

Observatorium

Patiëntenmobiliteit

Jaarverslag

2015-2016

Inhoud

Voorwoord en samenvatting	2
1. Oprichting, samenstelling en opdrachten	4
2. Buitenlandse patiënten in België	6
2.1. MZG 2014	6
2.2. Internationale overeenkomsten met een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (document S2)	8
2.3. Kwaliteit van de gegevens uit de bestanden PROCRI 30, 40 en 50 van de MZG 2014.....	10
2.4. Kostprijs per dag en per verblijf in 2014	11
3. Werkzaamheden	14
3.1. MZG	14
3.2. Werkgroep wachttijden.....	14
3.3. Analyse zorgcontracten	15
4. Conclusies en follow-up	21
Bijlage 1: Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit	23
Bijlage 2: Samenstelling van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit (dd. 11 mei 2017)	26
Bijlage 3: Patiëntenmobiliteit MZG 2014: verblijven van niet –residenten in Belgische ziekenhuizen.	28
Bijlage 4: Feedback van de ziekenhuizen m.b.t. methodologie, analyse en rapport “medische beeldvorming”	28
Bijlage 5: Feedback van de ziekenhuizen m.b.t. methodologie, analyse en rapport “cataract-ingrepen”	28
Bijlage 6: IMA-syntheserapport wachttijden medische beeldvorming	28
Bijlage 7: IMA-syntheserapport wachttijden cataract-ingrepen	28
Bijlage 8: ZOAST-overeenkomsten	29

Voorwoord en samenvatting

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

De diverse opdrachten van het Observatorium staan in hoofdstuk 1 beschreven, waaronder ook het jaarlijks neerleggen van een Jaarverslag, dat werd uitgewerkt in samenwerking tussen het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Dit activiteitenverslag heeft betrekking op de periode 2015- mei 2017.

Hoofdstuk 2 betreft een synthese van het rapport van de laatst beschikbare cijfergegevens met betrekking tot “de buitenlandse patiënten in België” op basis van de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) - periode 2014. Het aantal verblijven in Belgische ziekenhuizen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling blijft beperkt en vertegenwoordigen ongeveer 1,3% van het geheel van ziekenhuisverblijven. 37,8% van deze verblijven hebben betrekking op patiënten die niet in België gedomicilieerd zijn. De meerderheid van deze verblijven wordt opgenomen in daghospitalisatie en één vijfde van de verblijven heeft betrekking op klassieke hospitalisatie. Het overgrote deel van deze patiënten zijn gedomicilieerd in Nederland (61,2% van de verblijven), Frankrijk (9,6% van de verblijven) en Duitsland (3,8% van de verblijven).

Er dient ook rekening gehouden te worden met een aantal ziekenhuisverblijven ingevolge geplande geneeskundige zorg in België (document S1 – ex-formulier E.112) die ten laste genomen worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van de internationale overeenkomsten. Deze groep is goed voor 0.23% van alle ziekenhuisverblijven.

In het totaal kan men stellen dat de verblijven van patiënten woonachtig in België of in het buitenland die niet aangesloten zijn bij een Belgische verzekeringsinstellingen ongeveer 1,53% van de totale ziekenhuisverblijven uitmaken.

In hoofdstuk 3 van het Jaarverslag wordt een overzicht gegeven van de werkzaamheden van het Observatorium tijdens de werkjaren 2015- mei 2017.

Met betrekking tot de zorgcontracten is een nieuwe bevraging gedaan. In het totaal hebben we 111 contracten ontvangen. Slechts 89 van deze 111 contracten hadden betrekking op zorgcontracten met buitenlandse zorgactoren. De belangrijkste bevinding van de analyse is dat de omzendbrief met betrekking tot de leidraad, die dateert van 2013, een duidelijke positieve impact had op de kwaliteit van de zorgcontracten die werden afgesloten vanaf 2014 in vergelijking met de zorgcontracten die werden afgesloten voor die datum. Vier bepalingen blijven problematisch met name (i) de bepaling betreffende vergunning- en registratiestatus; (ii) de vrijwaringsclausule ingeval van capaciteitsproblemen; (iii) het aantal patiënten en tenslotte (iv) de nabehandeling. We stellen voor dat de ziekenhuizen alle lopende zorgcontacten ieder jaar tegen uiterlijk eind februari bezorgen en dat de zorgcontacten die reeds vijf jaar oud zijn op 1 januari 2018 worden vernieuwd. Bij het afsluiten van zorgcontacten en het vernieuwen dient men bijzondere aandacht te hebben voor de vier bepalingen die problematisch blijven.

Naast deze zorgcontracten werden er ook ZOAST-overeenkomsten meegedeeld. Deze ZOAST-overeenkomsten werden niet geanalyseerd 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.

Ook de werkgroep “registratie wachttijden” heeft zijn werkzaamheden verder gezet met de oplevering van twee rapporten door het Intermutualistisch Agentschap (IMA) over de meting van wachttijden bij medische beeldvorming en cataract. Uit de feedback van de ziekenhuizen blijkt dat de gehanteerde methode beperkingen heeft. De bekomen wachttijden kunnen verschillen in functie van de werking en de organisatie van de ziekenhuizen alsook, in het geval van medische beeldvorming, van de pathologie van de patiënten. Het IMA heeft de rapporten rekening houdende met de feedback van ziekenhuizen. De resultaten op het niveau van de zorginstellingen zullen worden besproken in de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de resultaten m.b.t. medische beeldvorming zullen worden besproken in BELMIP.

Veel leesplezier!

Hoogachtend,

Pedro Facon

Voorzitter van het Observatorium voor
patiëntenmobiliteit

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

Benoît Collin

Ondervoorzitter van het Observatorium voor
patiëntenmobiliteit

Adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV

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* goedgekeurd (hierna: wet van 4 juni 2007, Belgisch Staatsblad van 25 juli 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 (Bijlage 1).

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 besluit (artikel 4, §4, van de wet van 4 juni 2007), 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 omschreven (artikel 4, §2, van de wet van 4 juni 2007):

- 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 acht (artikel 4, §2, derde en vijfde lid, van de wet van 4 juni 2007).

Het Observatorium bestaat uit een vertegenwoordiging van de volgende actoren (artikel 5 van de wet van 4 juni 2007 ; Bijlage 2):

- 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;
- 8° één vertegenwoordiger van elke Gewest- of Gemeenschapsminister bevoegd voor Volksgezondheid¹;
- 9° een vertegenwoordiger van de federale Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken¹.

Zoals de wet voorschrijft, heeft het Observatorium onder haar leden een voorzitter gekozen (artikel 5, lid 2 van de wet van 4 juni 2007). De heer Christiaan Decoster, Directeur-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu was voorzitter tot februari 2017. Tijdens de plenaire vergadering van 11 mei 2017 werd de opvolger van de heer Decoster met name de heer Pedro Facon als nieuwe voorzitter verkozen.

Tot slot voorziet de wet van 4 juni 2007 nog in een laatste opdracht voor het Observatorium: het jaarlijksneerleggen van een werkingsverslag bij de Regering en de federale Wetgevende Kamers (artikel 4, §5, van de wet van 4 juni 2007).

¹ 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).

2. *Buitenlandse patiënten in België*

In dit hoofdstuk worden de bevindingen besproken over de gegevens die voorhanden zijn over patiënten in Belgische ziekenhuizen die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling.

2.1. *MZG 2014*

In deze afdeling worden de bevindingen besproken over de gegevens die voorhanden zijn over patiënten in Belgische ziekenhuizen die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling op basis van de gegevens van MZG 2014.

Deze gegevens worden zoals in eerdere jaarverslagen ter beschikking gesteld door de dienst datamanagement van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg (DGSS) van de FOD VVVL. In afwachting van de publicatie van dit jaarverslag werd er op 2 september 2016 een tussentijds rapport gepubliceerd met betrekking tot de gegevens van het registratiejaar 2013. Dit rapport kan teruggevonden worden op de website van de [FOD VVVL](#).

In dit tussentijds rapport werd voor de eerste keer de focus gelegd op patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling. Dit werd slechts mogelijk vanaf de gegevens van 2013 omwille van de invoering van een aangepaste code voor de verzekeringsstatus uit de MZG (nl. A2_CODE_STAT_INSURANCE = 300, 310, 320, 330) waarvan de registratie pas sinds MZG 2013 verplicht werd.

Aan de hand van deze code kan men een onderscheid maken tussen patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling. Deze laatste groep kan men nog opdelen in de volgende categorieën:

- **300** – zorgcontracten met buitenlandse zorgactoren gevestigd in een lidstaat van EU/EER of Zwitserland, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België
- **310** – privé-initiatief van personen die ziektekostenverzekerd zijn in een andere lidstaat van EU/EER of Zwitserland, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België
- **320** – personen die ziektekostenverzekerd zijn bij een instelling van internationaal of Europees recht, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België
- **330** – patiënten die ziektekostenverzekerd zijn in een land dat niet behoort tot de EU/EER en Zwitserland en die niet onder een internationale overeenkomst vallen, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België

Deze nieuwe focus beantwoordt meer aan de vereisten van de opdrachten van het Observatorium zoals deze geformuleerd zijn in de wet van 4 juni 2007. Deze focus werd daarom alsook aangehouden bij de creatie van het huidige rapport o.b.v. de gegevens van MZG 2014.

In de eerder gecreëerde rapporten (t.e.m. MZG 2012) werd echter enkel rekening gehouden met de domicilie van de patiënt omdat de gedetailleerde gegevens betreffende de verzekeringsstatus destijds nog niet voorhanden waren. Dit verschil in de geselecteerde gegevens heeft tot gevolg dat de cijfergegevens van MZG 2008-2012 niet vergelijkbaar zijn met de cijfergegevens vanaf 2013.

De rapporten op basis van MZG 2013 en 2014 hebben bovendien betrekking op klassieke hospitalisaties, chirurgische daghospitalisaties, niet-chirurgische daghospitalisaties en ambulante spoedcontacten. Ambulante, geplande raadplegingen in ziekenhuizen maken geen deel uit van de rapporten. Om een meerwaarde voor de rapporten op basis van MZG 2013 en MZG 2014 te creëren, wordt in de rapporten echter nog steeds een onderscheid gemaakt tussen residenten en niet-residenten van België waarbij de nadruk wordt gelegd op de niet-residenten. Voor het integrale rapport van MZG 2014, zie Bijlage 3.

Wanneer men het huidige rapport op basis van de gegevens van MZG 2014 bestudeert, kan men de volgende vaststellingen maken over patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en die niet gedomicilieerd zijn in België:

- (i) Het aantal verblijven in de Belgische ziekenhuizen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling (n=94.740), bedraagt ongeveer 1,3% van het totale aantal ziekenhuisverblijven. 37,8% van deze verblijven hebben betrekking op patiënten die niet in België zijn gedomicilieerd.
- (ii) De meerderheid van de verblijven van deze patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België (n=35.860), heeft betrekking op daghospitalisatie (40,8% van de verblijven). 25,9% van deze verblijven betreffen klassieke hospitalisatie en 33,3% van de verblijven een contact met ambulante spoed.
- (iii) Het grootste aandeel van de verblijven van patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling (n=41.913), bevindt zich in de groep van patiënten die ziektekostenverzekerd zijn in een land dat niet behoort tot de EU/EER en Zwitserland (44,2%). Opmerkelijk is dat 86% van deze verblijven betrekking hebben op patiënten die in België gedomicilieerd zijn (n=36.054).
- (iv) 29% van de verblijven hebben betrekking op patiënten (waarvan 47% niet-inwoners) die op privé-initiatief naar een Belgisch ziekenhuis zijn gekomen (n=27.810). Zij zijn niet in België verzekerd en hebben een ziekteverzekering in een ander land van de EU/Zwitserland. 20% van de verblijven hebben betrekking op patiënten (waarvan 89% niet inwoners zijn) die een zorgcontract hebben afgesloten met zorgactoren in de EU/Zwitserland (n=18.642) en 7% van de verblijven hebben betrekking op patiënten die een ziekteverzekering hebben bij een instelling van internationaal of Europees recht (waarvan 4% niet-inwoners zijn) (n=6.375).
- (v) Het overgrote deel van de verblijven van patiënten die geen ziekteverzekering hebben bij een Belgische verzekeringsinstelling zijn en niet in België wonen (n=35.680), hebben betrekking op patiënten die in Nederland (61,2% van de verblijven) zijn gedomicilieerd. 9,6% van de verblijven betreffen patiënten uit Frankrijk en 3,8% uit Duitsland.
- (vi) De gemiddelde verblijfsduur van deze patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België, is 5,5 dagen.
- (vii) De instroom van deze patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België, is vooral geconcentreerd rond de noordoostelijke grensstreek van België. De steden waar er zich universitaire ziekenhuizen bevinden, vertonen ook een verhoogde instroom (bv. Gent, Hasselt, Antwerpen, Leuven en Brussel).

- (viii) De meerderheid van de verblijven voor patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België, werd vooraf gepland zowel voor klassieke hospitalisatie (65,2%) als voor daghospitalisatie (88,4%). Daartegenover gaat het bij bijna één derde van de verblijven voor klassieke hospitalisatie over een dringende opname. Bij daghospitalisatie gaat het om 10% dringende opnames.
- (ix) De patiënten – zowel inwoners als niet-inwoners die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling – die een contact op de ambulante spoedafdeling hebben, doen dit meestal op eigen initiatief. Wanneer deze patiënten daarentegen een opname in klassieke of daghospitalisatie hebben, gebeurt dit meestal na doorverwijzing van een arts-specialist uit het ziekenhuis in kwestie.
- (x) Ongeveer de helft van de verblijven van de patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België, in dag- en klassieke hospitalisatie vinden plaats in een universitair ziekenhuis.
- (xi) Zowel via de ISHMT- als via de APR-DRG-classificatie wordt vastgesteld dat de patiënten, die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling en niet gedomicilieerd zijn in België, in daghospitalisatie het vaakst opgenomen worden naar aanleiding van aandoeningen van het zenuwstelsel, het musculoskeletaal stelsel en neoplasma. In klassieke hospitalisatie betreft het verblijven naar aanleiding van aandoeningen in het musculoskeletaal stelsel, aandoeningen ten gevolge van letsels, vergiftiging en uitwendige oorzaken en aandoeningen van het circulatoir stelsel.

De cijfergegevens van het huidige rapport op basis van de gegevens van MZG 2014 liggen in lijn met de bevindingen van de gegevens van MZG 2013.

Voor meer details verwijzen naar de tabellen van dit rapport in Bijlage 3 en het bijgevoegde Excel-bestand waarbij aanvullende informatie wordt gegeven opdat de tabellen correct kunnen worden geïnterpreteerd.

Momenteel zijn de laatst beschikbare gegevens de gegevens van MZG 2014. De gegevens van MZG 2015 en MZG 2016 zijn nog niet volledig beschikbaar. Deze zullen in het volgende jaarverslag of in een tussentijds rapport (indien de cijfers eerder beschikbaar zijn) gepubliceerd en toegelicht worden.

2.2. Internationale overeenkomsten met een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (document S2)

Teneinde een volledig zicht te hebben op de mobiliteit van de personen die in het buitenland wonen en zich in België laten verzorgen, dient er ook rekening te worden gehouden met bepaalde ziekenhuisopnames die in België plaatsvinden en die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald in het kader van de internationale overeenkomsten, meer bepaald de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

Het gaat meer bepaald om personen die verzekerd zijn en in een van de landen van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland wonen, en die een voorafgaande toestemming hebben gekregen (document S2 – ex-formulier E.112) voor geplande geneeskundige verzorging in België.

Wij kunnen die personen identificeren in de databanken die ons door de verzekeringsinstellingen zijn bezorgd, meer bepaald in de AZV-documenten (anonieme ziekenhuisverblijven) en in de ADH-documenten (anonieme daghospitalisaties) op basis van de code gerechtigde CG1 180, 181, 480 of 481 en CG2 312 of 712.

In 2014 telden we 16.482 ziekenhuisverblijven, waaronder 4.893 klassieke hospitalisaties (AZV-documenten) en 11.589 daghospitalisaties (ADH-documenten), die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald in het kader van de internationale overeenkomsten op basis van een document S2. Dit vertegenwoordigt 0,23 % van alle hospitalisaties van de acute en overeenkomsten algemene ziekenhuizen; zie tabellen 1 en 2.

Tabel 1 – Internationale verdragen met een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in 2014 (document S2)

Aantal verblijven 2014 – Internationale overeenkomsten S2				
Woonplaats	Klass. Hosp.	Daghosp.	Totaal	% totaal
NIET GEKOPPELD	364	7.996	8.360	50,7%
FRANKRIJK	2.961	2.838	5.799	35,2%
NEDERLAND	777	328	1.105	6,7%
LUXEMBURG	531	387	918	5,6%
Andere landen < 100	260	40	300	1,8%
Algemeen totaal	4.893	11.589	16.482	100%
	29,7%	70,3%	100,0%	

Tabel 2 – Penetratiegraad in de ziekenhuizen

Buitenlandse residenten - Aantal verblijven 2014							
Type hosp.	MZG 2014 124/124 zkh.	Codes 300 tot 330		Internationale overeenkomsten S2		Totaal	
Klassieke hosp.	1.979.463	9.295	0,47%	4.893	0,25%	14.188	0,72%
Daghosp.	5.199.300	26.565	0,51%	11.589	0,22%	38.154	0,73%
Totaal	7.178.763	35.860	0,50%	16.482	0,23%	52.342	0,73%
		82%		18%		100%	

De opsplitsing per land van verblijf is niet relevant, want 50 % van de verblijven kon niet worden gekoppeld aan de verblijven van de MZG.

2.3. Kwaliteit van de gegevens uit de bestanden PROCRI 30, 40 en 50 van de MZG 2014

De facturatiegegevens van de patiënten zonder dekking voor geneeskundige verzorging in België (verzekerbaarheidscodes 300 tot 330) worden rechtstreeks door de ziekenhuizen meegedeeld aan de FOD Volksgezondheid, in de bestanden PROCRI 30, 40 en 50 van de MZG.

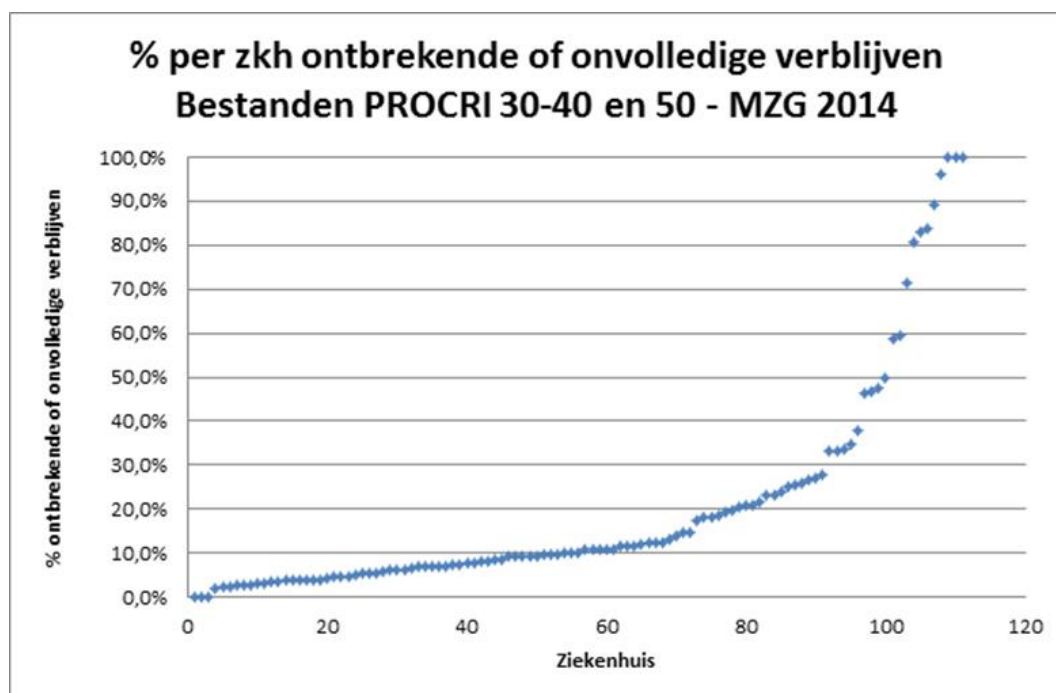
Het bestand PROCRI 30 bevat alle verstrekkingen betreffende de dagprijs, het bestand PROCRI 40 bevat alle farmaceutische verstrekkingen, en het bestand PROCRI 50 bevat alle andere technische en medische verstrekkingen.

We stellen vast dat de ziekenhuizen voor 18 % van de verblijven geen enkel van de drie bestanden hebben meegedeeld, en voor 4 % van de verblijven slechts een of twee van de drie bestanden. Slechts 78 % van de verblijven kunnen in 2014 dus als volledig worden beschouwd.

In tabel 3 wordt in de vorm van een grafiek het percentage ontbrekende of onvolledige verblijven per ziekenhuis weergegeven. Teneinde de situatie in de toekomst te verbeteren, wordt er elk jaar een feedback georganiseerd bij de ziekenhuizen en werd er bij de invoering van de gegevens door die ziekenhuizen in versterkte controles voorzien.

Met betrekking tot de inhoud van de gegevens uit de drie bestanden PROCRI 30, 40 en 50, zien we 18.500 registraties op een totaal van 2.080.000 registraties waarvoor het code- of pseudocodenummer van de nomenclatuur ons onbekend is, wat 0,9 % van de registraties vertegenwoordigt. Wij vinden dit foutenpercentage over het geheel genomen aanvaardbaar.

Tabel 3 – Kwaliteit van de gegevens uit de bestanden PROCRI 30, 40 en 50 van de MZG 2014



2.4. Kostprijs per dag en per verblijf in 2014

Voor de analyse van de kostprijzen per dag en per verblijf onderscheiden we drie grote patiëntencategorieën:

- de personen die in het buitenland wonen, en in België worden gehospitaliseerd, zonder dekking voor geneeskundige verzorging in België (verzekerbarecodes 300 tot 330 - buiten de ZIV);
- de personen die in België wonen, en in België worden gehospitaliseerd, zonder dekking voor geneeskundige verzorging in België (verzekerbarecodes 300 tot 330 - buiten de ZIV);
- de personen die in het buitenland wonen, en in België worden gehospitaliseerd in het kader van de internationale overeenkomsten met een terugbetaling door de ZIV (document S2 – zie hierboven).

In de twee tabellen 4 en 5 worden de kosten per dag en per verblijf opgesplitst per type hospitalisatie: dagchirurgie, one day (medisch), spoedgevallen en klassieke hospitalisaties. Ze werden enkel berekend op basis van de gevalideerde verblijven, dus de verblijven waarvoor de drie bestanden PROCRI 30, 40 en 50 werden meegedeeld. De bestanden PROCRI 30, 40 en 50 bevatten alle verstrekkingen die aan de patiënten werden gefactureerd, waaronder de supplementen, niet-vergoedbare producten, andere verstrekkingen en diverse kosten.

Tabellen 4 en 5 – Kostprijs per dag en per verblijf in 2014

Buitenland bewoners - Verzekeringscodes 300 tot 330 MZG 2014 (124/124 zkh) – Gevalideerde verblijven (89% verblijven)					
	Daghospitalisatie			Klassieke hosp.	
	Dagchir.	One day	Spoedgevallen		
Kwantiel	Kost / dag	Kost / dag	Kost / dag	Kost / dag	Kost / verbl.
100% Max	6.703	31.931	1.037	31.489	570.312
99%	5.053	4.901	504	5.942	47.448
95%	3.447	2.735	319	3.421	20.724
90%	3.351	2.074	237	2.657	13.458
75% Q3	2.913	857	144	1.751	6.842
mean	2.047	828	115	1.542	6.655
50% Median	2.067	393	86	1.221	3.682
25% Q1	1.080	225	46	909	1.959
10%	842	112	32	706	1.270
5%	723	67	26	591	1.013
1%	584	33	5	441	699
0% Min	21	1	0	5	30
Aantal gevalideerde verblijven	2.984	10.022	10.145	8.663	
	31.814				

Bewoners in België - Verzekeringscodes 300 tot 330 MZG 2014 (124/124 zkh) – Gevalideerde verblijven (71% verblijven)					
	Daghospitalisatie			Klassieke hosp.	
	Dag chir.	One day	Spoedgevallen		
Kwantiel	Kost / dag	Kost / dag	Kost / dag	Kost / dag	Kost / verbl.
100% Max	9.669	12.459	3.355	15.257	216.661
99%	4.645	3.996	429	5.447	39.940
95%	2.931	2.312	253	3.493	16.382
90%	2.589	1.745	179	2.501	10.277
75% Q3	2.025	770	112	1.500	5.660
mean	1.559	664	94	1.335	5.268
50% Median	1.317	350	70	1.013	3.147
25% Q1	925	151	44	733	1.699
10%	742	82	37	581	1.051
5%	692	52	29	506	787
1%	505	32	18	183	583
0% Min	74	2	0	22	56
Aantal gevalideerde verblijven	1.968	7.936	25.119	6.628	
	41.651				

Ongeacht het type hospitalisatie, stellen we vast dat de kosten die door de Belgische ziekenhuizen worden gefactureerd aan personen die in het buitenland wonen zonder dekking voor geneeskundige verzorging in België (verzekeraarscodes 300 tot 330), hoger zijn dan de kosten die worden gefactureerd aan personen die in België wonen zonder dekking voor geneeskundige verzorging in België (verzekeraarscodes 300 tot 330). De mediane kostprijs van een klassieke hospitalisatie bedraagt bijvoorbeeld 3.682 euro voor personen die in het buitenland wonen, terwijl hij 3.147 euro bedraagt voor iemand die in België woont; dat is 17 % duurder.

Tabel 6, waarin de kosten per dag en per verblijf worden vermeld van de patiënten die in België worden gehospitaliseerd in het kader van de internationale overeenkomsten met een terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (document S2 – zie hierboven), is niet vergelijkbaar met de tabellen 4 en 5 omdat de gegevens afkomstig zijn van de verzekeringsinstellingen en niet van de ziekenhuizen. De kosten die in deze tabel worden vermeld, stemmen enkel overeen met wat er aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werd gefactureerd en niet met wat er aan de patiënten werd gefactureerd. De supplementen, niet-vergoedbare producten, andere verstrekkingen en diverse kosten zijn niet in de vermelde cijfers begrepen.

Tabel 6 –Kostprijs per dag en per verblijf in 2014 in het kader van de internationale verdragen

Internationale overeenkomsten S2 - 2014				
	Daghospitalisatie		Klassieke hosp.	
	Dagchir.	One day		
Kwantiel	Kost / dag	Kost / dag	Kost / dag	Kost / verbl.
100% Max	4.257	27.320	39.692	154.148
99%	2.514	2.640	4.667	46.846
95%	1.605	1.089	2.649	21.062
90%	1.436	691	1.935	12.653
75% Q3	1.382	523	1.366	6.398
mean	1.187	528	1.218	6.148
50% Median	1.276	432	968	3.249
25% Q1	950	390	726	1.901
10%	746	243	600	1.057
5%	709	126	544	874
1%	636	36	364	724
0% Min	0	0	3	26
Aantal verblijven	1.159	10.430	4.893	
	16.482			

3. *Werkzaamheden*

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit is in de periode 2015 – mei 2017 twee keer samengekomen met name op 15 oktober 2015 en op 11 mei 2017. In deze periode is ook het jaarverslag 2014 goedgekeurd.

3.1. *MZG*

Het rapport MZG nieuwe stijl werd voorgesteld aan de plenaire vergadering. Dit rapport is een poging om tegemoet te komen aan de behoeften van het observatorium. Het rapport nieuwe stijl met betrekking tot de gegevens 2013 kan teruggevonden worden op de website van de [FOD VVL](#).

Voor het rapport MZG gegevens 2014, zie Bijlage 3. De gegevens van MZG 2015 en MZG 2016 zijn nog niet volledig beschikbaar. Deze zullen in een tussentijds rapport gepubliceerd en besproken worden. Verder is gewerkt aan de verbetering van de kwaliteit van de records PROCRI 30-40-50.

3.2. *Werkgroep wachttijden*

Op vraag van de plenaire vergadering is feedback gevraagd aan de ziekenhuizen over de IMA analyses en rapporten “Monitoring wachttijden medische beeldvorming” en “Monitoring wachttijden cataract”. De werkgroep is in de periode 2015 – mei 2017 drie keer samengekomen, met name op 28 september 2015, 23 november 2016 en 28 maart 2017.

De finale versies van de IMA analyses, de methodologie- en syntheserapporten als de vragenlijsten werden aan de werkgroep overgemaakt ter goedkeuring in januari 2017 vooraleer de documenten naar de ziekenhuizen zijn verstuurd voor feedback. De documenten zijn verstuurd naar de ziekenhuizen eind januari/begin februari 2017. Zij hebben ongeveer een maand de tijd gekregen voor het geven van feedback. In totaal heeft de FOD VVVL van 10 ziekenhuizen feedback ontvangen inzake de IMA analyse “medische beeldvorming” en van 13 ziekenhuizen betreffende de IMA analyse “cataract”. Voor de integrale feedback, zie Bijlagen 4 en 5). Deze feedback werd besproken in de werkgroep “wachttijden” van 28 maart 2017.

Uit de feedback blijkt dat de gehanteerde methode beperkingen heeft. De bekomen wachttijden kunnen verschillen in functie van de werking en de organisatie van de ziekenhuizen alsook in het geval van medische beeldvorming van de pathologie van de patiënten. Op basis van de feedback heeft het IMA de syntheserapporten aangepast.

Wat betreft medische beeldvorming kan men besluiten een toename vast te stellen in volumes medische beeldvorming over de periode 2010-2015. De jaarlijkse toename varieert van 2,2% voor CT scans aan niet kankerpatiënten tot 6,1% voor MRI. Men stelt een jaarlijkse gemiddelde stijging van de P75 vast. Afhankelijk van het type van medische beeldvorming varieert deze jaarlijkse gemiddelde stijging van 1,5% tot 37,8%. Instroom van niet-ZIV verzekerden in de provincies Luxemburg en Namen lijkt een impact te hebben op de vastgestelde wachttijden. Dit is vooral uitgesproken voor MRI. Voor meer details, zie het IMA syntheserapport over “wachttijden “medische beeldvorming” in Bijlage 6.

Wat betreft cataract kan men besluiten dat de P75 vijftig dagen bedraagt en quasi constant is tussen 2010 en 2015, ondanks een gemiddelde jaarlijkse toename van de ingrepen van 3,2%. Het aandeel ambulante cataractingrepen steeg in de periode 2010-2015 van 1,4% naar 4,8%. Het aandeel “atypisch zorgtraject” is veel hoger in de ambulante setting. 98% van de patiënten heeft een voorafgaandelijk contact met een oftalmoloog. Voor meer details, zie het IMA synthesrapport over “wachttijden cataract” in Bijlage 7.

De analyses op het niveau van de ziekenhuizen zullen worden besproken in de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en andere relevante platforms zoals voor de gegevens met betrekking tot medische beeldvorming zal dit worden besproken in “Belgian Medical Imaging Platform – BELMIP”.

3.3. Analyse zorgcontracten

3.3.1. Inleiding

Het behoort tot het takenpakket van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit om gegevens te verzamelen over de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen, evenals het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars.

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. De nieuwe bepaling trad in werking op 12 juni 2010.

De zorgcontracten die Belgische ziekenhuizen afgesloten hebben met buitenlandse partners werden een eerste maal opgevraagd per omzendbrief van 9 augustus 2011. Het secretariaat van het Observatorium heeft in de loop van het jaar 2012 deze overeenkomsten geanalyseerd. Een neerslag hiervan kan u vinden in het Jaarverslag 2012 van het Observatorium voor patiëntenmobiliteit². De analyse toonde duidelijk aan dat de afgesloten overeenkomsten weinig aandacht besteden aan bepaalde elementen in het zorgproces zoals de nabehandeling, de communicatie met de patiënt, ...

Op basis van deze analyse heeft het secretariaat van het Observatorium een leidraad uitgewerkt. De leidraad bestaat uit richtlijnen waarvan het Observatorium denkt dat ze realistisch, haalbaar, maar ook noodzakelijk zijn om een goed zorgcontract op te stellen. Het is echter ook belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de richtlijnen niet exhaustief zijn: er werd een selectie gemaakt van items waarvan het Observatorium vindt dat ze zeker in een overeenkomst moeten figureren, maar uiteraard kan het onderwerp van het contract of de specifieke situatie van het ziekenhuis nog andere clausules vergen.

De leidraad werd in de loop van de maand december 2013 per omzendbrief aan alle Belgische ziekenhuizen overgemaakt met de vraag om deze leidraad te gebruiken bij het afsluiten van nieuwe of het heronderhandelen van bestaande zorgcontracten na 1 januari 2014.

Het Observatorium veronderstelt dat de ziekenhuizen vanaf begin 2014 gebruik hebben gemaakt van de leidraad bij het afsluiten van zorgcontracten.

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/jaarverslag-2012.pdf

Om te onderzoeken of deze oefening nuttig is geweest, is – op vraag van de plenair vergadering – een nieuwe bevraging bij de ziekenhuizen gebeurd in 2016. Een omzendbrief werd naar de ziekenhuizen gestuurd op 2 mei 2016. Meerdere rappels werden verstuurd naar die ziekenhuizen die nog niet geantwoord hadden.

In het totaal werden er 111 contracten ontvangen. Tien van deze contracten hadden betrekking op de ZOAST-overeenkomsten (zie punt 3.3.4). Daarnaast hadden 12 van de ontvangen contracten geen betrekking op zorgcontracten met buitenlandse zorgactoren in de strikte zin van het woord. Tien van deze 12 contracten hadden betrekking op samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners van een Belgisch ziekenhuis met een buitenlands ziekenhuis en de overige 2 contracten hadden betrekking op de verzorging van asielzoekers. De overige 89 contracten hadden betrekking op zorgcontracten van buitenlandse patiënten. Bij de analyse hebben we ons beperkt tot deze 89 contracten.

3.3.2. Methodologie van de analyse

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

De modelfiche heeft tot doel na te gaan of de aanbevelingen van de afspraken in de zorgcontracten zijn opgenomen zoals voorzien in leidraad.

Meer bepaald is nagegaan of in de zorgcontracten de volgende gegevens opgenomen:

- inlichtingen betreffende de contracterende partijen ;
- de datum van ondertekening ;
- 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 ;
- vergunnings- en registratiestatistiek van de zorgverlener ;
- vrijwaringsclausule die beoogt dat er kan enkel gebruik gemaakt worden van de beschikbare overcapaciteit zodat de toegankelijkheid van de Belgische patiënten niet in het gedrang komt ;
- de uitwisseling van medische gegevens ;
- de tarieven/prijs van de geneeskundige zorg ;
- 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 ;
- de informatie aan en communicatie met de patiënt ;
- de (eventuele) nabehandeling (bijv. afspraken rond verzorgingstrajecten) ;
- de facturatie.

3.3.3. Resultaten van de analyse

In tabel 7 wordt een overzicht gegeven van de analyse van de zorgcontracten op basis van de methodologie die in rubriek 3.3.2 toegelicht werd. In de tabel wordt telkens aangegeven hoeveel percent van de geanalyseerde contracten een specifiek element uit de leidraad bevat.

Tabel 7. Resultaten analyse zorgcontracten: % zorgcontracten waarin het betreffende gegevens is opgenomen

Hoedanigheid contractant	Aantal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Gevolmachtigde	10	100	100	100	100	10	90	90	100	100	0	100	90	0	100
Openbare zorgverzekeraar	47	96	98	96	81	74	6	77	100	100	2	100	68	47	100
Private zorgverzekeraar	28	79	54	39	68	61	0	21	64	54	0	89	7	7	86
Andere	4	75	25	0	50	0	0	50	75	0	0	75	25	0	75
Totaal	89	90	81	74	78	60	13	60	88	81	1	96	49	27	94

Legende tabel 7

Een gevolmachtigde treedt op in opdracht van een anderen partijen. Dit zijn voornamelijk zorgverzekeraars.

Onder zorgverzekeraar dient verstaan te worden een verzekeraar die uitvoerder is van de wettelijke ziektekostenverzekering.

Een private verzekeraar is een verzekeraar die (aanvullende) ziektekostenpolissen aanbiedt.

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. Bepaling betreffende vergunning- en registratiestatus
6. Vrijwaringsclausule ingeval van capaciteitsproblemen
7. Bepaling betreffende de uitwisseling van medische gegevens
8. Bepaling betreffende de prijs van de zorg
9. Bepaling betreffende de aard van de geneeskundige zorg
10. Bepaling betreffende het aantal patiënten
11. Bepaling betreffende de looptijd en vernieuwing/stopzetting van het contract
12. Bepaling betreffende informatie aan en communicatie met de patiënt
13. Bepaling betreffende de nabehandeling
14. Bepaling betreffende de financiële afrekening en facturatie

Men merkt onmiddellijk op dat in meer dan 80% van de contracten bepalingen bevatten betreffende (i) het toepasselijk recht, (ii) de gezondheidszorg, dewelke volgens de Belgische wetgeving wordt verleend, (iii) de prijs en het type van de zorg, (iv) de facturatie, en tenslotte (v) de vernieuwing en stopzetting van het contract.

In bijna geen enkel contract vinden we bepalingen betreffende de vrijwaringsclausule ingeval van capaciteitsproblemen en het aantal patiënten. Bepalingen inzake de informatie aan en communicatie met de patiënt en de nabehandeling komen in het beste geval in de helft van de contracten voor.

Vervolgens hebben we een analyses op de 48 zorgcontracten die werden afgesloten of hernieuwd in 2014, 2015 en 2016. Voor de resultaten hiervan, zie tabel 8.

Tabel 8 – resultaten analyse zorgcontracten vanaf 2014: % zorgcontacten waarin het betreffende gegevens is opgenomen

Hoedanigheid contractant	Aantal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Gevolmachtigde	7	100	100	100	100	14	100	100	100	100	0	100	86	0	100
Openbare zorgverzekeraar	35	97	100	100	83	74	3	71	100	100	0	100	80	40	100
Private zorgverzekeraar	5	100	80	80	60	60	0	20	40	80	0	100	0	20	80
Andere	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	48	96	96	96	81	63	17	69	92	96	0	98	71	31	96

In het algemeen voldoen de contracten die zijn opgesteld na de omzendbrief (2014, 2015 en 2016) beter aan de richtlijnen in vergelijking met de overige contracten (voor 2014 of geen datum). Maar de bepalingen betreffende de vrijwaringsclausule ingeval van capaciteitsproblemen (17%), het aantal patiënten (0%), en de nabehandeling (31%) blijven problematisch.

Verder kunnen we ook stellen dat de contracten opgesteld met een gevolmachtigde en/of openbare zorgverzekeraar in het algemeen beter voldoen aan de richtlijnen in vergelijking met contracten dewelke werden afgesloten met een private zorgverzekeraar.

Tenslotte hebben we een analyse op een selectie van de zorgcontracten namelijk deze waarin het jaartal van het contract werd gespecificeerd. Voor de resultaten hiervan zie onderstaande tabel 9.

Tabel 9 – resultaten analyse zorgcontracten % zorgcontacten waarin het betreffende gegeven is opgenomen voor en na de omzendbrief

Hoedanigheid contractant	Aantal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<u>Voor omzendbrief</u>	26	85	58	35	73	54	8	35	85	58	0	100	23	8	96
<u>Na omzendbrief</u>	48	96	96	96	81	63	17	69	92	96	0	98	71	31	96

Uit deze analyse blijkt duidelijk dat de omzendbrief een positief effect had op de kwaliteit van de zorgcontracten. Op bijna alle bepalingen van de omzendbrief zien we een verbetering.

3.3.4. ZOAST-Overeenkomsten

De grensoverschrijdende samenwerking inzake geneeskundige verzorging tussen België en Frankrijk wordt sinds een vijftiental 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)³.

De grensoverschrijdende samenwerking tussen België en Frankrijk wordt gerealiseerd via een aantal projecten en overeenkomsten. Die overeenkomsten hebben meestal betrekking op ziekenhuizen die

³ Belgisch Staatsblad van 18 februari 2011, 2^e ed.. Het Raamakkoord tussen België en Frankrijk is in werking getreden op 1 maart 2011.

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. Deze individuele overeenkomsten tussen ziekenhuizen werden opgenomen in de hierboven beschreven analyse.

De ontwikkeling van Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking⁴ 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.

Dergelijke ZOAST-overeenkomsten⁵ 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.

Met de inwerkingtreding van de ZOAST Littoral op 1 januari 2015 is in de volledige Belgisch-Franse grensstreek een ZOAST-overeenkomst van toepassing. Een overzicht van de ZOAST-overeenkomsten is terug te vinden in Bijlage 8.

In tabel 10 vindt u het aantal patiënten voor de jaren 2010, 2011 en 2012⁶. De cijfers tonen een verhouding van één (1) Belgische verzekerde naar Frankrijk ten opzichte van negen (9) Franse verzekerden naar België voor het jaar 2010⁷ met een stijging tot één (1) Belgische verzekerde naar Frankrijk ten opzichte van veertien (14) Franse verzekerden naar België in 2012⁸. 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.

⁴ Of GTGZ, maar vooral gekend onder zijn Franse acroniem ZOAST of *Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers*.

⁵ 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.

⁶ Meer recente, betrouwbare gegevens zijn momenteel niet beschikbaar.

⁷ Nota CGV 2013/176 van 17 mei 2013 betreffende *de overeenkomsten betreffende de Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ) – overzicht van de patiëntenstromen in 2010-2011*.

⁸ Nota CGV 2014/054 van 23 januari 2014 betreffende *de overeenkomsten betreffende de Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ) – overzicht van de patiëntenstromen in 2012*.

Tabel 10. ZOAST-overeenkomsten – aantal patiënten in 2010, 2011 en 2012

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

ZOAST	Aantal patiënten in 2012		Totaal
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	7.625	4	7.629
MRTW-URSA	1.804	1.208	3.012
ARLWY	2.522	n/m	2.522
MOMAU	n/m	n/m	n/m
TOURVAL	n/m	n/m	n/m
THIERACHE	ca. 2.500*	7	2.507
Totaal	14.451	1.219	15.670

* = schatting op basis van de betrokken ziekenhuizen meegedeelde medische activiteiten

Deze cijfers zijn gebaseerd op gegevens afkomstig van de ziekenhuizen waarop de ZOAST-overeenkomsten van toepassing zijn. Het betreft globale cijfers die een 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 en 2012 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.

De verzamelde gegevens laten evenwel toe een idee te krijgen van de impact van de grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten aan de Belgisch-Franse grens.

4. Conclusies en follow-up

Het Observatorium van Patiëntenmobiliteit is sinds 2011 actief. In deze periode werden de werkzaamheden vooral toegespitst op volgende opdrachten:

- (1) het verzamelen van gegevens inzake de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen. De bestaande registratiesystemen werden aangepast om de informatie te optimaliseren over de instroom van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen (MZG en Finhosta). Uit deze analyses blijkt dat het gaat om een relatief beperkte instroom. In het totaal kan men stellen dat buitenlandse patiënten slechts 1,53% van de totale ziekenhuisverblijven uitmaken. Blijvende monitoring van de instroom van buitenlandse patiënten blijft evenwel noodzakelijk. Dit is zeker nodig als er zich op Europees en internationaal niveau verder evoluties in vrij verkeer voordoen ;
- (2) het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars. Op basis van de resultaten van de analyse van de zorgcontracten, die Belgische ziekenhuizen met buitenlandse zorgverzekeraars hebben afgesloten, werd een leidraad opgesteld voor Belgische ziekenhuizen bij het afsluiten van dergelijke contracten met buitenlandse actoren. De evaluatie van de implementatie van deze leidraad maakt onderwerp uit van dit jaarverslag. De opvolging van deze leidraad zal ook in de toekomst verder worden gezet ;
- (3) het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling in Belgische ziekenhuizen van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling. Binnen het Observatorium overeenstemming werd bereikt over de methodologie die het IMA voorstelde om de wachttijden bij bepaalde chirurgische ingrepen en technische prestaties in ziekenhuismilieu te monitoren. De rapporten werden in dit jaarverslag besproken en syntheseverslagen bevinden zich in de Bijlagen.

In de toekomst zal moeten nagedacht worden in welke mate het Observatorium ook andere gegevens zou kunnen analyseren. We denken daarbij in het bijzonder aan:

- (i) gegevens betreffende de instroom van buitenlandse patiënten in de ambulante zorgverlening ;
- (ii) gegevens betreffende de uitstroom van Belgische patiënten naar het buitenland ;
- (iii) gegevens inzake de mobiliteit van Belgische zorgverstrekkers naar het buitenland als van buitenlandse zorgverstrekkers naar België (zowel fysiek als expertise)
- (iv) ook de deelstaten zullen moeten nadenken hoe zij ten gevolge van Zesde Staats hervorming hun bijdrage kunnen leveren tot de werkzaamheden van het Observatorium.

De werking van het Observatorium van Patiëntenmobiliteit getuigt van een goede interadministratieve samenwerking tussen de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Cel Datamanagement van het RIZIV en het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL. In het kader van de redesign van de federale gezondheidszorgadministraties zal deze samenwerking nog verder geoptimaliseerd worden.

We stellen echter een beperkte bijeenkomst en beperkte aanwezigheid van externen vast. In het kader van de redesign zal men ook trachten het overlegmodel te verlichten. Afhankelijk van de

evoluerende opdracht(en) van het Observatorium zal men moeten nadenken over de integratie van de verschillende opdrachten van het Observatorium van patiëntenmobiliteit in andere overlegorganen.

In de context van het krappe budgettaire kader zouden we ook willen voorstellen om over te gaan naar een lagere periodiciteit van verslagen (bijvoorbeeld om de drie jaar in plaats van jaarlijks), wat niet weerhoudt dat we een backoffice monitoring zullen blijven doen.

We nodigen daarom de Minister en de wetgever uit tot herdenking van de opdrachten van het Observatorium van Patiëntenmobiliteit, 10 jaar na de oprichting ervan.

Pedro Facon

Voorzitter van het Observatorium voor
patiëntenmobiliteit

Benoît Collin

Ondervoorzitter van het Observatorium voor
patiëntenmobiliteit

Bijlage 1: Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit

Geconsolideerde tekst (dd. 30 april 2013)

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

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

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen, hetgeen volgt :

HOOFDSTUK I. – Algemene bepaling

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

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

Art. 2. *[Opgeheven]*¹

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

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

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

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

"]²

HOOFDSTUK III. - Observatorium voor patiëntenmobiliteit

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

genoemd.

§ 2. De opdrachten 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. 11 mei 2017)

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

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

- Mevrouw Caroline DEITEREN (UNIZO)
- Mevrouw Rita THYS (VBO – Verbond van Belgische Ondernemingen)
- De heer Gianni DUVILLIER (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 Anne PANNEELS (ABVV – FGTV)
- Mevrouw Ann VAN LAER (ACV)
- De heer Christian MASAI (ABVV - FGTV)
- De heer Paul PALSTERMAN (ACV)
- De heer Hugo VAN LANCKER (ACLVB)

3° vijf vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen :

- Mevrouw Agnes CHAPPELLE (LCM)
- De heer Yves ADRIAENS (LNM)
- De heer Joeri GUILLAUME (NVSM)
- De heer Christian HOREMANS (MLOZ)
- De heer Michel THONARD (LLM)

4° vijf vertegenwoordigers voor de zorgverleners :

- Mevrouw Ingrid NOLIS (Zorgnet Vlaanderen)
- Mevrouw Ingrid DREEZEN (BVA – ABSyM)
- De heer Dirk BERNARD (Het kartel)
- De heer Yves SMEETS (Santhea)
- De heer Pierre SMIETS (FIH - Fédération des institutions hospitalières)

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

- De heer Pedro FACON, 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) :

- Mevrouw Yolande HUSDEN (Franstalige Gemeenschap)
- Mevrouw Sarah PAQUET (Duitstalige Gemeenschap)
- Mevrouw Ethel SAVELKOUL (GGC)
- Mevrouw Christine VAN DER HEYDEN (Vlaamse Gemeenschap)
- De heer Denis HENRARD (Waals Gewest)
- De heer Oliver GILLIS (COCOM)

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

- De heer Bernard VERHEYDEN

Secretariaat van het Observatorium :

- De heer Chris SEGAERT (RIZIV)
- De heer Pol GERITS (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu)

Bijlage 3: Patiëntenmobiliteit MZG 2014: verblijven van niet –residenten in Belgische ziekenhuizen

[Patiëntenmobiliteit MZG 2014: verblijven van niet –residenten in Belgische ziekenhuizen](#)

Bijlage 4: Feedback van de ziekenhuizen m.b.t. methodologie, analyse en rapport “medische beeldvorming”

[Bijlage 4](#)

Bijlage 5: Feedback van de ziekenhuizen m.b.t. methodologie, analyse en rapport “cataract-ingrepen”

[Bijlage 5](#)

Bijlage 6: IMA-syntheserapport wachttijden medische beeldvorming

[Bijlage 6](#)

Bijlage 7: IMA-syntheserapport wachttijden cataract-ingrepen

[Bijlage 7](#)

Bijlage 8: ZOAST-overeenkomsten

ZOAST-Overeenkomst	BE zorgverleners	Buitenlandse zorgverleners	Andere BE ondertekenende partijen	Andere buitenlandse ondertekenende partijen
ZOAST THIERACHE	Centre de Santé des Fagnes in Chimay	<ul style="list-style-type: none"> - CH du Pays d'Avesnes - Hôpital Départemental de Felleries-Liessies - CH de Fourmies - CH d'Hirson - Hôpital du Nouvion en Thiérache - CH de Vervins - Polyclinique de la Thiérache à Wignehies 	Verzekeringsinstellingen	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST ARDENNES	<ul style="list-style-type: none"> - CHU Mont-Godinne-Dinant, site Dinant - CHU Mont-Godinne-Dinant, site Godinne - Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin en Philippeville - Centre de Santé des Fagnes in Chimay 	<ul style="list-style-type: none"> - CH de Charleville - CH de Sedan - Hôpital local de Fumay - Vestigingen revalidatie des Ardennes – UGECAM in Charleville-Mézières (CRFA-site) en Warnecourt (CRFE site) <p>Pôle régional de recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHRU de Reims 	Verzekeringsinstellingen	ARH de Champagne -Ardennes
ZOAST MRTW-URSA	<ul style="list-style-type: none"> - CH Moeskroen - Jan Yperman Ziekenhuis leper - H.H. ziekenhuis Roeselare-Menen, Campus Menen - AZ Groeninge Kortrijk 	<ul style="list-style-type: none"> - CH de Tourcoing - CH de Roubaix - CH de Wattrelos - CH d'Armentières - CHRU de Lille - CH de Bailleul - CH de Hazebrouck - Le Centre l'Espoir de Hellemmes 	Verzekeringsinstellingen	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST LUXLOR (ex-ARLWY)	<ul style="list-style-type: none"> - Les Cliniques du Sud Luxembourg (Vivalia) - CH des Ardennes (Vivalia) in 	<ul style="list-style-type: none"> - CH Hôtel Dieu Alpha Santé - CH de Verdun 	Verzekeringsinstellingen	ARS de Lorraine

	Libramont	- vestigingen UGECAM des Ardennes in Charleville en Warnecourt		
ZOAST MOMAU (Mons-Maubeuge)	- CHR Mons-Warquignies - CHU Ambroise Paré in Bergen	- CH de Sambre-Avesnois - CH d'Hautmont - CH de Jeumont - CH d'Avesnes - 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	Verzekeringsinstellingen	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST TOURVAL (Tournai-Valenciennes)	CHWAPI Doornik	- CHR de Valenciennes - Le Centre l'Espoir de Hellemes	Verzekeringsinstellingen	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST LITTORAL	AZ Sint-Augustinus Veurne	CH de Dunkerque	Verzekeringsinstellingen	- ARS Nord-Pas-de-Calais - CPAM Roubaix-Tourcoing

