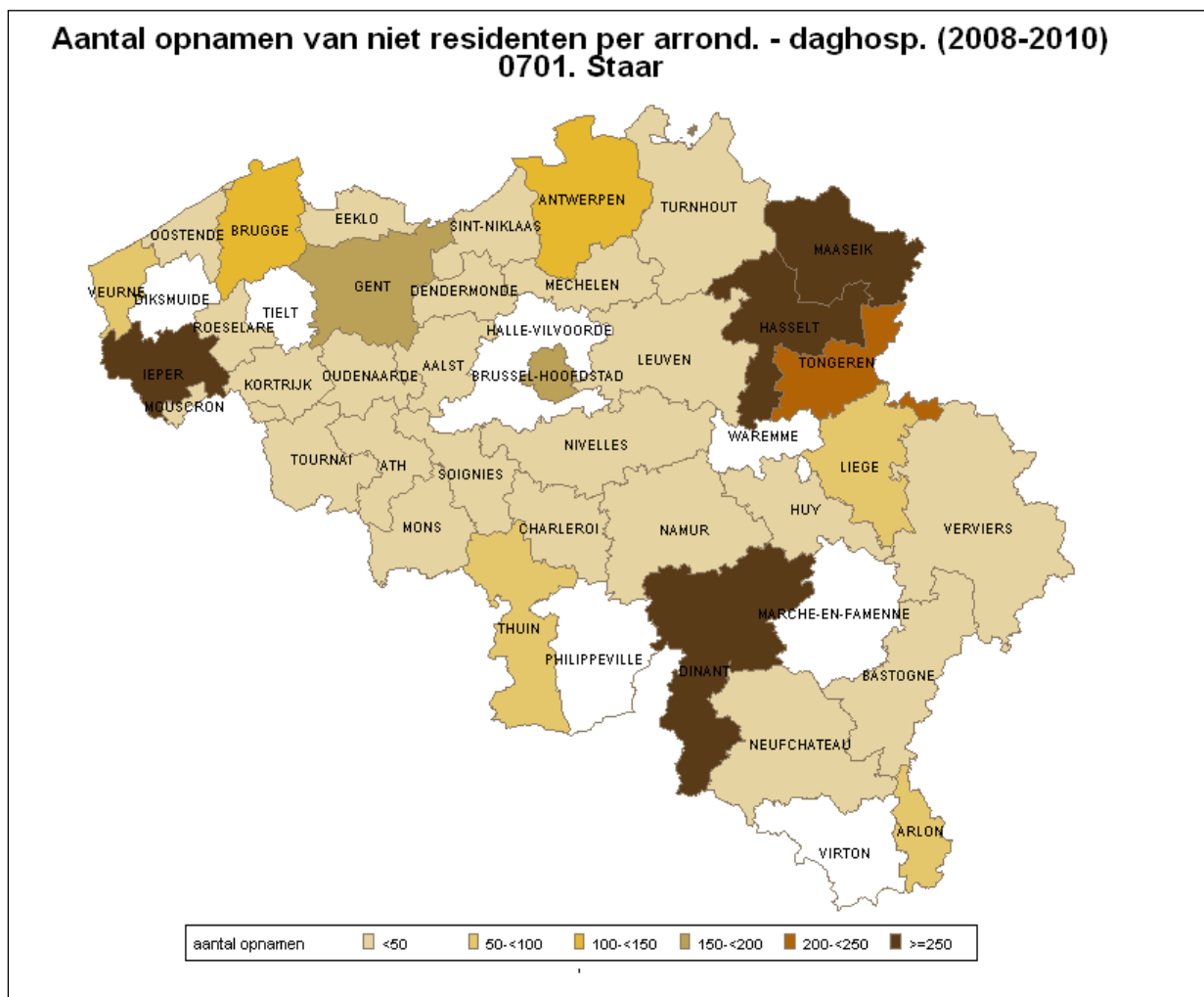


Kaart 7 toont de geografische verdeling (per ziekenhuisarrondissement) van het aantal dagverblijven (*day-cases*) voor diagnosecategorie ISHMT 2105 (Other factors influencing health status and contact with health services) uit de « top 10 » (tabel 8).

De arrondissementen Brussel, Gent en Leuven hebben een donkere kleur en tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven voor deze aandoening.

In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

Kaart 9. IHSMT code 0701. Staar: geografische spreiding van het aantal opnames van niet-inwoners per arrondissement, daghospitaal, België 2008-2010.



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).

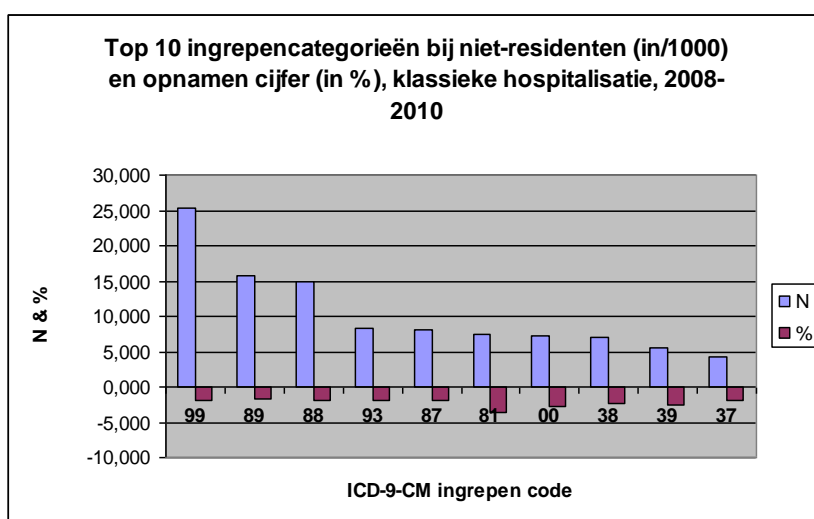
De arrondissementen Dinant, Maaseik, Hasselt en Leper hebben een donkere kleur en tellen het hoogste aantal ziekenhuisverblijven voor deze aandoening. Opvallend is de hoge score (in aantal verblijven) van twee arrondissementen aan de Belgische grens, met name Leper en Dinant.

In de arrondissementen in het wit waren er geen verblijven van niet-inwoners.

Tabel 9. Top 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), klassieke hospitalisatie, 2008-2010.

code procedure ICD-9-CM	procedures	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	admission % of Nr (1) / (2)x100	procedure share of total Nr adm. (%)
99	other non operative procedures	25258	1250253	2	15,1
89	Interview, evaluation, consultation and examination	15828	917112	1,7	9,4
88	other diagnostic radiology and related techniques	14902	743628	2	8,9
93	Physical therapy, resp. therapy, rehabilitation and related procedures	8300	434020	1,9	5
87	diagnostic radiology	8019	399692	2	4,8
81	repair and plastic operations on joint structures	7387	206924	3,6	4,4
00	procedures and interventions, not elsewhere classified	7218	261246	2,8	4,3
38	incision, excision and occlusion of vessels	7021	296277	2,4	4,2
39	other repair of vessels	5637	214903	2,6	3,4
37	other operations on heart and pericardium	4282	213236	2	2,6

Grafiek 14. Top 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), klassieke hospitalisatie, 2008-2010.

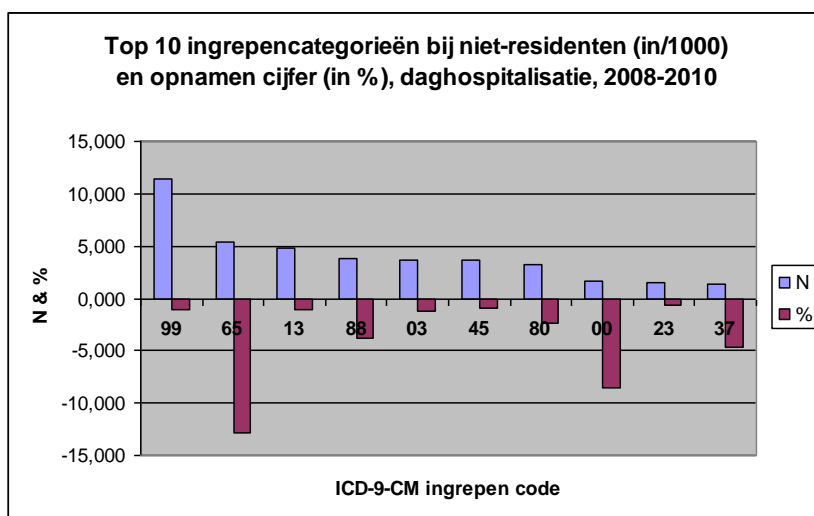


De categorieën van procedures die gebruikt werden om deze lijst op te stellen van de 10 belangrijkste ingrepen bij niet-inwoners die in klassieke hospitalisatie hebben verbleven in België, werden rechtstreeks overgenomen uit internationale classificatie ICD-9-CM, aan de hand van een selectie gebaseerd op de codes bestaande uit twee cijfers. Bij de selectie werden overlappings 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 grafiek 14 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief.

Tabel 10. Top 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), daghospitaal, 2008-2010.

code procedure ICD-9-CM	procedures	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	admission % of Nr (1) / (2)x100	procedure share of total Nr adm. (%)
99	other non operative procedures	11345	1066032	1,1	18,2
65	operations on ovary	5433	42375	12,8	8,7
13	operations on the lens	4754	423085	1,1	7,6
88	other diagnostic radiology and related techniques	3838	101841	3,8	6,2
03	Operations on spinal cord and spinal canal structures	3676	296539	1,2	5,9
45	incision, excision and anastomosis of intestine	3654	426036	0,9	5,9
80	incision and excision of joint structures	3236	140242	2,3	5,2
00	procedures and interventions, not elsewhere classified	1664	19369	8,6	2,7
23	removal and restoration of teeth	1533	243893	0,6	2,5
37	other operations on heart and pericardium	1396	29910	4,7	2,2

Grafiek 15. Top 10 meest voorkomende procedures (ICD-9-CM, 2 cijfers), niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), daghospitaal, 2008-2010.



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 daghospitaal (*day-cases*). We stellen hier de aanwezigheid vast van ingrepen op de ovaria, de ooglens, de gewrichten, het ruggenmerg, het hart en het pericard alsook tandheelkundige ingrepen.

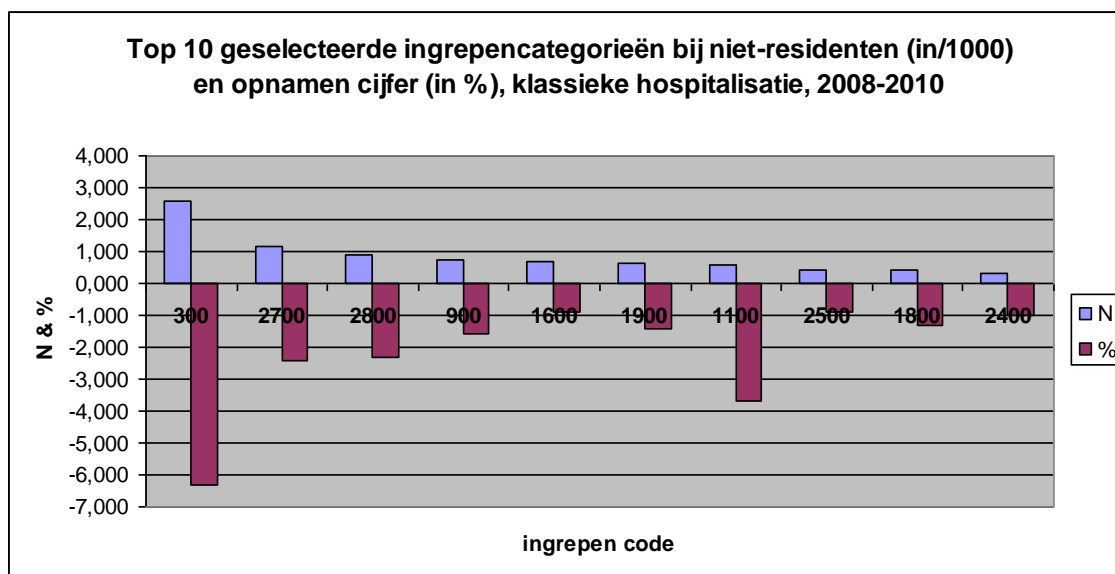
De brutocijfers zijn in grafiek 15 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief.

Tabel 11. Top 10 meest voorkomende procedures, niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), klassieke hospitalisatie 2008-2010.

HDP* code	procedures	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	HDP2 procedure share of total Nr adm. (%)
300	Discectomy	2605	41296	6,3
2700	Hip replacement	1136	46542	2,4
2800	Total knee replacement	880	38114	2,3
900	Diagnostic bronchoscopy with or without biopsy	719	45984	1,6
1600	Colonoscopy with or without biopsy	700	81985	0,9
1900	Cholecystectomy	611	44084	1,4
1100	CABG	576	15380	3,7
2500	Caesarean section	437	49638	0,9
1800	Appendectomy	408	31794	1,3
2400	Hysterectomy	300	29581	1

* HDP : Hospital Data Project

Grafiek 16. Top 10 meest voorkomende procedures, niet-inwoners, klassieke hospitalisatie 2008-2010.



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.

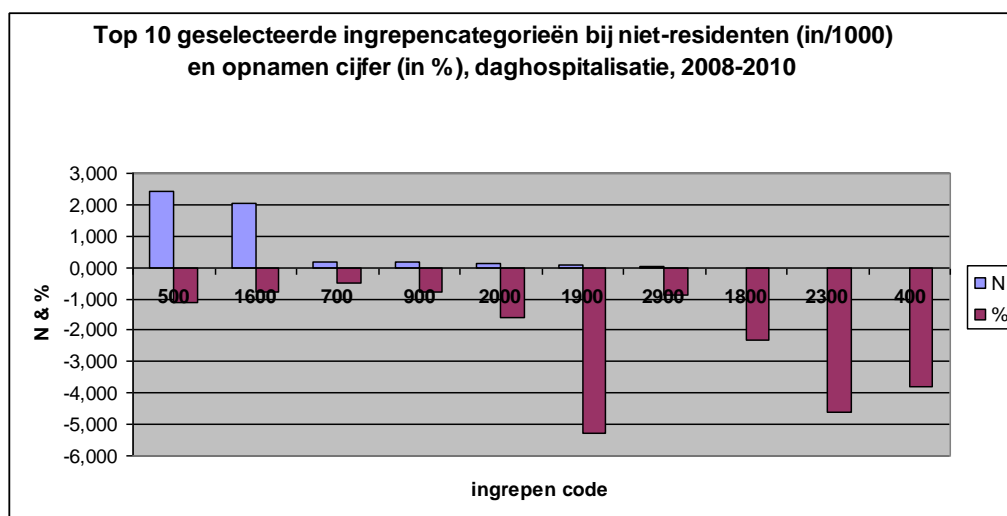
De brutocijfers zijn in grafiek 16 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief.

Tabel 12. Top 10 meest voorkomende procedures, niet-inwoners en totaal (inwoners + niet-inwoners), daghospitalisatie 2008-2010.

HDP* code	(1) non-residents (Nr)	(2) total (residents & non-residents)	(2) total (residents & non-residents)	HDP2 procedure share of total Nr adm. (%)
500	Cataract surgery	2405	212637	1,1
1600	Colonoscopy with or without biopsy	2020	245161	0,8
700	Tonsillectomy	181	33755	0,5
900	Diagnostic bronchoscopy with or without biopsy	171	20572	0,8
2000	Repair of inguinal hernia	138	8780	1,6
1900	Cholecystectomy	62	1180	5,3
2900	Partial excision of mammary gland	55	6234	0,9
1800	Appendectomy	5	213	2,3
2300	Transurethral prostatectomy	3	65	4,6
400	Thyroidectomy	3	78	3,8

* HDP : Hospital Data Project

Grafiek 17. Top 10 meest voorkomende procedures, niet-inwoners, daghospitalisatie 2008-2010.



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 grafiek 17 weergegeven in aantal per duizend, en de percentages zijn weergegeven in negatief.

3. Werkzaamheden

3.1 Algemeen

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit is reeds vier maal bijeengekomen (14 september 2011, 14 februari 2012, 26 september 2012 en 27 maart 2013) en een vijfde bijeenkomst is voorzien op 25 september 2013. Binnen het Observatorium is overeengekomen om in principe tweemaal per jaar bijeen te komen.

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 die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dat behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, over de behandeling die zij ontvangen, en over hun land van herkomst⁹.

Er dient evenwel opgemerkt te worden dat het Observatorium weliswaar tot opdracht heeft gegevens te verzamelen van buitenlandse patiënten die doelbewust naar België reizen met het doel zich in een Belgisch ziekenhuis te laten behandelen, maar niet tot opdracht heeft zelf nieuwe systemen van gegevensregistratie op te zetten. In het kader van deze opdracht 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 acht.

Bij het in kaart brengen van de gegevens van buitenlandse patiënten die zich in Belgische ziekenhuizen laten behandelen, werd vastgesteld dat voor bepaalde categorieën van buitenlandse patiënten sommige gegevens momenteel niet beschikbaar zijn (zoals ook bevestigd door een studie van het KCE, nl. rapport 169A, zie bijlage 4).

Omdat 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, werd door het Observatorium een nieuwe indeling van de diverse categorieën van patiënten binnen de Belgische ziekenhuizen goedgekeurd. Dit moet toelaten om meer duidelijkheid te verschaffen over de wijze waarop de verschillende types van patiënten gerelateerd kunnen worden aan de diverse modaliteiten van financiering (zie rubriek 3.2).

Zoals u kan lezen in rubriek 3.3, werd de bestaande MZG-registratie uitgebreid om de gegevens met betrekking tot de instroom van buitenlandse patiënten te vatten die men voor het Observatorium nodig heeft.

De regelgeving werd aangepast met het oog op het meedelen van de facturatiebedragen zowel wat betreft de verpleegdagen, de geneesmiddelen als de geneeskundig verstrekkingen. De wetgevende procedure tot uitbreiding van het koninklijk besluit van 27 april 2007 is afgerond: 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, werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 2 april 2013.

De ziekenhuizen werden via verschillende omzendbrieven reeds geïnformeerd dat in het kader van de gegevensregistratie 2012 een aantal wijzigingen en verfijningen dienen doorgevoerd te worden met betrekking tot de registratie van het type patiënt en zijn verzekeringsstatus binnen de MZG enerzijds en

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

binnen Finhosta anderzijds (zie rubriek 3.4).

In het kader van de opdracht betreffende het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars¹⁰ loopt momenteel een analyse van de zorgcontracten die Belgische ziekenhuizen met buitenlandse zorgverzekeraars hebben afgesloten (zie rubriek 3.5).

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 verzekeringsinstelling¹¹, is binnen het Observatorium een werkgroep "Registratie wachttijden" opgericht die dient na te gaan of het mogelijk is om, op basis van de beschikbare gegevens, een systeem uit te werken voor de registratie van wachttijden (zie rubriek 3.6).

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*¹² (hierna: Richtlijn 2011/24/EU) in de nationale, Belgische reglementering.

Op dit moment heeft het Observatorium nog geen of weinig aandacht besteed aan haar andere opdrachten omdat voor eventuele beleidsaanbevelingen ter zake de beschikbare informatie op dit moment nog niet voldoende is. Deze informatie zou beschikbaar moeten worden naar aanleiding van de maatregelen en werkzaamheden die het Observatorium in het kader van de andere, hierboven vermelde opdrachten onderneemt.

3.2 *Indeling in categorieën van patiënten volgens het financieringssysteem*

Patiënten die doelbewust naar België komen om zich hier te laten verzorgen, kunnen in vier grote categorieën ingedeeld worden: nl. patiënten die zich laten verzorgen in het kader van

- (i) de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels¹³ (hierna: Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009) of de zogenaamde *Verordeningsmethode* (= "alsof men verzekerd was in het land van verstrekking"),
- (ii) bilaterale of multilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid, of bilaterale of multilaterale samenwerkingsovereenkomsten betreffende de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg (bijv. IZOM¹⁴, ZOAST-overeenkomsten¹⁵, ...),

¹⁰ Artikel 4, §2, 3°, van de wet van 4 juni 2007.

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

¹² Publicatieblad van de Europese Unie L 88 van 4 april 2011.

¹³ Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (Publicatieblad van de Europese Unie L 166 van 30 april 2004), en Verordening (EG) nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (Publicatieblad van de Europese Unie L 284 van 30 oktober 2009). Een verwijzing naar de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 dient eveneens gelezen worden als een verwijzing naar respectievelijk Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, en Verordening (EEG) nr. 574/72 van de Raad van 21 maart 1972 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, voor de situaties waarin deze beide verordeningen nog van toepassing blijven.

¹⁴ Samenwerkingsakkoord inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg in het kader van de uitwerking van het project Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn, zie Omzendbrief VI 2012/253 van 4 juli 2012 het RIZIV.

¹⁵ Zie rubriek 3.5.3.2.

- (iii) grensoverschrijdende gecontracteerde zorg,
- (iv) individueel (privé-)initiatief.

De gegevens dienen aangevuld te worden met gegevens van buitenlandse patiënten, waarvan sommige gegevens momenteel niet altijd beschikbaar zijn, opdat het Observatorium zijn opdrachten ten volle zou kunnen uitoefenen, enerzijds, en het tot stand brengen van een zo groot mogelijke transparantie van de instroom van buitenlandse patiënten, anderzijds.

Daarom is het van belang om een nieuwe indeling van de verschillende categorieën van patiënten binnen de Belgische ziekenhuizen uit te werken, om op deze manier meer duidelijkheid te verschaffen hoe deze verschillende categorieën van patiënten gerelateerd worden aan de diverse modaliteiten van financiering, zijnde :

1. ofwel via de toekenning van een budget van financiële middelen per ziekenhuis, volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, overeenkomstig **artikel 115** van de Ziekenhuiswet, waarbij het vaste gedeelte van het budget van financiële middelen (voor alle onderdelen voor 100% met uitzondering van de onderdelen B1 en B2 voor 80%) vereffend wordt via twaalfden en voor het variabel deel (20% van de onderdelen B1 en B2) een bedrag per opname/ligdag ZIV wordt vastgesteld.
2. ofwel via een prijs per parameter van activiteit op basis van het budget van financiële middelen (waarbij het budget gedeeld wordt door een aantal referentiedagen en dus een **prijs per dag** wordt vastgesteld) overeenkomstig **artikel 116 §1** van de Ziekenhuiswet¹⁶;
3. ofwel via een **minimale prijs per** parameter van activiteit, op basis van het budget van financiële middelen overeenkomstig **artikel 116 §2** van de Ziekenhuiswet (gewijzigd door de wet van 4 juni 2007 ter bevordering van de patiëntenmobiliteit)¹⁷;

Hierna volgt een indeling in categorieën van patiënten volgens het financieringssysteem, waaronder ze vallen:

1. Vallend onder de toepassing van de financieringswijze 1 (art. 115 van de Ziekenhuiswet)

A De ZIV-patiënten:

de patiënten die zijn aangesloten bij één van de (7) verzekeringsinstellingen, bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

én de hiermee gelijkgestelden, namelijk de in het buitenland verzekerde patiënten die

- op grond van een Verordening van de Europese Unie (waaronder Verordening (EG) 883/2004 of Verordening (EEG) 1408/71),

¹⁶ Art.116. §1, van de Ziekenhuiswet luidt als volgt : “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.”

¹⁷ Art. 116, §2, van de Ziekenhuiswet luidt als volgt : 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 in Ministerraad overlegd besluit, 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.”

- of in het kader van bilaterale of multilaterale samenwerkingsovereenkomsten i.v.m. de grensoverschrijdende gezondheidszorg (IZOM, ZOAST-overeenkomsten, ...) gebaseerd op de bepalingen van de Europese verordeningen,
- dan wel op grond van een overeenkomst inzake de sociale zekerheid (zoals bijvoorbeeld de door België met derde landen afgesloten overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid), tijdens een opname in een Belgisch ziekenhuis recht hebben op geneeskundige zorg overeenkomstig de regels die gelden krachtens de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste van het land waar ze ziektekostenverzekerd zijn.

Voorbeelden:

- een verzekerde van de Italiaanse wetgeving, met de Russische nationaliteit, ondergaat een geplande medische behandeling in een Brussels ziekenhuis (document S2),
- een Zwitsers verzekerde ondergaat een geplande medische behandeling in een Luiks ziekenhuis (document S2),
- een Frans verzekerde ondergaat een behandeling in een Belgisch ziekenhuis in het Belgisch-Franse grensgebied op basis van een E.112 MRTW (= in het kader van een ZOAST-overeenkomst),
- toeristen die ziektekostenverzekerd zijn in een van de 31 landen waar de Verordening (EG) 883/2004, dan wel Verordening (EEG) 1408/71, van toepassing is en in België geneeskundige zorg inroept op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart,
- toeristen die ziektekostenverzekerd zijn in een van de landen waarmee België een bilaterale overeenkomst heeft afgesloten die de toegang tot geneeskundige zorg gedurende een tijdelijk verblijf voorziet (formulieren TB.8, Tun.B.11, HR-BE.111, RM-BE.111, ...),
- werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, ... alsook hun gezinsleden die in België wonen en hier geneeskundige zorg genieten op basis van een document S1, formulier E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, ...

voor rekening van het land dat het formulier heeft uitgereikt.

Merk op :

- Het betreft hier enkel de klassieke hospitalisatie, met uitzondering dus van de ambulante zorgverlening;
- Het betreft buitenlandse verzekerden die of tijdelijk in België verblijven (bijv. toeristen, gedetacheerde werknemers, studenten, verzekerden met een voorafgaande toestemming, ...) of in België wonen en in ons land recht hebben op geneeskundige zorg ten laste van een ander land.

A' De bij één van de 7 VIs aangesloten Belgische patiënten die geneeskundige zorg genieten ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen, het Fonds voor Beroepsziekten, situaties van gemeen recht en ingevolge een medische fout en het Speciaal Onderstandsfonds (regularisatie achteraf via het systeem van de subrogaties).

2. Vallend onder de toepassing van de financieringswijze 2 (art. 116, §1, van de Ziekenhuiswet):

B Niet-ZIV-patiënten "artikel 110" : de Belgische niet-ZIV patiënten, waarbij de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming hetzij van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid, hetzij van de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden, hetzij van het Nationaal instituut van de Oorlogsinvaliden, Oudstrijders en Oorlogsslachtoffers en hetzij van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (zoals gedefinieerd in artikel 110 van de ziekenhuiswet)

B' De bij één van deze 4 instellingen aangesloten Belgische patiënten die geneeskundige zorg genieten ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen, het Fonds voor Beroepsziekten en het Speciaal Onderstandsfonds (regularisatie achteraf via het systeem van de subrogaties).

3. Vallend onder de toepassing van de financieringswijze 3 (art. 116§2, van de Ziekenhuiswet):

C1 De Europese niet-ZIV-patiënten, die niet behoren tot de gelijkgestelden onder categorie A (= patiënten die geen recht hebben op geneeskundige zorg op grond van een document E.1XX of document S of SED uitgereikt door het land waar ze ziektekostenverzekerd zijn) en die in een Belgisch ziekenhuis worden opgenomen en geneeskundige zorg genieten krachtens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (op basis van het principe van het vrij verkeer van goederen, diensten en personen). Deze geneeskundige zorg kan verleend worden:

- in het kader van zorgcontracten afgesloten met buitenlandse zorgverzekeraars (bv. Nederlandse patiënten, die in België gehospitaliseerd worden in het kader van een zorgcontract dat door hun zorgverzekeraar met een Belgisch ziekenhuis werd gesloten).
Teneinde hierin transparantie te verkrijgen, wordt in artikel 92/1 van de Ziekenhuiswet voorzien dat de beheerder van het ziekenhuis alle overeenkomsten inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit die het ziekenhuis afsluit, dient mee te delen.
- patiënten die doelbewust naar België komen om zich hier te laten verzorgen en dit in het kader van een individueel (privé-)initiatief (de zgn. "Kohl & Decker"-gevallen).

Merk op:

De patiënten die in de toekomst in een Belgisch ziekenhuis worden opgenomen voor een behandeling op grond van de bepalingen van de Richtlijn 2011/24/EU zullen tot categorie C1 behoren.

C2 Personen met de nationaliteit van een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte en die krachtens het statuut van een instelling van internationaal of Europees recht ziektekostenverzekerd zijn (bijv. de ambtenaren aangesloten bij het GSZV of het gemeenschappelijk stelsel voor ziekte- en ongevallenverzekering van de Europese ambtenaren, of ook NAVO-ambtenaren).

⇒ *Deze categorieën C1 en C2 vallen onder het toepassingsgebied van art. 116, §2, van de Ziekenhuiswet, doch in feite kan geen andere prijs gefactureerd worden dan deze die overeenkomt met de onder art. 116, §1, van de Ziekenhuiswet bepaalde prijs (per dag), en er mogen geen andere prijzen worden aangerekend.*

C3 De niet-Europese patiënten, die niet vallen onder internationale (bilaterale) overeenkomsten en zich in het kader van een zorgcontract dan wel van een individueel (privé-)initiatief in een Belgisch ziekenhuis laten verzorgen.

⇒ *Deze categorie valt onder het toepassingsgebied van art. 116, §2, van de Ziekenhuiswet, waarvoor nog een (in bij Ministerraad overlegd) besluit dient te worden genomen ter bepaling van de minimale prijs per parameter van activiteiten.*

⇒ *Enkel voor deze categorie zou nog een "nieuw financieringssysteem" dienen ontwikkeld te worden!*

Voorbeelden:

- de “Arabische sjeik/Russische miljonair” die zich in een Belgisch ziekenhuis laat verzorgen ;
- contracten die Belgische ziekenhuizen afsluiten met zorgverzekeraars van derde landen voor de behandeling van de klanten van die zorgverzekeraars.

4. De andere patiënten

D1 De niet-sociaal verzekerden

3.3 MZGbis

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

Onderstaande zaken werden uitvoering onderzocht, aangepast en uitgerold tijdens werkjaar 2012:

3.3.1 De aanpassing van de verzekerbaarheidscode van de patiënt in de MZG

In nauwe samenwerking met de collega's van de Dienst Boekhouding (DG Gezondheidszorg FOD VVVL) werkte de Dienst Data Management (DG Gezondheidszorg FOD VVVL) aan de aanpassing van de bestaande codes betreffende het verzekeringsstatuut van de patiënt. De onderverdeling dewelke van toepassing was tot en met MZG 2011 bleek niet te voldoen én aangezien het RIZIV niet beschikt over de facturatiegegevens van de niet-ZIV verzekerde patiënten heeft het Observatorium beslist deze gegevens via de MZG te bevragen.

Tabel 13. Toegelaten waarden voor A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, tot en met MZG2011.

CODE	OMSCHRIJVING
A	Niet verzekerden (ook OCMW)
B	Patiënten aangesloten bij Belgische mutualiteit (ook Oorlogsinvaliden, Hulpkas zeevarenden, Arbeidsongevallen, etc)
C	Internationale verdragen (Europeseziekteverzekerskaart)
D	Specifieke akkoorden
0 (nul)	Onbekend: Voorlopige waarde, enkel te gebruiken voor A2_HOSPTYPE_FAC = N

Tabel 14. Toegelaten waarden voor A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, vanaf MZG2012.

NIEUWE CODE	OMSCHRIJVING	CATEGORIE VAN PATIËNTEN
001	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	A (ZIV-patiënten en de gelijkgestelden) of A'
002	Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	
003	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	
004	Landsbond van Liberale Mutualiteiten	
005	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	
006	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	
009	Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS	

NIEUWE CODE	OMSCHRIJVING	CATEGORIE VAN PATIËNTEN
200	Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden, Oud-strijders en Oorlogsslachtoffers	B (niet ZIV-patiënten art. 110) of B'
210	Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden	
220	Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid	
230	O.C.M.W.	
300	Zorgcontracten van niet-Belgen	C1a
310	Privé-initiatief van niet-Belgen	C1b
320	Aangeslotenen bij een instelling van internationaal of Europees recht	C2
330	Niet-Europese patiënten die niet vallen onder internationale overeenkomsten	C3
400	Niet-verzekerden	D1
500	Andere	
000	Onbekend: voorlopige waarde, enkel voor A2_HOSPTYPE_FAC = N	

3.3.2 Aanpassing van de regelgeving

De regelgeving diende te worden aangepast met het oog op het meedelen van de facturatiebedragen zowel wat betreft de verpleegdagen, de geneesmiddelen als de geneeskundig verstrekkingen.

In goede samenwerking tussen de Dienst Data Management en de Juridische Dienst (DG Gezondheidszorg FOD VVVL) werden alle noodzakelijke stappen ondernomen om het *“koninklijk besluit 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”* te publiceren. De eerste ontwerp tekst werd opgemaakt medio juli 2012 en de uiteindelijke publicatie in het Belgisch Staatsblad dateert van 2 april 2013 (inwerkingtreding op 1 april 2013)¹⁸.

3.3.3 Technische aanpassingen MZG

Naast de aanpassing van voornoemd koninklijk besluit van 27 april 2007 diende de lay-out van de MZG eveneens aangepast te worden en dit met het oog op het meedelen van de facturatiebedragen zowel voor wat betreft de verpleegdagen, de geneesmiddelen als de geneeskundige verstrekkingen. Het gaat enkel over de buitenlandse patiënten die geen recht hebben op tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ten laste van hun buitenlandse zorgverzekeraar), nl. voor wie de code van verzekeraarbaarheid in MZG gelijk is aan 300 (zorgcontracten), 310 (privé initiatief), 320 (aangeslotenen bij een Instelling van Internationaal of Europees Recht) en 330 (niet-Europese patiënten die niet onder een internationale overeenkomsten vallen).

Er werd nauw samengewerkt met de collega's van de ICT-Dienst van de FOD VVVL om:

- te brainstormen omtrent de nieuwe lay-out,
- de meta-data aan te passen,
- de technische controles te ontwikkelen en te testen
- ...

¹⁸ 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, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=2013-04-02&numac=2013024082

Na een grondige analyse besliste de Dienst Data Management om een zesde domein toe te voegen aan de MZG, met als titel "Facturatiegegevens". Binnen dit zesde domein werden 3 bestanden gecreëerd zijnde de bestanden PROCRI30 (gegevens over de verpleegdagen), PROCRI40 (gegevens over de farmaceutische producten) en PROCRI50 (gegevens over de verstrekkingen).

Er werd door de Dienst Data Management een voorstel uitgewerkt dewelke werd getoetst bij het RIZIV alsook werd voorgelegd aan twee test-ziekenhuizen.

De Dienst Data Management is erin geslaagd om reeds vanaf MZG 2012 de mogelijkheid aan te bieden hun data aan te leveren voor wat betreft het nieuwe, zesde, domein met de drie bestanden. De technische ontwikkelingen werden afgerond zodat de instellingen, weliswaar op vrijwillige basis, gegevens met betrekking tot dit nieuwe domein kunnen aanleveren met hun MZG 2012. Het valt te benadrukken dat dit echter niet verplicht is aangezien het koninklijk besluit maar in werking treedt vanaf 1 april 2013 (zie rubriek 3.3.2).

3.3.4 *Communicatie naar de sector*

Volgende communicaties werden door de Dienst Data Management overgemaakt aan de sector:

- (i) rondzendbrief van 18 november 2011 met als titel "Aanpassing van de verzekeraarcode van de patiënt in de MZG voor de gegevensregistratie vanaf MZG 2012" ;
- (ii) rondzendbrief van 12 februari 2012 met als titel "Facturatiegegevens voor de niet-ZIV- patiënten van categorie C binnen de MZG: lay-out van de bijkomende bestanden" ;
- (iii) rondzendbrief van 6 juni 2012 met als titel "Facturatiegegevens voor de niet-ZIV- patiënten van categorie C binnen de MZG".

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

<http://www.gezondheid.belgie.be> → Gezondheidszorg → Zorginstellingen → Registratiesystemen → MZG → Richtlijnen MZG → Rondzendbrieven

3.4 *FINHOSTA*

Naar aanleiding van de goedkeuring van de wet van 4 juni 2007 was het eveneens noodzakelijk om de nieuwe onderverdeling van categorieën van patiënten te weerspiegelen in Finhosta.

De omzendbrief van 9 december 2011 had tot doel de specifieke technische gevolgen van de hieruit vloeiende maatregelen voor de gegevensregistratie in Finhosta voor te stellen. Het gevolg van deze beslissingen heeft betrekking op de tabellen 4 en 8 in Finhosta.

3.4.1 *Technische aanpassingen Finhosta*

De kolommen *codes* en *verzekeringstatuut van de patiënt* zijn vanaf 1 januari 2012 in Finhosta van toepassing in de plaats van de code *verzekeringstelling* voorheen.

De kolom *patiënt* is alleen maar bestemd om de inhoud van de verschillende codes uit te leggen en is het onderwerp van een uitvoerige uitleg in de trimestriële gepubliceerde brochure Finhosta op de website van de FOD Volksgezondheid.

Rekening houdend met de nieuwe opmaak, is het item *type patiënt* niet meer van toepassing en werd dit vervangen door een leegte overeenkomstig de opmaak toepasselijk voor de verzending van deze gegevensinzameling via het portaal van de FOD Volksgezondheid : Portahealth.

3.4.2 *Communicatie naar de sector*

Volgende communicaties werden door de Dienst Boekhouding (DG Gezondheidszorg FOD VVVL) overgemaakt aan de sector:

- (i) Omzendbrief van 09 december 2011 met als titel “Aanpassing van de verzekeraarcode van de patiënt en de lijst van de verzekeringsinstellingen in Finhosta voor de gegevensregistratie vanaf FINHOSTA 2012: specifieke en technische aspecten.”
- (ii) Brochure Finhosta inzameling gegevens versie 4.0: bijgewerkt en aangepast “Maart 2012” volgens de omzendbrief van 09 december 2011.

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

<http://www.gezondheid.belgie.be> → Gezondheidszorg → Zorginstellingen → Registratiesystemen → Finhosta (Financiële statistieken) → Omzendingen

3.5 *Zorgcontracten*

3.5.1 *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.¹⁹ 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 contracten die Belgische ziekenhuizen afsluiten met bepaalde buitenlandse actoren in de gezondheidszorg met het oog op opname 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.²⁰ De nieuwe bepaling trad in werking op 12 juni 2010.

De zorgcontracten die Belgische ziekenhuizen afgesloten hebben met buitenlandse partners werden voor de eerste maal opgevraagd per omzendbrief van 9 augustus 2011. Een rappel werd verstuurd naar die ziekenhuizen die nog niet geantwoord hadden op 16 januari 2012.

Binnen het Observatorium werd afgesproken dat het secretariaat een eerste analyse van deze zorgcontracten zouden uitvoeren om na te gaan wat er uit deze contracten kon geleerd worden. Hierna vindt u eerst een uitleg over de gehanteerde methodologie bij de analyse van de contracten. Daarna krijgt u een overzicht van

¹⁹ Punten 1° en 3° van artikel 4, §2, van de wet van 4 juni 2007.

²⁰ 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).

de resultaten van de analyse, zoals deze gepresenteerd werden op de vergaderingen van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit op 14 februari 2012 en 26 september 2012. Tot slot proberen we enkele conclusies te trekken en vooruit te blikken op mogelijke verdere acties van het Observatorium met betrekking tot dit punt.

3.5.2 Methodologie van de analyse

De zorgcontracten werden geanalyseerd met behulp van een modelfiche, die een aantal standaardvragen bevat, teneinde de analyse te stroomlijnen en de resultaten van de analyse op een gestructureerde wijze te kunnen samenvatten.

De standaardvragen van de modelfiche hebben tot doel na te gaan of bepaalde afspraken in de zorgcontracten zijn opgenomen. De afspraken waarvan wordt nagegaan of die in de zorgcontracten zijn opgenomen :

- (i) zijn gebaseerd op het *Raamakkoord inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit tussen België en Engeland* van 3 februari 2003 dat een inspiratiebron is geweest voor de *Richt snoeren 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 en die een aantal sleutelaspecten behandelen waarmee rekening dient gehouden te worden bij het opstellen en of aanpassen van (grensoverschrijdende) zorgcontracten ,
- (ii) houden rekening met de verplichtingen voor de lidstaat van behandeling die voortvloeien uit de Richtlijn 2011/24/EU (bijv. informatie aan patiënten, beroepsaansprakelijkheidsverzekering, rechtsmiddelen bij schade als gevolg van de ontvangen geneeskundige zorg, prijszetting, ...),
- (iii) en van belang kunnen zijn in het licht van de taken en doelstellingen van het Observatorium.

Met behulp van de modelfiche wordt meerbepaald nagegaan of in de zorgcontracten volgende gegevens zijn opgenomen:

- inlichtingen betreffende de contracterende partijen en de datum van ondertekening;
- algemene inlichtingen betreffende:
 - het toepasselijke recht en de bevoegde rechter bij eventuele rechtskwesties;
 - het feit dat de gezondheidszorg wordt verleend volgens het wettelijk kader van het Belgische gezondheidssysteem, alsook de prijzen die voor de (geneeskundige) zorg wordt aangerekend (met het doel vast te stellen of het beginsel van de gelijke behandeling van de buitenlandse en Belgische patiënten wordt nageleefd);
 - de kwaliteit van de geneeskundige zorg;
 - de rechtsmiddelen in geval van een eventuele medische fout, aansprakelijkheidsverzekering of een andere gelijkwaardige verzekering tegen medische nalatigheid;
 - dat er enkel gebruik kan gemaakt worden van de beschikbare overcapaciteit zodat de toegankelijkheid van de Belgische patiënten niet in het gevaar komt (“vrijwaringsclausule”);
 - de uitwisseling van medische gegevens;
- specifieke inlichtingen betreffende
 - de aard van de geneeskundige zorg die in het kader van het contract wordt verleend;
 - (een indicatie van) het aantal patiënten;
 - de looptijd, de vernieuwing/stopzetting van contract;
 - informatie aan en communicatie met de patiënt;
 - de (eventuele) nabehandeling (bijv. afspraken rond verzorgingstrajecten);
 - de facturatie.
- diverse bepalingen.

3.5.3 Resultaten van de analyse

3.5.3.1 Zorgcontracten

Na de twee bevestigingen per omzendbrief bleken er 29 ziekenhuizen te beschikken over contracten met buitenlandse actoren die actief zijn op het vlak van gezondheidszorg. In totaal zijn er 83 contracten aan de FOD VVVL meegedeeld. De zogenaamde ZOAST-overeenkomsten werden hierbij niet meegeteld aangezien deze apart werden geanalyseerd (zie rubriek 3.5.3.2).

Tabel 15. Regionale verdeling van de ontvangen contracten

	Aantal ziekenhuizen	Aantal contracten
Vlaanderen	19	54
Brussel	5	17
Wallonië	5	12

Een eerste element dat onderzocht werd, was het eigenlijke onderwerp van de contracten. Alle ontvangen contracten hebben uiteraard te maken met gezondheidszorg, maar niet elk contract heeft de mobiliteit van patiënten voor ogen.

De contracten die wel over patiëntenmobiliteit handelen, kunnen nogmaals in twee categorieën verdeeld worden: een algemene categorie met contracten betreffende de opname van een bepaalde groep van buitenlandse patiënten en een categorie van contracten die de opname van patiënten betreft binnen een specifiek specialisme.

Daarnaast blijken ziekenhuizen ook contracten af te sluiten met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg over artsenmobiliteit, over een automatische derdebetalersregeling voor een omschreven groep van patiënten, over opleiding, over samenwerking op het vlak van kwaliteit van zorg,...

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal contracten per onderwerp. Een contract kan echter meer dan één onderwerp hebben, dus het totaal in deze tabel ligt hoger dan het totaal van het aantal ontvangen contracten.

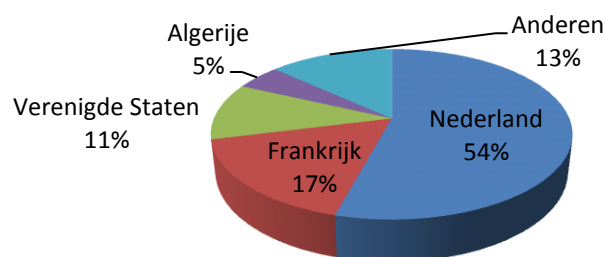
Tabel 16. Onderwerpen van de contracten

Patiëntenmobiliteit	72
Algemeen	55
Specifiek specialisme	17
Derdebetalersregeling	17
Artsenmobiliteit	11
Varia	10

Het is ook interessant om eens te kijken naar de herkomst van de contractspartijen waarmee Belgische ziekenhuizen contracten afsluiten. De overgrote meerderheid van de contracten worden afgesloten met partijen binnen de Europese Unie (69 contracten). De contracten met niet-Europese partners (14 contracten) worden vooral afgesloten met Amerikaanse of Afrikaanse actoren.

De volgende grafiek geeft aan welke de meest voorkomende nationaliteiten zijn van de partijen waarmee contracten worden afgesloten door Belgische ziekenhuizen.

Grafiek 18. Nationaliteiten van de contractspartijen



Iets meer dan de helft van de overeenkomsten werd afgesloten met Nederlandse contractspartijen. Frankrijk volgt op een tweede plaats met 17% van de afgesloten contracten. Men moet echter rekening houden met het feit dat de ZOAST-overeenkomsten niet meegeteld werden bij deze oefening wat een kleiner gewicht voor Frankrijk met zich meebrengt.

Naast de nationaliteit van de contractspartijen werd ook de hoedanigheid van deze partijen nagegaan. Ongeveer de helft van de contracten (54 contracten) werden afgesloten met publieke of private ziekteverzekeringsinstanties. Binnen deze groep vormden contracten met Nederlandse zorgverzekeraars dan weer de meerderheid.

De overige contracten werden gesloten met heel uiteenlopende partners: buitenlandse ziekenhuizen, private aanvullende verzekeraars, zorgbemiddelaars,...

Wat vooral opviel bij de analyse, zijn de regionale verschillen. De ziekenhuizen op Vlaams grondgebied hebben vooral contracten afgesloten met Nederlandse Zorgverzekeraars (77% van de contracten). Daarenboven werden 83 % van de contracten afgesloten met Nederlandse partners. In het Waalse landsgedeelte sluiten de ziekenhuizen hoofdzakelijk overeenkomsten af met Franse ziekenhuizen (92% van de contracten). In sommige gevallen vormt een Franse publieke zorgverzekeringskas of een regionale zorgautoriteit evenwel een derde contractspartij. In tegenstelling tot de twee andere regio's sluiten de Brusselse ziekenhuizen in hoofdzaak contracten af met internationale partners. De Verenigde Staten is daarbij de meest geprefereerde partner met 41% van de contracten. Algerije volgt op de tweede plaats met 24%. 65% van de contracten werden beklonken met private verzekeringsinstellingen.

In tabel 17 wordt een overzicht gegeven van de analyse van de zorgcontracten op basis van de methodologie die in rubriek 3.5.2 toegelicht werd. In de tabel wordt telkens aangegeven hoeveel percent van de geanalyseerde contracten een specifiek element uit de checklist bevatten. De twee laatste rijen van de tabel geven het totaal aan zowel uitgedrukt in absolute cijfers als in een percentage. De contracten werden ook onderverdeeld per type contractspartij om de inhoudelijke verschillen en de mate van detail tussen bepaalde soorten contracten te visualiseren.

Tabel 17. Resultaten analyse zorgcontracten in %

Hoedanigheid contractant	Aantal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Zorgverzekeraar	44	70	20	64	75	2	0	100	100	0	100	23	80	100
Andere ziekteverzekeraars	9	33	11	11	11	11	56	100	89	11	89	22	11	89
Buitenlands ziekenhuis	13	8	0	15	54	8	23	38	92	0	92	8	8	77
Private verzekeraar	13	92	0	8	31	0	15	77	0	0	100	0	0	100
Zorgbemiddelaar	4	75	25	25	25	0	25	75	25	0	50	0	25	100
Totaal	83	49	11	33	46	3	11	71	65	1	79	13	38	79
Totaal in %	100	59	13	40	55	4	13	86	78	1	95	16	46	95

Legende tabel 17.

1. *Bepaling dat toepasselijk recht voor het contract vastlegt*
2. *Bepaling dat gezondheidszorg volgens Belgische wetgeving wordt verleend*
3. *Bepaling betreffende de kwaliteit van de geneeskundige zorg*
4. *Bepaling betreffende medische fouten en aansprakelijkheid*
5. *Vrijwaringsclausule ingeval van capaciteitsproblemen*
6. *Bepaling betreffende de uitwisseling van medische gegevens*
7. *Bepaling betreffende de prijs van de zorg*
8. *Bepaling betreffende de aard van de geneeskundige zorg*
9. *Bepaling betreffende het aantal patiënten*
10. *Bepaling betreffende de looptijd en vernieuwing/stopzetting van het contract*
11. *Bepaling betreffende informatie aan en communicatie met de patiënt*
12. *Bepaling betreffende de nabehandeling*
13. *Bepaling betreffende de financiële afrekening en facturatie*

Men merkt onmiddellijk op dat de meeste contracten bepalingen bevatten inzake facturatie en inzake vernieuwing en beëindiging van het contract. Daarnaast zeggen de meeste contracten ook iets over de prijs van de zorg en over het 'type' zorg dat door het contract wordt geïsoleerd.

Daarentegen regelt nagenoeg geen enkel onderzocht contract het aantal patiënten of bevat het een clausule die de uitwerking van het contract stopzet bij capaciteitsproblemen. Ook de regelgeving die van toepassing is op de verstrekte gezondheidszorg, de uitwisseling van medische gegevens en de informatie en communicatie ten opzichte van de patiënt zijn onderwerpen die heel weinig aan bod kwamen in de onderzochte overeenkomsten.

3.5.3.2 ZOAST-overeenkomsten

De grensoverschrijdende samenwerking inzake geneeskundige verzorging tussen België en Frankrijk wordt sinds een tiental jaren geleidelijk opgebouwd, in het bijzonder dankzij de Interreg projecten, en is thans verankerd in het *Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg* van 30 september 2005 (hierna: Raamakkoord tussen België en Frankrijk)²¹.

De grensoverschrijdende samenwerking tussen België en Frankrijk wordt gerealiseerd via een aantal projecten en overeenkomsten. Die overeenkomsten hebben meestal betrekking op ziekenhuizen die samenwerkingsprojecten opstarten op basis van complementariteit om een antwoord te bieden aan de specifieke behoeften van de bevolking uit de grensstreek. Dankzij die overeenkomsten kan de toegang tot geneeskundige verzorging voor die grensbewoners verbeterd worden en kunnen de kosten voor grote verplaatsingen voor de patiënten en hun gezin verminderd worden.

De ontwikkeling van Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking²² past in deze logica en beoogt een vereenvoudiging van de administratieve en financiële procedures zoals vastgelegd in de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009.

²¹ *Belgisch Staatsblad* van 18 februari 2011, 2^e ed.. Het Raamakkoord tussen België en Frankrijk is in werking getreden op 1 maart 2011.

²² Of GTGZ, maar vooral gekend onder zijn Franse acroniem ZOAST of *Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers*.

Dergelijke ZOAST-overeenkomsten²³ hebben tot doel de administratieve procedures voor de toegang tot grensoverschrijdende verzorging, binnen een bepaalde geografische zone, te vergemakkelijken door een vereenvoudigde procedure voor de ten laste neming van geneeskundige verstrekkingen aan Belgische verzekerden in Frankrijk en aan Franse verzekerden in België, in de verzorgingsinstellingen waarop deze overeenkomst van toepassing is. Van Belgische zijde zijn alle verzekeringsinstellingen steeds betrokken partij. Ziekenhuizen, gelegen in een bepaalde geografische zone van een ZOAST, kunnen zelf beslissen om toe te treden tot de in die regio van toepassing zijnde ZOAST-overeenkomst door ondertekenende partij te worden.

De ZOAST-overeenkomsten werden niet meegenomen in de analyse van de contracten omdat zij geen zorgcontracten zijn in de enge zin van het woord maar eerder grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten voor een bepaalde geografische zone tot uitvoering van het Raamakkoord tussen België en Frankrijk.

Alle ZOAST-overeenkomsten werden per 1 januari 2012 herzien in uitvoering van het Raamakkoord tussen België en Frankrijk²⁴. Een overzicht van de ZOAST-overeenkomsten is terug te vinden in Bijlage 3.

In tabel 18 vindt u het aantal patiënten voor de jaren 2010 en 2011. De cijfers tonen een verhouding van één (1) Belgische verzekerde naar Frankrijk ten opzichte van negen (9) Franse verzekerden naar België voor het jaar 2010, respectievelijk 0,5 ten opzichte van 9,5 voor 2011²⁵. Dit mag geen verwondering verwekken als men weet dat de ZOAST overeenkomsten juist zijn afgesloten om het tekort aan zorgcapaciteit aan Franse zijde te ondervangen waarbij werd gekozen om de Franse verzekerden over de grens in Belgische ziekenhuizen te laten behandelen eerder dan ze verderop in het Franse hinterland te sturen.

Tabel 18. ZOAST-overeenkomsten – aantal patiënten in 2010 en 2011

ZOAST	Aantal patiënten in 2010		Totaal
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	5.589	20	5.609
MRTW-URSA	986	810	1.796
ARLWY	2.025	15	2.040
MOMAU	158	19	177
Totaal	8.758	864	9.622

ZOAST	Aantal patiënten in 2011		Totaal
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	6.683	10	6.693
MRTW-URSA	1.340	684	2.024
ARLWY	3.061	6	3.067
MOMAU	n/m	n/m	n/m
TOURVAL	n/m	n/m	n/m
Totaal	11.084	700	11.784

²³ De ZOAST-overeenkomsten dienen met toepassing van artikel 136, §1, tweede lid, onder c), van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, door het Verzekeringscomité te worden goedgekeurd.

²⁴ Artikel 3, lid 4, van het Raamakkoord tussen België en Frankrijk.

²⁵ Nota CGV 2013 van 17 mei 2013 betreffende *de overeenkomsten betreffende de Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ) – overzicht van de patiëntenstromen in 2010-2011*.

Deze cijfers zijn gebaseerd op gegevens afkomstig van de ziekenhuizen waarop de ZOAST-overeenkomsten van toepassing zijn. Het betreft globale cijfers die evenwel een goede indicatie geven van de omvang van de patiëntenstromen in de verschillende ZOAST. De statistische gegevens zijn namelijk niet altijd volledig : zo ontbreken voor 2011 gegevens voor bepaalde ziekenhuizen (bijv. in het kader van de ZOAST MRTW-URSA) of moeten we vaststellen dat de gegevens voor de ZOAST MOMAU alsook voor de ZOAST TOURVAL ontbreken. Soms zijn wel gegevens beschikbaar inzake het aantal patiënten maar ontbreken de financiële gegevens (bijv. ZOAST ARLWY in 2011).

De verzamelde gegevens laten evenwel toe een idee te krijgen van de impact van de grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten aan de Belgisch-Franse grens. Maar, men dient de resultaten met de nodige voorzichtigheid te benaderen omdat, zoals de ervaring heeft geleerd, men tenminste twee tot drie jaar moet wachten vooraleer men de impact van een grensoverschrijdende overeenkomst echt kan inschatten. Deze tijdspanne lijkt noodzakelijk te zijn vooraleer het bestaan van deze overeenkomsten gekend is, enerzijds, en vervolgens door de patiënten en de zorgverleners wordt gebruikt, anderzijds. Dus, de (blijvende) impact van de grensoverschrijdende samenwerking tussen België en Frankrijk zal pas duidelijk worden naar mate de statistische gegevens voor de komende jaren beschikbaar worden.

3.5.4 Enkele conclusies en follow-up

Eerlijkheid gebiedt ons te erkennen dat er limieten zijn aan de hierboven beschreven oefening. Vooreerst wordt er reeds in de methodologie een weliswaar goed overdachte, maar toch arbitraire selectie gemaakt van clausules die ziekenhuizen zouden moeten overwegen bij het opstellen van zorgcontracten met buitenlandse partners. Daarenboven is de analyse toegespitst op contracten die patiëntenmobiliteit voor ogen hebben. De cijfers die eerder gegeven werden, tonen echter aan dat er ook contracten worden opgemaakt met een ander oogmerk, zoals bijvoorbeeld samenwerking op vlak van expertise, opleiding, consultaties,...

Ondanks deze beperkingen toont de analyse wel aan dat men bij het aangaan van contracten toch wat te weinig aandacht besteedt aan sommige essentiële elementen in het zorgproces, zoals bijvoorbeeld de nabehandeling en de communicatie met de patiënt. Dit wil uiteraard geenszins zeggen dat deze zaken in de praktijk genegeerd worden, maar het lijkt toch belangrijk, zowel in het belang van het ziekenhuis als van de patiënt, dat hierover nagedacht wordt voor het afsluiten van het contract en dat een aantal afspraken ook schriftelijk worden vastgelegd.

In de inleiding van dit punt werd reeds meegegeven dat het tot de taak van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit behoort om overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars te faciliteren, onderhandelen en begeleiden. In dat kader lijkt het belangrijk om op één of andere manier aandacht van de ziekenhuizen te vragen voor de contractsbepalingen die in deze oefening werden geanalyseerd. Dit kan de rechtspositie van het ziekenhuis en het belang van de patiënt alleen maar ten goede komen.

3.6 Registratie van wachttijden

Op de tweede plenaire vergadering van het Observatorium van 14 februari 2012 werd besloten om een werkgroep "Registratie wachttijden" op te richten. Er werd een rondschrift gestuurd naar alle leden van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit om zich kandidaat te stellen.

3.6.1 Opdracht van de werkgroep

De werkgroep heeft als taak het omschrijven van het systeem dat men wil implementeren in de Belgische context om te voldoen aan een opdracht die in de wet van 4 juni 2007 aan het Observatorium is toegewezen,

nl. “het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling in Belgische ziekenhuizen”²⁶.

Hierbij moet echter overwogen worden om verder te kijken dan enkel de in de wet van 4 juni 2007 vermelde opdracht. Vanuit een Europees perspectief, is het registreren van wachttijden van belang vanuit twee invalshoeken :

- enerzijds, het meten van wachttijden om er over te waken dat door de instroom van buitenlandse patiënten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de Belgische patiënt niet in het gedrang komt (in het kader van de Richtlijn 2011/24/EU),
- anderzijds, vloeit uit de Verordening (EG) 883/2004 alsook Richtlijn 2011/24/EU voort dat indien de wachttijden voor een Belgische patiënt te lang zijn, men – rekening houdende met de medische toestand van de patiënt – een voorafgaande toestemming voor een behandeling in het buitenland niet kan weigeren.

Bovendien moeten de beslissingen in beide gevallen (beperken van de instroom van buitenlandse patiënten of het weigeren van een voorafgaande toestemming wegens “geen wachttijd”) afdoende gemotiveerd zijn (op basis van objectieve gegevens die beschikbaar zouden zijn via het meten van de wachttijden).

Het doel van de werkgroep is het opmaken van een ontwerp van haalbaarheidsstudie betreffende een systeem om wachttijden te registreren. Om dit te bewerkstelligen heeft de werkgroep getracht een antwoord te formuleren op een aantal vragen die in twee categorieën kunnen opgedeeld worden :

(i) algemene vragen, zoals :

- wat wordt geregistreerd?
- wat zijn de benodigde gegevens?
- wat zijn de kosten/baten van deze registratie?
- wat gaan/willen we in België meten?

(ii) en, bijkomende vragen zoals :

- hoe gaat men het begrip wachttijd definiëren?
- voor welke diagnostische onderzoeken gaat men wachttijden definiëren?
- voor welke consultaties gaat men wachttijden definiëren?
- voor welke behandelingen gaat men wachttijden definiëren?
- gaat men maximale aanvaardbare wachttijden bepalen?
- gaat men wachttijden linken aan pathologiecriteria, leeftijd, socio-economische criteria (gezondheidsongelijkheden)?
- wat is de finaliteit van het meten van wachttijden?
- hoe gaat men de informatie verwerken en openbaar maken?
- wie gaat registreren en op welke basis?

3.6.2 Werkzaamheden van de werkgroep

De werkgroep is twee keer samengekomen: op 25 juni 2012 en op 12 september 2012.

Registratie van wachttijden in Europa

Om een beeld te krijgen hoe andere lidstaten omgaan met betrekking de registratie van wachttijden werd een rondvraag gedaan bij de permanente vertegenwoordigers van de gezondheidswerkgroep van de Raad van Europese Unie. Elf van de 26 lidstaten hebben geantwoord. De bevindingen van deze rondvraag werden tijdens de eerste bijeenkomst van de werkgroep besproken.

²⁶ Artikel 4, §2, van de wet van 4 juni 2007.

Acht van elf lidstaten beschikken over een systeem om wachttijden/wachttijsten voor hospitalisatie op te volgen (Denemarken, Hongarije, Letland, Nederland, Slovenië, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden,). De drie overige lidstaten beschikken niet over een systeem (Duitsland, Frankrijk en Luxemburg); zij antwoordden dat de problematiek van wachttijden geen probleem is in hun land en deze bijgevolg ook niet gemeten worden.

De registratie van wachttijden lijkt het best ontwikkeld te zijn in die landen waar een probleem van wachttijsten bestaat: in het bijzonder Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Het doel van hun registratiesysteem is de duur van de bestaande wachttijden te reduceren en maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector/discipline te garanderen.

Zo moet bijvoorbeeld ieder ziekenhuis in Nederland maandelijks haar wachttijden inzake poliklinische consultaties, behandeling en diagnostiek (bijv. MRI, CT-scan of gastroscopie) publiceren op de website van het ziekenhuis. De wachttijd voor *poliklinische consultaties* wordt gedefinieerd als het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de poliklinische consultaties en het moment dat de patiënt op consultatie komt. De wachttijd *behandeling* wordt gedefinieerd als het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelende arts en het moment van opname of operatie. De wachttijd *diagnostiek* is het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek en het moment van toepassing van de diagnostiek.

Het systeem dat in het Verenigd Koninkrijk wordt gehanteerd komt overeen met dat van Nederland, maar de ziekenhuizen dienen hun gegevens door te geven aan het "Departement of health" waarbij men de wachttijden op de website van het "Departement of health" kan raadplegen. Sedert 2010 wordt niet alleen het beginpunt maar ook het eindpunt van de behandeling gemeten.

Zweden maakt gebruik van vier indicatoren: (1) "contact by phone with the primary care on the same day"; (2) "doctor's appointment in primary care within seven days"; (3) "number of patient seen by a specialist within 90 days/total amount of patients" en (4) "number of patients after referral by a specialist for treatment within 90 days /total number of patients referred by a specialist for treatment".

Binnen de OESO bestaat er eveneens een werkgroep over de registratie van wachttijden ; aan de vergadering van de werkgroep die plaatsvond op 5 en 6 maart 2012 namen in totaal namen 14 landen deel, met name Australië, België, Canada, de Tsjechische Republiek, Denemarken, Finland, Ierland, Italië, Nederland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. De OESO vindt het noodzakelijk om te komen tot internationaal vergelijkbare gegevens betreffende wachttijden. Momenteel hanteren de verschillende landen verschillende instrumenten om wachttijden te meten en wordt het begrip wachttijd gedefinieerd in functie van het bestaande systeem.

De meeste landen beperken zich tot het registreren van wachttijden betreffende de tweedelijnszorg (consultaties bij specialisten, onderzoeken, diagnostiek en behandeling). Hoe langer hoe meer landen zijn begonnen met het meten van wachttijden in de eerstelijnszorg alsook wachttijden voor "*long-term*" care. Het wordt wenselijk geacht dat men tenminste wachttijden meet voor geplande chirurgische ingrepen, chirurgische ingrepen bij spoedopname, cataract, kankerbehandeling, diagnostische ingrepen, eerste lijn en poliklinische consultaties bij specialisten.

Sommige landen vonden dat men wachttijden dient te koppelen aan leeftijd en socio-economische status (*equity*).

Het is wenselijk dat zowel de gemiddelde wachttijd als de mediaan wordt gerapporteerd aangezien wachttijden een positief scheve verdeling volgen. De meeste metingen van wachttijden zijn gekoppeld aan het begrip maximale aanvaardbare wachttijd (*legal mandated waiting times guarantees*). In landen waar wachttijden gemeten worden, zijn er ook beleidsmaatregelen aan verbonden. Meestal hanteert men een combinatie van een beleid van vraag en aanbod (*supply and demand side policies*).

Voorbeelden van aanbod georiënteerd beleid zijn op activiteiten gebaseerde subsidiering, specifieke financiering, het zenden van patiënten voor zorg naar het buitenland, het afsluiten van contracten met private zorgaanbieders.

Voorbeelden van vraag georiënteerd beleid zijn het voorzien van “drempels”, het voorzien van richtlijnen voor het geven van prioriteit aan bepaalde patiënten, private ziekteverzekeringen ...

Voorlopige conclusies van de werkgroep

De werkgroep heeft de volgende voorlopige conclusies geformuleerd:

(i) Enkel op het niveau van de ziekenhuizen de wachttijden meten

Dit betekent dat de poliklinische consultaties (zowel in de eerste- als tweedelijnszorg) worden uitgesloten.

(ii) Het beperken van de registratie tot hospitalisaties en bepaalde onderzoeken

Enkel de wachttijden voor hospitalisaties betreffende geplande chirurgische behandelingen met inbegrip van het chirurgisch dagziekenhuis en voor bepaalde behandelingen die medische apparatuur vereisen zoals een PET-scan, worden gemeten.

Het meten van de wachttijden voor deze geneeskundige verstrekkingen is, gezien vanuit het Europees gemeenschapsrecht vanuit twee invalshoeken van belang:

- enerzijds, beoogt het meten van wachttijden er over te waken dat door de instroom van buitenlandse patiënten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de Belgische patiënt niet in het gedrag komt (in het kader van de Richtlijn 2011/24/EU),
- anderzijds, vloeit uit Verordening (EG) 883/2004 alsook Richtlijn 2011/24/EU voort dat indien de wachttijden voor een Belgische patiënt te lang zijn, we – rekening houdende met de medische toestand van de patiënt – een voorafgaande toestemming voor een behandeling in het buitenland niet kunnen weigeren.

(iii) Definitie van de notie « wachttijd »

Wat de hospitalisaties betreft, wordt de volgende definitie gebruikt : de termijn die geregistreerd is tussen de datum van beslissing van een chirurgische behandeling en de opname in het ziekenhuis/datum van behandeling of ingreep.

Bij het gebruik van deze definitie werden er evenwel een aantal moeilijkheden geïdentificeerd : moet men zich baseren op de datum waarop de geneesheer-generalist en/of de geneesheer-specialist de behandeling heeft aangeraden; de datum waarop het team en de geneesheer die de operatie zal uitvoeren, hebben vastgelegd; of de datum van de laatste consultatie van de patiënt bij de geneesheer-specialist – die de chirurgische ingreep zal uitvoeren – aangaande zijn ingreep?

In een eerste fase, is het is deze laatste datum die de voorkeur geniet omdat deze het voordeel biedt a priori geen bijkomende registratie te moeten vragen vermits de verzekeringsinstellingen over deze informatie beschikken via de facturatie van de consultatie. De verzekeringsinstellingen zullen de link moeten maken met

de ingreep om de laatste consultatie van deze geneesheer terug te vinden.

Wat de onderzoeken (technische behandelingen en/of klinische biologie) betreft, wordt de volgende definitie gebruikt : de termijn tussen het voorschrijven van de ingreep en zijn uitvoering. De verzekeringsinstellingen beschikken a priori over deze informatie (datum voorschrift, geneesheer-voorschrijver, datum uitvoering, geneesheer-uitvoerder) via de facturatiegegevens.

We dienen hierbij evenwel volgende bemerking te plaatsen. In beide gevallen, hospitalisatie en/of behandeling, zal het moeilijk zijn rekening te houden met de persoonlijke wensen van patiënten die, in functie van hun eigen agenda, vragen de opname te plannen op een later, uitgestelde datum.

(iv) De gegevensverzameling zouden geen bijkomende administratieve lasten met zich mogen meebrengen voor de ziekenhuizen

Om bijkomende administratieve lasten voor de ziekenhuizen te verwijzen, is het van groot belang vanaf het begin te bepalen hoe het registreren van wachttijden effectief in de praktijk gebracht kan worden en wat de kosten ervan zijn. We zouden ons beperken tot reeds bestaande gegevens (bijvoorbeeld bij de verzekeringsinstellingen) en geen bijkomende gegevens te vragen behalve wanneer dit noodzakelijk zou zijn.

(v) Het beperken van de registratie tot de opnames voor welbepaalde afgebakende behandelingen en ingrepen

Wachtljsten ontstaan veelal naar aanleiding van de problematiek rond de toegankelijkheid van specialismen op het niveau van de ziekenhuizen. Daarom dient niet alleen onderzocht te worden voor welke behandelingen buitenlandse patiënten naar België komen (de MZG zou in dit geval nuttige informatie kunnen opleveren ; de studie van het KCE geeft ook reeds een overzicht van de meest frequente behandelingen) maar ook voor welke geneeskundige verstrekkingen verzekerden van de Belgische wetgeving naar het buitenland gaan. Informatie over deze behandelingen waarvoor al dan niet een voorafgaande toestemming is uitgereikt, moet aan de ziekenfondsen gevraagd worden aangezien zij beschikken over de aanvragen van voorafgaande toestemming en pathologieën.

(vi) Hoe registreren ?

Het lijkt aangewezen om de registratie te baseren op een uniek patiëntnummer en de aard van de behandeling. De lijst van de in aanmerking te nemen behandelingen en onderzoeken moet nog worden vastgesteld.

Input van het IMA (InterMutualistisch Agentschap)

Het IMA beschikt sinds begin 2012 over een gegevensbank *Hospitalisaties* waarin van iedere rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, die tijdens een semester in België werd gehospitaliseerd (klassieke opname of in dagziekenhuis), alle terugbetaalde verstrekkingen beschikbaar zijn voor een periode van 18 maanden, nl. van het semester waarin men wordt gehospitaliseerd en van het voorafgaand en daaropvolgende semester.

Op basis van deze gegevens, blijkt het vaststellen van de “wachttijd” voor geplande chirurgische ingegrepen – met inbegrip van het chirurgisch dagziekenhuis – relatief gemakkelijk te zijn. Voor wat betreft behandelingen die gespecialiseerde medische apparatuur vereisen, is de situatie iets complexer maar het zou mogelijk moeten zijn om ook hier de “wachttijd” vast te stellen.

Het IMA zal 2 steekproeven doen:

- voor de geplande chirurgische behandelingen zullen de gegevens van een aantal ingrepen zoals cataract, knie-en heupprothesen en obesitas worden geanalyseerd voor het jaar 2010.
- voor de behandelingen die het gebruik van zware medische apparatuur vereisen zoals PET-scan en NMR zullen door gebruik te maken van de permanente steekproef de gegevens voor de periode 2008-2011 worden geanalyseerd. Deze permanente steekproef omvat 1 op 40 -65 jarige en 1 op 20 +65 jarige leden van de ziekenfondsen. Op deze manier kan een globale evolutie van de wachtlijsten over de jaren heen beschreven worden (verkorting of verlenging).

Indien men zich, zoals hierboven aangegeven in conclusie (iii) - definitie van de notie « wachttijd », beperkt tot zuivere facturatiegegevens die beschikbaar zijn binnen de verzekeringsinstellingen, moet men zich bij de latere interpretatie van de resultaten bewust zijn van de methodologische beperkingen van deze steekproeven. Dit hoeft op zich geen probleem te vormen, voor zover:

- binnen de werkgroep op voorhand concrete, expliciete en transparante afspraken zijn gemaakt rond de te hanteren methodologie en de interpretatiebeperkingen die hieruit voortvloeien, en
- dit ook expliciet bij de publicatie van resultaten wordt vermeld.

Vooraleer het IMA zal overgaan tot een analyse voor de beschikbare met het oog op het vaststellen van wachttijden voor bepaalde chirurgische ingrepen en technische prestaties, is het aangewezen om voorafgaandelijk met de betrokken actoren, in het bijzonder de ziekenhuizen en de artsen, een overleg te organiseren over de te hanteren methodologie op basis van de beschikbare IMA-datasets en haar impliciete en expliciete methodologische beperkingen. Vervolgens kunnen dan de volgende stappen gezet worden met het oog op de operationalisering van de statistieken.

Tijdens de vergadering van 27 maart 2013 van het Observatorium werd deze manier van werken voorgelegd. De werkgroep registratie wachttijden kreeg het mandaat om, in samenwerking met het IMA, het nodige werk te verrichten om te komen tot een pre-analyse. Het Observatorium is ook akkoord gegaan met het principe om de methodologie eerst te laten valideren door de betrokken actoren, om vervolgens een aantal chirurgische ingrepen en technische prestaties te selecteren en de simulaties op te starten. Op een volgende vergadering van het Observatorium zal de vooruitgang van de analyse toegelicht worden.

4. Besluit

De wet van 4 juni 2007 werd ingevoerd om, in het kader van het vrij verkeer van patiënten, de hindernissen bij de opname van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen weg te nemen opdat deze instroom geen nadelig effect heeft voor Belgische patiënten.

Het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit dat bij deze wet werd opgericht, kreeg de opdracht toegewezen om een beter zicht te verkrijgen op de instroom van buitenlandse patiënten en de hieraan gekoppelde eventuele gevolgen voor de wachtlijsten van patiënten of inzake het aanbod van zorgvoorzieningen.

Het Observatorium heeft in het licht daarvan een aantal specifieke taken gekregen die ook beschreven zijn in hoofdstuk 1 van dit eerste Jaarverslag). In deze besluit wordt geprobeerd een korte stand van zaken te geven van de reeds in 2012 opgestarte wettelijke opdrachten en wordt eveneens aangegeven hoe deze in de eerstkomende jaren verder tot stand kunnen gebracht worden. De onder 4° en 5° vermelde opdrachten zullen pas later aangevat kunnen worden vermits hiertoe eerst de nodige informatie beschikbaar dient te zijn.

Belangrijk is dat in dit opstartjaar de basis is gelegd voor een goede werking van het Observatorium naar de toekomst toe. Het betreft een werk dat niet in één handomdraai kan gebeuren, maar tijd vergt.

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”.

Door het Observatorium werd een nieuwe indeling van de categorieën van patiënten binnen de Belgische ziekenhuizen goedgekeurd, met een aangepaste codering van de verzekerbaarheidscode van de patiënt.

De MZG-registratie werd uitgebreid om de financiële gegevens met betrekking tot de instroom van buitenlandse patiënten die in Belgische ziekenhuizen worden behandeld, te vatten. Daartoe werd de juridische basis aangepast met het oog op het meedelen van de facturatiebedragen betreffende de verpleegdagen, de geneesmiddelen en de geneeskundige verstrekkingen.

De ziekenhuizen kunnen voor 2012 deze MZG-gegevens, weliswaar op vrijwillige basis, reeds aanleveren. Vanaf 2013 zal dit verplicht zijn, zodat vanaf 2014 het Observatorium ten gronde de analyses van deze buitenlandse patiëntenstromen zal kunnen verrichten.

De nieuwe indeling van de categorieën van patiënten, de stroomlijning van het begrippenkader bij de gegevensregistratie en de uitbreiding van MZG-registratie zijn een antwoord op de aanbevelingen van het KCE.

2° Inzake “Het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekering in Belgische ziekenhuizen” werd in de schoot van een werkgroep al nagedacht hoe men een systeem van opvolging van wachttijden zou kunnen uitbouwen dat rekening houdt met de Belgische context.

Binnen de OESO werden door sommige landen analyses gemaakt, wat heeft toegelaten om mogelijke technieken te bestuderen inzake het aanleggen van wachtlijsten. Toch bleek geen uniform Europees systeem voorhanden te zijn.

De werkgroep zal in de loop van 2013 de methodiek verder op punt stellen. Tevens zal bepaald worden welke pathologieën in aanmerking zullen komen voor het bestuderen en opzetten van wachtlijsten. Daarbij zal de werkgroep zich voornamelijk laten inspireren op de meest voorkomende pathologieën waarvoor buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen worden behandeld.

De gegevens waarop men zich zal baseren om eventuele wachtlijsten in beeld te brengen, zullen gebaseerd zijn op gegevens die door het IMA ter beschikking zullen gesteld worden. Vandaar dat de werkgroep hierover nauw met het IMA zal samenwerken.

Ook hier zal 2014 een scharnierjaar worden omdat we kunnen verhoppen dat alsdan eventuele wachtlijsten in beeld kunnen gebracht worden.

Het werkzaamheden om te komen tot een registratie van de wachttijden liggen in het verlengde van de aanbeveling van het KCE voor een monitoring van de instroom van buitenlandse patiënten.

3° Wat “het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars” betreft, werden in 2011 de contracten opgevraagd die Belgische ziekenhuizen met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg hebben aangegaan. Deze contracten werden in samenwerking tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid onderzocht om voornamelijk na te gaan welke types van bepalingen hierin zijn opgenomen (het betrof een verkennend onderzoek) met als uiteindelijk doel na te gaan welke bepalingen in de contracten ontbreken of niet aan bod komen.

De analyse heeft aangetoond dat er mogelijk toch nood is aan een leidraad voor Belgische ziekenhuizen bij het afsluiten van dergelijke contracten met buitenlandse actoren. Een leidraad kan een handig instrument vormen tijdens de onderhandelingsfase om te vermijden dat er vergeten wordt afspraken te maken over bepaalde essentiële zaken bij de opname van buitenlandse patiënten.

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 deze prijsbepaling. Misschien is hier 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.

We zijn er ervan overtuigd dat het Observatorium, op basis van deze gegevens, haar opdrachten zal kunnen vervullen.

Tot besluit kan gesteld worden dat het Observatorium goed van start is gegaan, waarbij het Riziv en de FOD VVVL goed samenwerken om het Observatorium de nodige gegevens te verschaffen voor de uitoefening van haar opdrachten. In dit eerste werkingsjaar werd vooral de nadruk gelegd op de collecte van gegevens, wat zal toelaten dat het Observatorium haar wettelijke opdrachten verder zal kunnen vervullen. Maar het is duidelijk dat dit een werk is dat tijd zal vragen...

Christiaan Decoster,
Voorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Benoît COLLIN,
Ondervoorzitter van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Bijlage 1

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)

Bijlage 3

Overeenkomst	Datum	Ondertekende partijen	Fransen ziekenhuizen	Belgische ziekenhuizen
ZOAST THIERACHE	01.05.2000	Gekend onder de noemer Transcards		
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS - Belgische verzekeringsinstellingen - CSF	CH du Pays d'Avesnes - Hôpital Départemental de Felleries Liessies - CH de Fourmies - CH Brisset à Hirson - Hôpital du Nouvion en Thiérache - CH de Vervins - Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	CSF
ZOAST ARDENNES	vanaf 01.01.2008			
	01.01.2012	ARH de Champagne Ardennes – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Dinant – UCL de Mont Godinne – CSF – Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville	CH de Charleville - CH de Sedan - Hôpital local de Fumay - Polyclinique du Parc de Charleville - Clinique du Dr IHoste de Villers Semeuse - HL Nouzonville - CHRU de Reims	CH de Dinant - UCL de Mont Godinne - Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville - CSF (01.01.2009)

ZOAST MRTW-URSA	vanaf 01.04.2008			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis - AZ Groeninge Kortrijk - H.H. ziekenhuis Roeselaere – Menen	CH de Tourcoing - CH de Roubaix - CH de Wattrelos - CH dArmentières - CHRU de Lille - CH de Bailleul - CH de Hazebrouck	CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis Ieper (01.11.2008)- AZ Groeninge Kortrijk (01.07.2009) - H.H. ziekenhuis Roeselare-Menen Campus Menen (01.04.2009)
ZOAST ARLON-LONGWY	vanaf 01.07.2008			
	01.01.2012	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA	CH Hôtel Dieu Alpha Santé	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA
ZOAST MONS- MAUBEUGE	vanaf 01.01.2009			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – Belgische verzekeringsinstellingen – CHR de Mons - CHU Ambroise Paré	CH de Sambre-Avesnois - CH dHautmont - CH de Jeumont - CH dAvesnes - Le centre départemental de Fellerie Liessie - La clinique du Parc - La polyclinique du val de Sambre - Le centre de radiodiagnostic Grimm - Le centre de radiothérapie Gray	CHR de MONS - CHU Ambroise Paré

ZOAST TOURNAI- VALENCIENNES	vanaf 01.05.2010			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – CHR de Valenciennes – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Wallonie Picarde (CHWAPI)	CHR de Valenciennes	CHWAPI de Tournai

Bijlage 4

De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, Vinck I. **Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem.** Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 169A. D/2011/10.273/71



<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/geplande-zorg-voor-buitenlandse-pati%C3%ABnten-impact-op-het-belgische-gezondheidszorg>

Aanbevelingen door het KCE²⁷

Verbetering van de dataregistratie

- Het land waar de patiënt verzekerd is en de financieringsroute zouden moeten worden geregistreerd per patiëntenverblijf in de MKG.
- De huidige lijst van verzekeringsinstellingen opgenomen in FINHOSTA zou moeten aangevuld worden met het land waar de patiënt verzekerd is. Bovendien zou een nieuwe classificatie van buitenlandse patiënten gebaseerd op hun verzekeringsstatus, coherent met deze voorgesteld voor de MKG, moeten worden geïntroduceerd.
- Men zou kunnen overwegen om de facturatiegegevens van patiënten die zorg genieten in een Belgisch ziekenhuis maar die niet verzekerd zijn door de Belgische verplichte ziekteverzekering, te registreren in een verplicht registratiesysteem gelijkaardig aan de AZV/ADH. De haalbaarheid en de modaliteiten van een dergelijk systeem moeten verder bekeken worden.

²⁷ De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, Vinck I. **Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem - Synthese.** Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 169A. D/2011/10.273/71, blz. 25

- De verschillende registratiesystemen die informatie betreffende buitenlandse patiënten bevatten, dienen een uniform begrippenkader te hanteren.

Wijzigingen in de ziekenhuisfinanciering?

- Indien de instroom van buitenlandse patiënten blijft toenemen, zouden alternatieve mechanismen van ziekenhuisfinanciering en hun wettelijke impact dienen te worden geanalyseerd.

Opties zijn:

- Een apart budget financiële middelen voorzien voor Belgische en buitenlandse patiënten.
- Geval-specifiek financieringsmodel waarbij een forfaitaire prijs per aandoening (op basis van een DRG systeem) is berekend.

Monitoring

- Het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit zou de inkomende en uitgaande stromen van patiënten per arrondissement moeten monitoren.
In de arrondissementen waar de netto inkomende stromen plots aanzienlijk toenemen, zou een monitoringsysteem voor wachtlijsten moeten opgezet worden om de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor Belgische patiënten te vrijwaren.