

# GEPLANDE ZORG VOOR BUITENLANDSE PATIËNTEN: IMPACT OP HET BELGISCHE GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM SYNTHESE





# GEPLANDE ZORG VOOR BUITENLANDSE PATIËNTEN: IMPACT OP HET BELGISCHE GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM SYNTHESE

BOB DE MARS, KATRIEN BOULANGER, PAUL SCHOUKENS, WALTER SERMEUS, CARINE VAN DE VOORDE, FRANCE VRIJENS, IMGARD VINCK





## ■ VOORWOORD

De Europese wetgeving over het vrij verkeer van goederen, diensten, kapitaal en personen laat ook een grote vrijheid van verkeer van patiënten toe in de Lidstaten. We kunnen dan ook vaststellen dat er verschillende patiëntenstromen uit andere landen komen. Zijn deze reeds omvangrijk, zullen ze nog groeien? Zullen ze leiden tot onevenwichten of kunnen ze aanleiding geven tot ongewenste effecten? Deze vragen dienden te worden gesteld en moeten verder worden geanalyseerd.

Het Rekenhof heeft in haar audit van twee jaar geleden de dubbele terugbetalingen van ziekenhuisuitgaven van buitenlandse patiënten aangekaart. Een Observatorium voor Patiëntenmobiliteit werd opgericht maar dit is pas sinds kort operationeel. We hopen dat dit rapport een nuttig instrument kan zijn bij het van start gaan van dit observatorium.

De aanvang van dit project was niet vanzelfsprekend. Het KCE heeft tot driemaal toe een onderzoeksteam moeten zoeken dat bereid en in staat was om dit project in samenwerking tot een goed einde te brengen. Uiteindelijk zijn twee teams van de K.U.Leuven – Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap en het Instituut voor Sociaal Recht – de uitdaging aangegaan. Daarnaast werden vijf ziekenhuizen bereid gevonden om aanvullende gegevens aan te leveren naast deze die we in de traditionele databanken terugvinden. We bedanken al deze partijen voor hun bereidwillige medewerking.

Jean-Pierre CLOSON  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ SYNTHESE INHOUDSTAFEL

<b>1.</b>	<b>ACHTERGROND .....</b>	<b>5</b>
1.1.	WAT IS GRENDOVERSCHRIJDENDE PATIËNTENMOBILITEIT? .....	5
1.2.	WAAROM GAAN MENSEN NAAR HET BUITENLAND VOOR GEZONDHEIDSZORG? .....	5
1.3.	KANSEN EN RISICO'S .....	5
<b>2.</b>	<b>REIKWIJDTE EN DOEL VAN DE STUDIE .....</b>	<b>6</b>
2.1.	NADRIJK OP SPECIFIEKE BUITENLANDSE PATIËTENGROEPEN .....	6
2.2.	REIKWIJDTE VAN DE STUDIE .....	6
<b>3.</b>	<b>DRIE TYPES VAN BUITENLANDSE PATIËNTENSTROMEN.....</b>	<b>7</b>
3.1.	PATIËNTEN DIE WORDEN BEHANDELD ONDER DEZELFDE VOORWAARDEN ALS PATIËNTEN DIE SOCIAAL VERZEKERD ZIJN IN BELGIË .....	8
3.1.1.	Patiëntenmobiliteit gebaseerd op de Europese Coördinatieverordening.....	8
3.1.2.	Grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten in grensstreken .....	8
3.2.	PATIËNTEN DIE DE KOSTEN VAN ZIEKENHUISBEHANDELINGEN ZELF BETALEN OF VOORSCHIETEN (DIRECT BILLING) .....	9
3.2.1.	Patiëntenmobiliteit op basis van het vrij dienstenverkeer .....	9
3.2.2.	Buitenlandse patiënten zonder financiering, geregeld via een grensoverschrijdend contract en/of wettelijke bepaling .....	10
3.3.	PATIËNTEN DIE VALLEN ONDER DE TOEPASSING VAN GRENDOVERSCHRIJDENDE CONTRACTEN.....	10
3.3.1.	Wat is een grensoverschrijdend contract? .....	10
3.3.2.	Juridische achtergrond .....	10
3.3.3.	Verschillende tarieven mogelijk indien legitiem doel.....	10
<b>4.</b>	<b>AANTAL EN KENMERKEN VAN DE DRIE TYPES BUITENLANDSE PATIËNTENSTROMEN NAAR BELGIË.....</b>	<b>10</b>
4.1.	ENKELE ALGEMENE RAMINGEN .....	11
4.1.1.	Ramingen op basis van de nationaliteit van de patiënt en het land van woonplaats .....	11
4.1.2.	Waar komen deze buitenlandse patiënten vandaan? .....	11
4.1.3.	Voor welk type van interventie komen buitenlandse patiënten naar België?.....	12



4.2.	PATIËNTEN DIE GEZONDHEIDSZORG KRIJGEN ONDER DEZELFDE VOORWAARDEN ALS BELGEN DIE AANGESLOTEN ZIJN BIJ DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING.....	14
4.3.	EEN RAMING VAN DE ANDERE PATIËNTENSTROMEN .....	2
4.3.1.	Ruwe schatting: 62 % van alle verblijven van buitenlandse patiënten .....	2
4.3.2.	Raming gebaseerd op ziekenhuisgegevens .....	2
4.4.	VERSCHIL IN ERNST VAN DE AANDOENING BIJ BUITENLANDSE PATIËNTEN?.....	17
<b>5.</b>	<b>DE INZAMELING VAN GEGEVENS VERBETEREN.....</b>	<b>17</b>
5.1.	GEEN RELEVANTE CRITERIA OM DE VERSCHILLENDE TYPES BUITENLANDSE PATIËNTEN TE IDENTIFICEREN.....	17
5.2.	VERZAMELEN EN MONITOREN VAN GEGEVENS DOOR HET OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT .....	18
<b>6.</b>	<b>GRENSOVERSCHRIJDENDE PATIËNTENMOBILITEIT EN FINANCIERING VAN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN .....</b>	<b>18</b>
6.1.	HOOFDKENMERKEN VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUISFINANCIERING .....	18
6.1.1.	Ziekenhuisfinanciering van niet-medische activiteiten voor klassieke hospitalisaties .....	19
6.1.2.	Ziekenhuisfinanciering van dagopnames.....	19
6.1.3.	Financiering van ziekenhuisinvesteringen .....	20
6.2.	SPANNING TUSSEN ZIEKENHUISFINANCIERING EN BUITENLANDSE PATIËNTENMOBILITEIT.....	20
6.2.1.	Gelijke groei van de ziekenhuissector staat op het spel .....	20
6.2.2.	Een uniforme gemiddelde verpleegdagprijs weerspiegelt niet altijd de werkelijke kosten ....	21
6.2.3.	Slechts een gedeeltelijke opname van kosten voor bouwen, aankoop en onderhoud in de verpleegdagprijs .....	21
6.2.4.	Twee antwoorden op deze problemen.....	21
6.3.	ALTERNATIEVE MECHANISMEN VAN ZIEKENHUISFINANCIERING EN WETTELIJKE BEPERKINGEN.....	22
6.3.1.	De huidige financieringsregels zijn enkel verdedigbaar indien het aantal Belgische patiënten dat naar het buitenland gaat en het aantal buitenlandse patiënten dat naar België komt, in evenwicht is.....	22
6.3.2.	Theoretische analyse van alternatieve mechanismen van ziekenhuisfinanciering en hun juridische impact.....	22
6.3.3.	Financiering per geval .....	22



<b>7.</b>	<b>WACHTLIJSTEN EN ZORGKwalITEIT .....</b>	<b>23</b>
7.1.	WACHTLIJSTEN .....	23
7.2.	ZORGKwalITEIT .....	23
<b>8.</b>	<b>ALGEMENE CONCLUSIES.....</b>	<b>24</b>
8.1.	LAAG, MAAR TOENEMEND AANTAL BUITENLANDSE PATIËNTENVERBLIJVEN .....	24
8.2.	GEBASEERD OP ONVOLLEDIGE DATAREGISTRATIESYSTEMEN .....	24
8.3.	FINANCIËLE STIMULANSEN VOOR BELGISCHE ZIEKENHUIZEN OM BUITENLANDSE PATIËNTEN AAN TE TREKKEN .....	24
8.4.	MAAR HET MONITOREN VAN WACHTLIJSTEN IS NODIG OM EEN VERMINDERDE TOEGANG VOOR BELGISCHE PATIËNTEN TE VOORKOMEN.....	24





## 1. ACHTERGROND

### 1.1. Wat is grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit?

Soms doen mensen een beroep op gezondheidszorg buiten hun eigen land. Sommigen reizen welbewust naar een ander land dan waar ze wonen en waar ze verzekerd zijn. Dit noemt men **geplande grensoverschrijdende zorg**. Sommigen kunnen (spoedeisende of dringende) zorg nodig hebben als ze ziek worden of gewond raken tijdens het reizen of wanneer ze tijdelijk in een ander land verblijven. Anderen willen toegang hebben tot de gezondheidszorginfrastructuur van het land waar zij wonen, terwijl ze sociaal verzekerd zijn in het land waar zij tewerkgesteld zijn. Geplande grensoverschrijdende zorg is dus maar één van de vormen van patiëntenmobiliteit.

Vandaag lijkt patiëntenmobiliteit een relatief bescheiden fenomeen te zijn in termen van aantallen patiënten. In het algemeen vertegenwoordigt grensoverschrijdende zorg in de Europese Unie (EU) 1% van de uitgaven voor publieke gezondheidszorg, waaronder spoedeisende zorg. Er bestaan echter geen betrouwbare gegevens over hun exacte aantal.

### 1.2. Waarom gaan mensen naar het buitenland voor gezondheidszorg?

De meest gebruikelijke redenen zijn: beschikbaarheid (in termen van kwantiteit, timing of type dienstverlening), eerder ontvangen zorg in het andere land, aanwezigheid van familie in het andere land, betaalbaarheid, vertrouwdheid met het gezondheidszorgsysteem (in termen van taal, geloof, cultuur of geschiedenis), vertrouwen in de zorgverleners en vermeende kwaliteit. Voor patiënten die in grensstreken wonen, kan de geografische locatie ook een rol spelen. Patiënten die immigrerden naar een ander land, willen soms beroep doen op het gezondheidszorgsysteem van het land van herkomst omdat ze met dit systeem vertrouwd zijn.

De belangrijkste bekommernis voor patiënten die naar het buitenland reizen voor geplande of electieve medische interventies heeft te maken met de betaling of terugbetaling van de medische kosten en gerelateerde reis- en verblijfskosten. In deze tekst worden patiënten die geplande zorg wensen in een ander land "buitenlandse patiënten" genoemd. De studie heeft geen betrekking op buitenlandse patiënten die in België wonen.

### 1.3. Kansen en risico's

Belangrijke spelers aan de "vraagzijde", samen met de patiënten, zijn de buitenlandse verzekeraars die hun patiënten naar het buitenland sturen voor geplande interventies. Belgische ziekenhuizen zijn interessante partners voor buitenlandse verzekeraars in de buurlanden omwille van de geografische nabijheid en de taalverwantschap. Anders spelers kunnen overheden zijn die hun burgers toegang tot gezondheidszorg bieden in het buitenland om de eigen wachtlijsten korter te maken.

Naarmate het aantal buitenlandse patiënten toeneemt, kunnen zich diverse kansen maar ook risico's voordoen aan de "aanbodzijde". Voor ziekenhuizen kan grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit een mogelijkheid bieden om befaamde artsen aan te trekken, expertise en ervaring op te doen en een referentiecentrum te worden voor bepaalde behandelingen en aandoeningen. Maar voor diezelfde ziekenhuizen, evenals voor de ziekenhuizen die weinig of geen buitenlandse patiënten behandelen, is ook een negatief financieel effect mogelijk. Het Belgische systeem van ziekenhuisfinanciering bevat immers geen mechanismen om rekening te houden met een toenemend aantal buitenlandse patiënten. Als het aantal buitenlandse patiënten stijgt of als de behandeling van buitenlandse patiënten meer lucratief wordt voor artsen of ziekenhuizen, zou dit kunnen tot gevolg hebben dat voorrang wordt gegeven aan de behandeling van buitenlandse patiënten. Hierdoor zouden wachtlijsten voor Belgische patiënten kunnen ontstaan.

Voor de overheid zijn het verlies van controle over het gezondheidszorgsysteem en de impact van buitenlandse patiëntenstromen op de zorgtoegankelijkheid een belangrijke bekommernis. Daarom hebben de Belgische beleidsmakers patiëntenmobiliteit hoog op de politieke agenda gezet met de oprichting van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit.



## 2. REIKWIJDTE EN DOEL VAN DE STUDIE

### 2.1. Nadruk op specifieke buitenlandse patiëntengroepen

Deze studie richt zich op:

- patiënten die niet verzekerd zijn in België, maar die naar België reizen om geplande gezondheidszorg te ontvangen;
- buitenlandse patiënten die geplande zorg krijgen na een spoedopname in België.

Deze studie heeft geen betrekking op:

- immigranten met een buitenlandse nationaliteit, die woonachtig maar niet verzekerd zijn in België. Hoewel ze strikt genomen niet behandeld worden in de studie, worden ze toch beschreven in de kwantitatieve analyse, aangezien ze een vrij groot volume van ziekenhuisverblijven vertegenwoordigen, en ze dus een impact kunnen hebben op de ziekenhuisfinanciering;
- buitenlanders die dringende medische bijstand of ongeplande medische zorg nodig hebben terwijl ze in België verblijven;
- psychiatrische ziekenhuizen, verpleegtehuizen, revalidatiecentra en diensten voor bejaarden, aangezien we de nadruk leggen op acute ziekenhuisverblijven (waaronder ook de daghospitalisaties).

### 2.2. Reikwijdte van de studie

Het primaire doel van de studie is om de huidige buitenlandse patiëntenstromen in België te beschrijven en om de financiële impact ervan op ons gezondheidszorgstelsel te analyseren. Bovendien zullen ook mogelijke niet-financiële gevolgen kort besproken worden. Meer specifiek worden de volgende onderzoeksvragen behandeld:

- Wat zijn de voorwaarden waaronder patiënten van binnen en buiten de Europese Unie (EU) van geplande medische interventies kunnen genieten in België?

Is voorafgaande toestemming nodig voor de financiering van de kosten? Wie zal de kosten dekken? Welke kosten worden gedekt?

- Hoeveel patiënten komen naar België (2004-2008) voor geplande interventies en wat zijn hun kenmerken?
- Wat zijn de verschillende financiële gevolgen van deze patiëntenmigratie?

Hoe kunnen de buitenlandse patiëntenstromen (wettelijk) gefactureerd worden en wat is de financiële impact op ons gezondheidszorgstelsel, in het bijzonder op de ziekenhuisfinanciering? Welke opties, gericht op een meer nauwkeurige facturering van buitenlandse patiëntenstromen, en welke aanpassingen aan de Belgische wetgeving in geval van implementatie, kunnen worden voorgesteld?

- Wat zijn de mogelijke gevolgen van deze patiëntenmigratie op wachtlijsten en zorgkwaliteit?



### 3. DRIE TYPES VAN BUITENLANDSE PATIËNTENSTROMEN

De laatste decennia ontstond een nieuwe generatie patiënten van binnen en buiten de Europese Unie die buiten de eigen landsgrenzen gaat om van gezondheidszorg te genieten. Voor deze grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit werden reglementeringen ontwikkeld. Diverse financiële en organisatorische mechanismen werden opgezet op Europees niveau, voornamelijk via wetgeving en rechtspraak.

Er zijn drie types van buitenlandse patiëntenstromen:

- patiënten die onder dezelfde voorwaarden worden behandeld als patiënten aangesloten bij de Belgische ziekteverzekering;
- patiënten die de kosten van de ziekenhuisbehandelingen zelf betalen of voorschieten (direct billing);
- patiënten die vallen onder de toepassing van grensoverschrijdende contracten.

Deze patiëntengroepen verschillen in termen van wetgeving, verplichte voorafgaande toestemming, de aard en omvang van de zorg die zij kunnen genieten, het tarief dat kan worden aangerekend en de methode van verrekening van de kosten. Tabel 1 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 1: Overzicht van de verschillende types buitenlandse patiënten

Wettelijke basis	Voorafgaande toestemming voor terugbetaling?	Verzekerd pakket, tarief, type zorgverstreker	Wijze van betaling	Kunnen andere tarieven worden aangerekend?
<b>Patiënten behandeld onder dezelfde voorwaarden als een in België verzekerde patiënt</b>				
Verordening (EER patiënt met wettelijke dekking)	Altijd vereist, via E112/S2 formulier	Wetgeving van land van behandeling; supplementaire dekking mogelijk indien betere dekking in thuisland	Derdebetalersregeling of terugbetaling; vergoedingsregeling tussen lidstaten	Nee
Grensstreekcontracten	Automatische toestemming	Wetgeving van de lidstaat van behandeling; negotiatie van tarieven mogelijk indien patiënt niet wettelijk gedekt	Derdebetalersregeling of terugbetaling; vergoedingsregeling tussen lidstaten	Nee
<b>Onmiddellijke facturatie</b>				
Op het Verdrag gebaseerde vrijheid van diensten/EER-overeenkomst (EER patiënt met wettelijke dekking)	Thuisland mag voorafgaande toestemming vereisen voor klassieke hospitalisaties of duur medisch materiaal	Wetgeving van thuisland	Onmiddellijke facturatie aan patiënt	Nee, tenzij noodzakelijke en proportionele maatregel om een gerechtvaardigd doel te beschermen
Richtlijn Patiëntenmobiliteit (EU patiënt met wettelijke dekking)*	Thuisland mag voorafgaande toestemming vereisen voor klassieke hospitalisaties, duur medisch materiaal of indien er risico's zijn voor de veiligheid van de patiënt of de bevolking	Wetgeving van thuisland	Onmiddellijke facturatie aan patiënt	Nee
EU patiënt zonder wettelijke dekking	Niet vereist	Alles zelf betalen, eventueel private dekking in thuisland	Onmiddellijke facturatie aan patiënt	Nee, tenzij noodzakelijke en proportionele maatregel om een gerechtvaardigd doel te beschermen; nee indien toepassing Richtlijn
Patiënten buiten de EER, geen wettelijke basis	Niet vereist	Alles zelf betalen, eventueel wettelijke of private dekking in thuisland	Onmiddellijke facturatie aan patiënt	Nee, tenzij noodzakelijke en proportionele maatregel om een gerechtvaardigd doel te beschermen
<b>Grensoverschrijdende contracten</b>				
Contract betreffende EU of non-EU patiënten	Mogelijk indien voorzien in het contract	Contractuele vrijheid, Belgische tarieven maar afwezigheid van supplementaire financiële bijdrage voor patiënt	Contractuele vrijheid, meestal een vereenvoudigde E112/S2 (EU) of onmiddellijke facturatie aan buitenlandse zorgverzekeraar	Nee, tenzij noodzakelijke en proportionele maatregel om een gerechtvaardigd doel te beschermen

\* Omzetting ten laatste tegen 25 oktober 2013

EU= Europese Unie - EER= Europese Economische Ruimte

### 3.1. Patiënten die worden behandeld onder dezelfde voorwaarden als patiënten die sociaal verzekerd zijn in België

#### 3.1.1. *Patiëntenmobiliteit gebaseerd op de Europese Coördinatieverordening*

*De buitenlandse patiënt wordt behandeld onder dezelfde voorwaarden als een patiënt die sociaal verzekerd is in het land van behandeling.*

##### **Juridische achtergrond**

Om de mobiliteit van werknemers binnen de Europese Unie te vergemakkelijken werd de reglementering van de sociale zekerheidsstelsels van de lidstaten gecoördineerd (verordeningen 1408/71 en 574/72), nu vervangen door verordeningen 883/2004 en 987/2009).

##### **Voorwaarden**

Als een patiënt uit een andere lidstaat gezondheidszorg wil ontvangen in België, zorgt de eigen lidstaat (meestal het land waar de patiënt werkt en sociale zekerheidsbijdragen betaalt) voor dekking volgens de Belgische reglementering. Bijgevolg volgen de gedekte zorg, de mate en de manier van dekking en/of de toegepaste tarieven en de zorgverleners het Belgische systeem. Bijkomende dekking is mogelijk als de wetgeving van de eigen lidstaat gunstiger terugbetalingsvoorwaarden voorziet, maar de werkelijke behandelingskosten mogen uiteindelijk niet overschreden worden.

##### **De patiënt moet de kosten niet voorschieten**

Deze patiënten moeten de kosten niet voorschieten aangezien ze kunnen genieten van het derdebetalerssysteem dat in België voor ziekenhuizen van toepassing is. Immers, als de staat waar de behandeling plaatsvindt een zorg in natura-systeem gebruikt, zal de patiënt in natura ("gratis") toegang hebben. Wel zal hij de eigen bijdragen moeten betalen net zoals de nationaal verzekerde patiënten. Andere voordelen, vergeleken met de contractgebaseerde patiëntenmobiliteit (zie infra), zijn een betere overeenstemming tussen het dekkingsniveau en de tarieven. In sommige

gevallen zijn ze gedekt voor diensten die niet opgenomen zijn in het verzekerd pakket van hun thuisland.

##### **Voorafgaande toestemming is nodig**

De patiënt moet voorafgaand toestemming vragen aan de bevoegde instelling (derdebetalers) in zijn land om dekking te bekomen voor de buitenlandse behandeling. Als de behandeling wordt toegestaan, reikt de ziekteverzekeraar een S2-formulier uit (het vroegere E112-formulier). Dit formulier geeft de behandeling(en) aan en de duur waarvoor de toestemming verleend wordt. De staat waar de patiënt wordt behandeld is gebonden aan deze specificaties. In principe heeft de bevoegde instelling een bepaalde autonomie om al dan niet toestemming te verlenen. Ze moet wel toestemming verlenen als de behandeling deel uitmaakt van de voordelen in de eigen lidstaat en daar niet kan worden gegeven binnen een medisch verantwoorde tijdslimiet.

##### **Er mogen geen verschillende tarieven worden aangerekend**

De lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, kan geen hogere tarieven aanrekenen dan degene die van toepassing zijn op patiënten die aangesloten zijn bij de nationale ziekteverzekering.

#### 3.1.2. *Grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten in grensstreken*

##### **Vereenvoudigde procedure**

In het begin van de jaren 90 ontstonden grensoverschrijdende projecten, vooral in de grensstreken, om de toegang tot gezondheidszorgverleners in de grensstreken te vereenvoudigen en een efficiënte samenwerking te stimuleren. De ZOAST-overeenkomsten (Georganiseerde grensoverschrijdende zones voor toegang tot zorg tussen België en Frankrijk) bijvoorbeeld, zijn een samenwerkingsproject tussen bepaalde Belgische en Franse ziekenhuizen. Deze grensoverschrijdende projecten volgen de logica van de Europese Coördinatieverordeningen. In het algemeen wordt de toegangsprocedure voor grensoverschrijdende zorg vereenvoudigd door middel van een minder complexe versie van de E112-procedure (zie 3.1.1). Dit geeft automatisch voorafgaande toestemming voor grensoverschrijdende zorg aan mensen die in een grensstreek wonen.



### Er mogen geen verschillende tarieven worden aangerekend

De grensoverschrijdende projecten volgen de logica van de Europese Coördinatieverordeningen. De lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, kan geen hogere tarieven aanrekenen dat degene die van toepassing zijn op de patiënten die aangesloten zijn bij de nationale ziekteverzekering.

## 3.2. Patiënten die de kosten van ziekenhuisbehandelingen zelf betalen of voorschieten (direct billing)

### 3.2.1. Patiëntenmobiliteit op basis van het vrij dienstenverkeer

*De patiënt wordt behandeld onder dezelfde voorwaarden als in zijn thuisland.*

#### Juridische achtergrond

Patiënten aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering van een lidstaat van de Europese Economische Ruimte (EER)<sup>a</sup> kunnen zich beroepen op het recht van vrij verkeer van diensten en goederen om binnen de Europese Unie te reizen voor medische interventies. Op basis van dit fundamentele principe, vastgelegd in het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (artikelen 56-57 VWEU), heeft het Europese Hof van Justitie (EHJ) het vrij patiëntenverkeer vorm gegeven door middel van verschillende rechtszaken.

#### De patiënt schiet de kosten voor

De patiënt wordt behandeld alsof de gezondheidszorg in zijn thuisland wordt verleend. Bijgevolg zullen het verzekerd pakket, het toepasselijke tarief en het type zorgverlener (publiek of privé) afhangen van hetgeen daar wordt aangeboden. De patiënt schiet de kosten voor en krijgt een terugbetaling van het gezondheidszorgsysteem waardoor hij gedekt is, op basis van:

- de terugbetalingstarieven (in geval van een terugbetalingssysteem);

<sup>a</sup> De 27 lidstaten van de EU, IJsland, Liechtenstein en Noorwegen vormen de Europese Economische Ruimte (EER).

- de dekkingstarieven die worden toegestaan aan de gezondheidszorgverlener (in geval van een systeem van zorg in natura).

#### Voorafgaande toestemming kan vereist worden in specifieke omstandigheden

Een land van oorsprong kan voorafgaande toestemming vereisen voor de dekking van kosten voor ziekenhuiszorg in het buitenland en voor ambulante zorg waarbij dure medische apparatuur betrokken is. Zij moet echter toestemming verlenen indien de behandeling deel uitmaakt van het verzekerd pakket in het thuisland en daar niet kan worden gegeven binnen een medisch verantwoorde tijdslimiet.

#### Hogere tarieven kunnen in beginsel niet aangerekend worden

Het EU beginsel van gelijke behandeling op basis van nationaliteit verbiedt het aanrekenen van hogere tarieven voor gezondheidszorg aan patiënten uit andere lidstaten zelfs al betalen zij geen belastingen of sociale zekerheidsbijdragen in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt.

Indirecte tariefdiscriminatie zou wel kunnen worden toegestaan indien dit een noodzakelijke en proportionele maatregel is om een gerechtvaardigd doel te beschermen (bijv. bescherming van de volksgezondheid, bewaren van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel) wanneer dit op objectieve gegevens kan worden gestoeld.

#### Codificatie van de uitspraken van het Europese Hof van Justitie

De geval per geval benadering van het Europese Hof van Justitie leidde tot leemten in de regelgeving en tot rechtsonzekerheid voor de patiënten. Daarom werden de regels achter de contractgebaseerde patiëntenmobiliteit gecodificeerd door de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (Richtlijn Patiëntenmobiliteit).

#### Patiënten kunnen een meer voordelige mobiliteitsroute kiezen

De EU-richtlijn handhaaft het onderscheid tussen de Europese Coördinatieverordeningen en het contractgebaseerde EHJ jurisprudentierecht. De patiënt heeft echter het recht om te kiezen voor de mobiliteitsroute die zijn voorkeur geniet. Als de coördinatieverordeningen

gunstiger kunnen uitvallen, moet het thuisland, waar de patiënt sociaal verzekerd is, hem daarop wel attent maken.

Bijkomende mogelijkheden om het bedrag van de terugbetaling en de terugbetaling zelf (**voorafgaande toestemming**) te beperken werden door de Richtlijn ingevoerd. Wel werd het algemene Europese beginsel van non-discriminatie op basis van nationaliteit bevestigd: dit **verbiedt een verschil in tarifiering** voor patiënten uit een andere lidstaat.

### 3.2.2. *Buitenlandse patiënten zonder financiering, geregeld via een grensoverschrijdend contract en/of wettelijke bepaling*

Sommige buitenlandse patiënten komen op eigen initiatief naar België voor geplande behandelingen. Ze kunnen geen beroep doen op een contract voor medische behandeling en/of een wettelijke coördinatiebepaling in of buiten de EU. Ze moeten de kosten voor de medische behandeling zelf betalen of zijn gedekt door een private verzekering.

#### **Tarieven: verschil tussen patiënten van binnen en buiten de EU**

De Europese wetgeving verbiedt het aanrekenen van een hoger tarief op basis van nationaliteit voor **EU patiënten** ook al zijn ze niet opgenomen in een wettelijke ziekteverzekering (tenzij de tariefdifferentiatie kan gerechtvaardigd worden als een noodzakelijke en proportionele maatregel om een gerechtvaardigd doel te dienen).

**Patiënten van buiten de EU**, die zich buiten het kader van een sociale zekerheid bevinden (of ze nu al dan niet een verplichte dekking van de gezondheidszorg krijgen) worden in principe beschermd door het principe van gelijke behandeling voorzien binnen het Belgisch wettelijk kader. Volgens het Belgisch Grondwettelijke Hof kan een verschil in dekking van (buiten EU) buitenlandse personen gerechtvaardigd worden indien kan worden bewezen dat de patiënt *onvoldoende verbondenheid heeft* met België. Dit is zeker het geval voor patiënten die alleen in een Belgisch ziekenhuis verblijven om een geplande behandeling te ondergaan. Zelfs dan kan een hoger tarief alleen aanvaard worden als het een noodzakelijke en proportionele maatregel is om een bepaald doel te bereiken, bijv. een meer gelijke verdeling van de financiële lasten tussen nationale en buitenlandse patiënten.

### 3.3. **Patiënten die vallen onder de toepassing van grensoverschrijdende contracten**

#### 3.3.1. *Wat is een grensoverschrijdend contract?*

Het slaat op een contract voor specifieke patiëntenstromen tussen minstens twee partners in verschillende lidstaten of tussen een partij in een lidstaat en een andere buiten de EU. De contracterende partijen kunnen publieke of private gezondheidszorgverleners zijn, publieke of private verzekeraars en/of openbare organisaties.

#### 3.3.2. *Juridische achtergrond*

Momenteel bestaat er geen internationaal of nationaal juridisch kader voor dit type grensoverschrijdende contracten.

#### 3.3.3. *Verschillende tarieven mogelijk indien legitiem doel*

In principe staat het de contracterende partijen vrij om alle voorwaarden in het contract vast te leggen. De Belgische wetgeving maakt echter de gelijke behandeling verplicht van buitenlandse patiënten die (wettig) in België verblijven. Verschillende behandelingen (bijv. tariefdiscriminatie) zouden kunnen gerechtvaardigd worden door een legitiem doel (bijv. het beschermen van het financiële evenwicht van het nationale gezondheidszorgsysteem), als de maatregelen noodzakelijk zijn en in verhouding tot het beoogde doel. Ook de groep van EU/EER patiënten die onder een contract komen, kunnen verschillend gefactureerd worden zolang de buitenlandse verzekeraar en niet de patiënt de extra kosten betaalt.

## 4. **AANTAL EN KENMERKEN VAN DE DRIE TYPES BUITENLANDSE PATIËNTENSTROMEN NAAR BELGIË**

Hoeveel buitenlandse patiënten steken de Belgische grens over voor geplande medische interventies? Wat is hun betalingsmethode? Waar komen ze vandaan? Om een antwoord op deze vragen te kunnen geven, werden twee types gegevens verzameld en geanalyseerd. Ten eerste werden alle klinische en financiële ontslaggegevens uit alle Belgische acute ziekenhuizen geanalyseerd over de periode 2004-2008 (en 2009



alleen voor financiële gegevens). Ten tweede werd een specifieke enquête georganiseerd in vijf ziekenhuizen die gegevens op microniveau wilden bezorgen.

#### Minimale Klinische Gegevens (MKG)

Een administratieve database met informatie over alle patiëntenverblijven in alle Belgische ziekenhuizen op het moment van ontslag. De informatie omvat het geboortjaar, het geslacht, de verblijfsduur en alle diagnoses en procedures. De ziekenhuisopnames worden geklasseerd volgens APR-DRG (zie hieronder). De MKG zijn sinds 2008 onderdeel van de MZG (Minimale Ziekenhuisgegevens).

#### All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRG)

Het gaat om 355 groepen, ingedeeld volgens de reden van opname, de gevolgde chirurgische procedure en de ernst van de aandoening.

#### Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV)/Anonieme Daghospitalisaties (ADH)

Financiële administratieve gegevens over alle terugbetaalde behandelingen, per hospitalisatie. Deze gegevens worden door de ziekenhuizen aan de ziekenfondsen bezorgd.

## 4.1. Enkele algemene ramingen

### 4.1.1. Ramingen op basis van de nationaliteit van de patiënt en het land van woonplaats

Algemene ramingen kunnen worden gemaakt op basis van de Minimale Klinische Gegevens (MKG), waarin patiënten met een buitenlandse nationaliteit en een woonplaats buiten België gemakkelijk kunnen worden geïdentificeerd.

In 2008 werden 22 679 buitenlandse patiënten opgenomen in Belgische ziekenhuizen (Tabel 2). Dit aantal vertegenwoordigt slechts 1,29% van het totaal aantal ziekenhuisopnames. Dit percentage is waarschijnlijk een lichte overschatting aangezien de spoedopnames voor de verordeningpatiënten niet konden worden uitgesloten. Nochtans is er een continue stijging: over een periode van 5 jaar (2004-2008) steeg het percentage buitenlandse ziekenhuispatiënten met 60%.

Ook voor dagopnames tonen de ramingen aan laag aandeel buitenlandse patiëntenverblijven (ongeveer 1% tot 1,4%, te vergelijken met de klassieke hospitalisaties) en er is een vergelijkbare toename tussen 2006 en 2007. Deze gegevens zijn om verschillende redenen wel minder betrouwbaar.

**Tabel 2: Aantal verblijven voor patiënten met een buitenlandse nationaliteit die in het buitenland wonen en gehospitaliseerd werden in België, vergeleken met het totale aantal hospitalisaties in Belgische ziekenhuizen - Klassieke hospitalisaties en dagopname (bron: MKG, 2004-2008)**

	Klassieke hospitalisatie			Dagopname *		
	Buitenlander die in het buitenland woont	Alle patiënten	% van totaal	Buitenlander die in het buitenland woont	Alle patiënten	% van totaal
<b>2004</b>	14 369	1 681 415	0,85	NB	1 046 169	NB
<b>2005</b>	17 970	1 691 122	1,06	NB	1 086 171	NB
<b>2006</b>	19 224	1 693 793	1,13	12 884	1 128 445	1,14
<b>2007</b>	21 072	1 679 380	1,25	15 794	1 219 634	1,29
<b>2008</b>	22 679	1 757 615	1,29	15 880	1 609 525	0,98

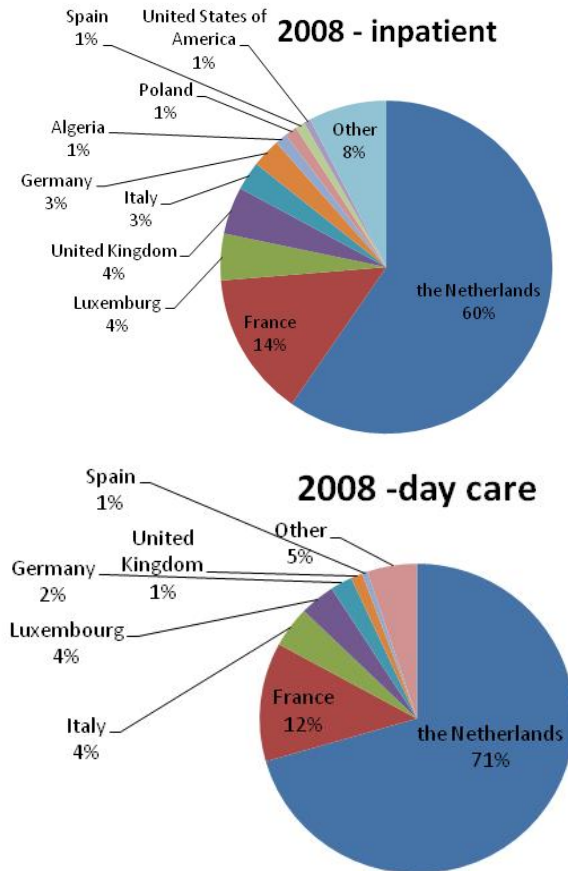
\*: omvat geen kortverblijven op de spoedafdeling

NB: niet beschikbaar

### 4.1.2. Waar komen deze buitenlandse patiënten vandaan?

De meeste buitenlandse patiënten zijn afkomstig uit Nederland (in 2008, 60% van de klassieke hospitalisaties, 71% van de dagopnames) en Frankrijk (14% en 12% respectievelijk) (Figuur 1).

**Figuur 1: Land van woonplaats van patiënten met een buitenlandse nationaliteit, die in het buitenland wonen en gehospitaliseerd werden in België (bron: MKG, 2008).**



#### 4.1.3. Voor welk type van interventie komen buitenlandse patiënten naar België?

Op basis van de reden voor opname en de uitgevoerde procedure tijdens de hospitalisatie, kunnen deze verblijven worden gegroepeerd in ruime categorieën, die de All Patients Refined Diagnoses Related Groups (APR-DRG) worden genoemd.

Voor de klassieke hospitalisaties houden bijna een vierde van alle verblijven in 2008 verband met het musculoskeletale systeem (APR-DRG 310 - ingreep voor rug en nek, 302 - electieve heupprothese, 315 - ingreep voor schouder, elleboog en voorarm, 304 - dorsale en lumbale wervelfusie). De meest voorkomende aparte interventies hebben te maken met een obesitas probleem (7,4% in 2008). Electieve percutane coronaire revascularisatie (PCI) scoorde nummer drie in 2008 bij de klassieke hospitalisaties (Tabel 3).

Zoals verwacht zijn de redenen voor de dagopnames verschillend, maar een kwart van deze hospitalisaties heeft eveneens te maken met het musculoskeletale systeem. De meest frequente redenen zijn gegroepeerd binnen DRG850 "ingrepen met diagnose of revalidatie of nazorg of ander contact met gezondheidszorgdiensten" (met inbegrip van vragen i.v.m. voortplanting zoals in vruchtbaarheidsklinieken, en genetische counseling) en chemotherapie (DRG693). Verschillen in codering maken het moeilijk om tendensen voor dagopname te interpreteren. Daarom worden hier alleen resultaten voor 2008 weergegeven.





Tabel 3: Top 10 van APR-DRG voor patiënten met buitenlandse nationaliteit en in het buitenland wonend (bron: MKG, 2008)

A. Klassieke Hospitalisatie

APR-DRG	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%
<b>N (totaal)</b>	14 369	17 790	19 224	21 072	22 679
<b>403 - Ingrepen voor obesitas</b>	4,93	10,01	9,94	9,12	7,38
<b>310 - Ingrepen voor rug en nek, met uitzondering van dorsale en lumbale wervelfusie</b>	3,80	4,72	4,72	4,97	4,55
<b>175 - Percutane cardiovasculaire ingrepen zonder hartinfarct</b>	3,44	3,04	2,98	3,10	2,84
<b>302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma</b>	3,16	2,99	2,91	2,94	4,49
<b>862 - Andere factoren die de gezondheidsstatus beïnvloeden*</b>	3,51	2,63	2,63	2,21	2,10
<b>315 - Ingrepen voor schouder, elleboog en voorarm</b>	1,88	2,35	2,14	2,61	2,33
<b>313 - Ingrepen voor knie en onderbeen, behalve voet</b>	1,73	1,99	2,03	2,11	2,37
<b>560 - Vaginale bevalling</b>	2,07	1,93	2,07	1,83	1,70
<b>304 - Ingrepen voor dorsale en lumbale wervelfusie behalve voor rugkromming</b>	1,22	1,51	2,14	2,53	2,43
<b>693 - Chemotherapie</b>	1,90	1,75	1,78	2,01	2,19

\* dit omvat een groot aantal niet-specifieke codes, zoals opvolgingsonderzoeken en nazorg na chirurgie.

B. Dagopname (2008)

APR-DRG	% (N= 15 880)
<b>850 - Procedure met diagnose of ander contact met gezondheidszorgdiensten*</b>	13,57
<b>693 - Chemotherapie</b>	12,34
<b>347 - Medische rugproblemen</b>	11,26
<b>313 - Ingrepen voor knie en onderbeen, behalve voet</b>	5,52
<b>073 - Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie</b>	5,38
<b>862 - Andere factoren die de gezondheidsstatus beïnvloeden**</b>	3,58
<b>250 - Andere diagnoses m.b.t. het spijsverteringsstelsel</b>	3,07
<b>192 - Hartkatheterisatie wegens ischemische hartaandoening</b>	2,35
<b>114 - Aandoeningen van tanden en mond</b>	2,01
<b>175 - Percutane cardiovasculaire ingrepen zonder hartinfarct</b>	1,73

\*dit houdt ook procreatief management (vruchtbaarheidsklinieken) en genetische counseling in

\*\* dit omvat een groot aantal niet-specifieke codes, zoals opvolgingsonderzoeken en nazorg na chirurgie



#### 4.2. Patiënten die gezondheidszorg krijgen onder dezelfde voorwaarden als Belgen die aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering

De financiële ontslaggegevens (Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV)/ Anonieme Daghospitalisaties (ADH)) laten toe om de verordeningspatiënten en de patiënten van de grensstreekcontracten te identificeren. Aangezien al deze patiënten vooraf toestemming moesten vragen voor hun zorg, zijn alle behandelingen geplande interventies.

Tabel 4 toont dat voor **klassieke hospitalisaties**, de meeste opnames gebeuren via de E112/S2 procedure (voorafgaande toestemming). In 2009 waren er 6 418 geplande klassieke opnames, waarvan 80% via E112/S2 en 20% patiënten van grensstreekcontracten.

Bij de **dagopnames** zijn de twee ongeveer in evenwicht (11 021 opnames, waarvan 45% E112 en 55% patiënten van grensstreekcontracten).

##### **Aantal klassieke hospitalisaties varieert over de tijd**

Het aantal geplande klassieke hospitalisaties via E112 en via grensstreekcontracten varieert over de tijd. Het aantal steeg van 2004 tot 2007 (+30%) en daalde in 2008 (-26%) en verder in 2009 (-7%). Een mogelijke verklaring van deze fluctuatie is het groeiende aantal contracten met Nederlandse ziekteverzekeraars dat begon via E112/S2 toestemming en dan verschoof naar grensstreekcontracten. Voor dagopnames is er enige variatie van jaar tot jaar, maar de variatie is geringer en er kan geen duidelijke tendens worden vastgesteld.

**Tabel 4: Aantal patiëntenverblijven voor E112 en patiënten van grensstreekcontracten - klassieke hospitalisaties en dagopnames (bron: AZV/ADH, 2004-2009)**

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	E112	C.A.	E112	C.A.	E112	C.A.	E112	C.A.	E112	C.A.	E112	C.A.
<b>Dagopname</b>	9 268	236	9 193	208	12 892	66	11 879	54	10 982	150	4 967	6 054
<b>Klassieke hospitalisatie</b>	6 358	725	7 232	540	8 298	82	9 187	62	6 823	63	5 120	1 298

*C.A. : grensstreekcontracten (zoals ZOAST, INTERREG en IZOM-overeenkomsten)*

### 4.3. Een raming van de andere patiëntenstromen

#### 4.3.1. *Ruwe schatting: 62 % van alle verblijven van buitenlandse patiënten*

Contract- en direct billing patiënten zijn niet opgenomen in de financiële datasets (Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV)/Anonieme Daghospitalisaties (ADH)) omdat de Belgische verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt. Bijgevolg kan voor deze categorieën slechts een ruwe schatting worden gegeven. In 2008 hospitaliseerde België 6 886 verordeningpatiënten en patiënten met grensstreekcontracten en dit waren, in theorie, geplande opnames. Vergeleken met de 22 679 klassieke hospitalisaties voor buitenlandse patiënten die niet in België verblijven (Tabel 2) zouden de verordeningpatiënten en de patiënten van grensstreekcontracten 30% van de totale stroom vertegenwoordigen. Indien slechts 80% van onze globale schatting betrekking had op geplande gevallen, dan zouden verordeningpatiënten en patiënten van grensstreekcontracten 38% van de totale stroom vertegenwoordigen. De andere 62% kan dan worden beschouwd als contract- en direct billing patiënten.

#### 4.3.2. *Raming gebaseerd op ziekenhuisgegevens*

Aangezien de direct billing en contractpatiënten niet kunnen geïdentificeerd worden in de administratieve databanken, kunnen alleen de ziekenhuisdossiers meer inzicht bieden.

De analyse is gebaseerd op de gegevens van slechts 5 ziekenhuizen (3 in Vlaanderen, 2 in Brussel). Bijgevolg mogen deze resultaten niet worden

beschouwd als representatief voor alle Belgische ziekenhuizen. Het aandeel verblijven van buitenlandse patiënten was relatief hoog in twee ziekenhuizen (rond 7% van alle verblijven), en laag in de drie andere ziekenhuizen.

Tabel 5a: Kenmerken van de ziekenhuizen die deelnamen aan de enquête, en voornaamste resultaten

Ziekenhuis	A	B	C	D	E
<b>Grootte</b>	≥ 500 bedden	≥ 500 bedden	≥ 400 bedden	≥ 400 bedden	≥ 200 bedden
<b>Locatie</b>	Vlaanderen	Vlaanderen	Vlaanderen	Brussel	Brussel
<b>Ziekenhuistype</b>	Contract	Grensoverschrijdend	Grensoverschrijdend	Contract	Contract
<b>Percentage buitenlandse patiënten in ambulante zorg</b>	≈ 7%	Geen gegevens ontvangen	Geen gegevens ontvangen	Geen gegevens ontvangen	Geen gegevens ontvangen
<b>Percentage buitenlandse patiënten in klassieke opnames</b>	≈ 5,5%	≈ 7%	≈ 2%	≈ 2,5%	<1%
<b>Percentage buitenlandse patiënten in dagopname</b>	≈ 4,5%	≈ 7%	≈ 1,5%	≈ 1%	<1%

Tabel 5b: Vergelijking van het totaal aantal buitenlandse patiëntenverblijven in de MKG en de ziekenhuisdossiers

Ziekenhuis*					
Totaal buitenlandse patiënten in:	A1	B1	C1	D1	E1
<b>Gegevens ziekenhuisdossiers (micro-data)</b>	515	1 250	3 606	3 888	Geen gegevens ontvangen
<b>MKG (macro-data)</b>	570	2 040	4 503	5 080	

\* om gemakkelijke identificatie van het ziekenhuis te voorkomen, werd een andere ziekenhuis codering gebruikt

Een eerste opvallende waarneming is dat het aantal buitenlandse patiëntenverblijven zoals geteld door de ziekenhuizen lager ligt dan het aantal verblijven in de MKG voor diezelfde ziekenhuizen (Tabel 5b). Eén van de verklaringen zou kunnen zijn dat de spoedopnames in de MKG van klassieke hospitalisaties niet opgenomen zijn in de micro-data.

Contractpatiënten zijn de grootste groep (60% in 2008). Verordeningspatiënten, patiënten van grensstreekcontracten en direct

billing patiënten nemen 20% van de klassieke hospitalisaties voor hun rekening. Er zijn echter grote verschillen tussen de ziekenhuizen. De ziekenhuisdossiers tonen aan dat de verdeling van de types buitenlandse patiënten specifiek voor het ziekenhuis is en samenhangt met de manier waarop het ziekenhuis de buitenlandse patiënten factureert.



#### 4.4. Verschil in ernst van de aandoening bij buitenlandse patiënten?

Voor de ernst van de aandoening werd er een vergelijking gemaakt tussen de verordeningspatiënten en het nationale gemiddelde. Dit gebeurde voor de 7 meest gebruikte APR-DRGs bij de buitenlandse patiënten, en voor de verblijven waarbij een koppeling kon worden gemaakt tussen de MKG en de AZV/ADH (N patiënten= 6,446). Voor de klassieke hospitalisaties lag het koppelingspercentage tussen de 51% en 54% in de periode 2004-2007 en 60% in 2008.

Voor dagopnames was het koppelingspercentage nog lager: 8% in 2006, 18% in 2007 en 25% in 2008. Een mogelijke reden hiervoor is dat deze verblijven vermeld worden in de MKG, maar dat de unieke identificatie van deze patiënten, gegeven door het ziekenfonds, ontoereikend is.

De analyse toonde aan dat voor 6 van de 7 meest voorkomende APR-DRGs, de ernst van de aandoening bij de buitenlandse patiënten gemiddeld lager is dan bij Belgische patiënten.

**Conclusie:** Het totaal aantal buitenlandse patiëntenverblijven voor geplande gezondheidszorg in België is beperkt, maar neemt zeker toe. De meeste buitenlandse patiënten komen uit Nederland en Frankrijk. Voor de klassieke opnames hebben de meest voorkomende interventies te maken met het musculoskeletale stelsel, obesitas problematiek en electieve revascularisatie. Voor dagopnames komen de buitenlandse patiënten meestal voor het musculoskeletale stelsel, procreatief management (vruchtbaarheidsklinieken), genetische counseling en chemotherapie. De ernst van de aandoening bij verordeningspatiënten is gemiddeld lager dan bij Belgische patiënten.

## 5. DE INZAMELING VAN GEGEVENS VERBETEREN

België kent het aantal buitenlandse patiënten voor geplande zorg in Belgische acute ziekenhuizen niet precies. Hiervoor zijn voornamelijk twee redenen.

### 5.1. Geen relevante criteria om de verschillende types buitenlandse patiënten te identificeren

#### Minimaal Klinische Gegevens (MKG) onvoldoende verfijnd

Allereerst kunnen op basis van de MKG (en het boekhoudkundig systeem van de ziekenhuizen FINHOSTA) de buitenlandse patiënten die naar België komen voor geplande zorg niet worden geïdentificeerd, omwille van een gebrek aan relevante criteria. De hoofdcriteria, namelijk buitenlandse woonplaats en nationaliteit, geven niet aan of de patiënt sociaal verzekerd is of niet, en indien ja, waar hij verzekerd is (bij de Belgische ziekteverzekering of in het buitenland). De huidige verzekeringscategorieën in de MKG zijn onvoldoende verfijnd en betrouwbaar. Bovendien vinden ziekenhuizen het moeilijk om de categorieën te interpreteren. Dit leidt tot een slechte of incorrecte registratie. De classificatie zou moeten overeenkomen met de patiëntenstromen waarmee ziekenhuizen in de praktijk worden geconfronteerd, en zouden het land van verzekering moeten specificeren, zodat het ziekenhuis de vereiste gegevensvelden correct kan invullen.

#### Financiële gegevens (AZV/ADH): niet alle buitenlandse patiënten zijn erin opgenomen

De AZV/ADH omvatten de verzekeringsstatus van de patiënten, waardoor we kunnen nagaan waar patiënten sociaal verzekerd zijn. Ze zijn echter beperkt tot de patiënten die geregistreerd zijn in de Belgische ziekteverzekering. Van de buitenlandse patiënten (die verzekerd zijn in een ander systeem) zijn alleen de verordenings- en grensstreekcontractpatiënten opgenomen. Over direct billing en contractpatiënten kan geen informatie teruggevonden worden.

### Registratie van buitenlandse patiënten is nodig

Om MKG en AZV/ADH met elkaar te koppelen zou een registratie van gegevens van de patiënten die niet verzekerd zijn via de verplichte Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering (niet-ZIV patiënten), zoals direct billing patiënten en contractpatiënten, in het systeem moeten worden geïntegreerd. Een dataregistratiesysteem voor verzekerde personen dat gegevens registreert van niet-verzekerde personen lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig. Dit kan echter worden gerechtvaardigd door de recente EU Richtlijn i.v.m. Patiëntenmobiliteit en de Europese vraag om de tarieven voor EU patiënten op te volgen (niet discriminerende tarifiering).

### Geen gelijkvormige definities doorheen de dataregistratiesystemen

Vandaag worden concepten zoals "buitenlandse patiënt", "geplande zorg", "verzekeringsstatus", "buitenlandse wetgeving", "internationale overeenkomsten", enz. op een andere manier geïnterpreteerd in de verschillende registratiesystemen. Vooral wanneer de gegevens gecombineerd worden, moeten concepttechnisch gelijkaardige definities worden gebruikt over alle dataregistratiesystemen heen.

### 5.2. Verzamelen en monitoren van gegevens door het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit

De oprichting van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit in september 2011 met de wettelijke opdracht om gegevens over patiëntenmobiliteit te verzamelen en te monitoren, was een poging om deze leemte in kennis te overbruggen. De wetgever (Wet op de gezondheidszorg, 2010) besloot echter dat het Observatorium deze gegevens niet zelf moest verzamelen. In plaats daarvan kreeg het toegang tot de reeds bestaande ziekenhuisregistratiesystemen die worden beheerd door de overheid. In de voorbereidende vergaderingen voor de officiële oprichting, werden de lacunes in de beschikbare gegevens geïdentificeerd en werden verbeteringen in de huidige classificatie van ZIV- en niet-ZIV patiënten, waaronder ook buitenlandse patiënten, voorgesteld.

## 6. GRENSOVERSCHRIJDENDE PATIËNTENMOBILITEIT EN FINANCIERING VAN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN

Uit de gegevensanalyse bleek dat, hoewel de huidige registratiesystemen niet toelaten om een nauwkeurig cijfer te geven, het aantal buitenlandse patiënten dat naar België komt voor geplande medische interventies nog steeds laag is, maar wel duidelijk toeneemt. Deze evolutie zou de huidige mechanismen van ziekenhuisfinanciering onder druk kunnen zetten.

### 6.1. Hoofdkenmerken van de Belgische ziekenhuisfinanciering

Het Belgische systeem van ziekenhuisfinanciering is erg complex. Daarom zullen we de beschrijving beperken tot de elementen die relevant zijn voor de buitenlandse patiëntenstromen. Kort samengevat wordt de Belgische ziekenhuisfinanciering gekenmerkt door een tweevoudig systeem, dat twee types diensten onderscheidt. Enerzijds wordt aan de ziekenhuisartsen een honorarium betaald voor elke medische interventie. Anderzijds worden niet-medische diensten gefinancierd via een gesloten en prospectief Budget van Financiële Middelen (BFM), dat gedeeltelijk gebaseerd is op APR-DRGs. Niettemin zijn de twee systemen onderling verbonden aangezien artsen een deel van hun honoraria afdragen aan het ziekenhuis, om bij te dragen tot de kosten van medische activiteiten.

### Vergoeding van ziekenhuisartsen

Behalve voor universitaire ziekenhuizen, waar artsen een salaris ontvangen, werken de meeste specialisten in een ziekenhuis volgens het systeem van betaling per prestatie. De vergoeding wordt geacht alle kosten te dekken, directe of indirecte, verbonden met het leveren van medische interventies die niet gedekt zijn door het Budget van Financiële Middelen. De vergoeding die wordt aangerekend aan een ziekenhuispatiënt hangt af van het al dan niet 'geconventioneerd' zijn van de ziekenhuisarts. Een geconventioneerde arts gebruikt het tarief dat overeengekomen werd in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Geconventioneerde artsen mogen de



overeengekomen tarieven voor ZIV-patiënten in een gedeelde kamer niet overschrijden. Voor patiënten in een eenpersoonskamer is een bijkomende vergoeding toegestaan tot een maximum bedrag. **Niet-geconventioneerde artsen** hebben meer beslissingsvrijheid bij het vastleggen van hun honoraria, maar de extra vergoeding is ook beperkt tot een maximum bedrag.

### 6.1.1. *Ziekenhuisfinanciering van niet-medische activiteiten voor klassieke hospitalisaties*

#### **Gesloten enveloppe budget**

De financiering van kosten gerelateerd aan een ziekenhuisverblijf is gebaseerd op een gesloten enveloppe budgettering, om de ziekenhuizen meer financieel verantwoordelijk te maken voor de kosten die zij maken. Sinds 2002 is er een geleidelijke overschakeling naar het begrip "verantwoorde activiteiten" waarbij de pathologie gewogen verblijfsduur een meer prominente rol krijgt.

#### **Jaarlijks nationaal budget (nationaal BFM)**

Elk jaar wordt een globaal nationaal budget bepaald door de Minister van Volksgezondheid. Het nationaal BFM is samengesteld uit 16 verschillende onderdelen die kunnen worden gegroepeerd onder drie grote budgetonderdelen. Deel A heeft betrekking op kapitaal- en investeringskosten, deel B dekt werkingskosten en deel C bijkomende financiële lasten. Deel B2 dekt de klinische diensten (kosten van verpleegkundig personeel) en is veruit het grootste deel.

#### **De kosten van verpleegkundig personeel (deel B2)**

Het B2-budget per ziekenhuis bestaat uit twee grote delen: een basisdeel gebaseerd op verantwoorde bedden en een bijkomend deel gebaseerd op een raming van de intensiteit van de verpleegkundige zorgen en de medische activiteiten. Een puntensysteem wordt gebruikt voor de berekening van beide delen.

**Voor het basisdeel** wordt een nationale gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG bepaald. Vanuit financieringsoogpunt wordt deze nationale gemiddelde verblijfsduur beschouwd als de *verantwoorde verblijfsduur* per APR-DRG. Behalve in het geval van erg korte of erg lange verblijven, ontvangen ziekenhuizen een gewaarborgde financiering voor de volledige

verantwoorde verblijfsduur. De case-mix van elk individueel ziekenhuis wordt vermenigvuldigd met de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep, en bepaalt uiteindelijk het deel *verantwoorde bedden* voor een ziekenhuis. **Het bijkomende deel** is gebaseerd op de relatieve positie van een ziekenhuis voor het profiel van intensiteit van de verpleegkundige zorgen en het profiel voor medische tussenkomsten.

#### **Betaling van het individuele ziekenhuisbudget**

Het BFM is opgesplitst in een vast en een variabel deel. Beide delen worden eerst opgesplitst in een budget voor patiënten verzekerd door de Belgische verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) en niet-ZIV patiënten.

**Voor ZIV-patiënten** wordt het vaste deel betaald in maandelijkse voorschotten ("provisionele twaalfden"). Dit omvat (theoretisch) 80% van de subdelen B1 en B2 en 100% van alle andere delen. Het resterende variabele deel omvat 20% van de subdelen B1 en B2. Het variabele deel wordt betaald volgens het aantal opnames (10% van het budget) en het aantal klassieke opnames (10% van het budget) voor de algemene ziekenhuizen. Voor het variabele deel dienen de ziekenhuizen een factuur in bij het ziekenfonds.

**Voor niet-ZIV patiënten** moeten ziekenhuizen hun rekeningen indienen voor delen A, B en C bij de betalende overheden (bijv. verzekering arbeidsongevallen, private verzekering, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn). In dit geval wordt een gemiddeld bedrag per dag gebruikt, dat specifiek is voor het ziekenhuis en afhangt van de case-mix van het ziekenhuis.

### 6.1.2. *Ziekenhuisfinanciering van dagopnames*

Dagopnames worden gefinancierd via een aantal forfaits, die al dan niet ziekenhuisspecifiek zijn, en die gekoppeld zijn aan specifieke lijsten van nomenclatuurcodes. Telkens het ziekenhuis een dienst levert m.b.t. één van deze codes kan het overeenstemmende forfait worden aangerekend. De nationale overeenkomst van 1 juli 2007 introduceerde nieuwe forfaits voor daghospitalisatie.

### 6.1.3. *Financiering van ziekenhuisinvesteringen*

In België komen de regionale overheden (Gemeenschappen) tot een maximum van 60% financieel tussenbeide voor investeringen die betrekking hebben op de infrastructuurverbetering van het ziekenhuis. De andere 40% is voor rekening van budgetdeel A1 van het BFM. Prioritaire kapitaalsinvesteringen worden tot maximaal 10% gesubsidieerd door de regionale overheden.

## 6.2. **Spanning tussen ziekenhuisfinanciering en buitenlandse patiëntenmobiliteit**

Reeds in het begin van de jaren 2000, werd een mogelijk stijgende instroom van buitenlandse patiënten beschouwd als een financieel risico voor Belgische ziekenhuizen. Onder meer de Wet Patiëntenmobiliteit (4 juni 2007) en de Gezondheidswet (10 mei 2010) waren twee juridische instrumenten voor het aanpakken van drie waargenomen problemen m.b.t. de ziekenhuisfinanciering en de buitenlandse patiëntenstromen.

### 6.2.1. *Gelijke groei van de ziekenhuissector staat op het spel*

Voor sommige ziekenhuizen, die gericht zijn op patiëntenmobiliteit, kan een grotere instroom van buitenlandse patiënten een aanzienlijke stijging betekenen van verantwoorde verpleegdagen (mogelijk tot de maximumgrens van 112% van de erkende bedden). Dit leidt tot een stijging van de budgettaire punten, en bijgevolg tot de toekenning van een groter B2-budget.

Dit positieve financiële effect voor het ziekenhuis is echter beperkt in tijd en bovendien nadelig voor de rest van de ziekenhuissector, vooral voor die ziekenhuizen die minder gericht zijn op het behandelen van buitenlandse patiënten. Dit is vooral te wijten aan het gesloten karakter van het BFM, zowel op nationaal als op ziekenhuisniveau.

### **Kleiner budget voor ziekenhuizen met weinig (minder) buitenlandse patiënten**

Op nationaal niveau zal het exporteren van gezondheidszorg resulteren in een hoger totaal aantal budgettaire punten om het globale B2-budget over alle Belgische ziekenhuizen te verdelen. Bijgevolg zal de financiële waarde per punt lager zijn. Omwille van het gesloten karakter van het globale

budget resulteert dit in een kleiner BFM voor ziekenhuizen die weinig of geen buitenlandse patiënten behandelen. De exacte negatieve financiële impact kan echter niet berekend worden, omdat in de praktijk de financiële waarde per punt blijft stijgen. De ziekenhuizen zijn immers geneigd om de verblijfsduur te beperken om zo onder het nationale gemiddelde of de verantwoorde verblijfsduur te blijven.

### **Kan een toename van de activiteit omwille van buitenlandse patiënten terugbetalingen door de ziekenhuizen tot gevolg hebben?**

De effecten van de instroom van buitenlandse patiënten hebben soms geleid tot onjuiste meningen of interpretaties van de reglementering en de wetgeving, met name de vrees voor een budgetvermindering van alle ziekenhuizen bij een overschrijding van de uitgaven voor de ZIV-patiënten.

In de praktijk bestaan er echter geen regels die een impact (positief of negatief) hebben op het individuele BFM dat elk ziekenhuis ontvangt, behalve de regels die eerder vermeld werden en die betrekking hebben op de beperking van 112% van de activiteit of op de gesloten enveloppe voor B2.

### **Betalingen door buitenlandse verzekeraars vloeien niet terug naar het BFM**

Zowel het vaste als het variabele deel van de uitgaven gemaakt door de Belgische ziekenfondsen voor ziekenhuisverblijven voor buitenlandse coördinatiepatiënten worden gerecupereerd van de buitenlandse ziekteverzekeraar. Dit gerecupereerde kapitaal vloeit echter niet terug naar het globale Budget van Financiële Middelen. Omwille van de gesloten aard is een aanpassing van het initiële budget niet mogelijk, ondanks het toenemende volume van buitenlandse patiënten.

### **Behandeling van buitenlandse niet-verordeningpatiënten kan slechts een positief effect op korte termijn hebben**

Het aanvankelijke positieve financiële effect van de behandeling van buitenlandse patiënten buiten het kader van de socialezekerheidscoördinatie doet geen afbreuk aan het feit dat het ziekenhuis nog steeds werkt binnen de grenzen van een prospectief non-ZIV budget, verdeeld in een vast en een variabel deel.





Op het einde van het boekjaar zal een herziening plaatsvinden van het werkelijke bedrag van dagprijzen voor niet-ZIV patiënten dat het ziekenhuis heeft ontvangen. Hierbij zal rekening worden gehouden met het werkelijke aantal verpleegdagen voor niet-ZIV patiënten voor de periode waarvoor het BFM werd toegekend. Als blijkt dat het vaste niet-ZIV deel van het BFM werd overschreden, zal het surplus worden afgetrokken van het BFM van het volgende jaar. Bijgevolg zal een groot deel van het aanvankelijke financiële voordeel verloren gaan.

### *6.2.2. Een uniforme gemiddelde verpleegdagprijs weerspiegelt niet altijd de werkelijke kosten*

Een tweede probleem is dat de Belgische wetgeving de ziekenhuizen verplicht om buitenlandse patiënten een gemiddelde prijs per verpleegdag aan te rekenen. Deze gemiddelde prijs weerspiegelt niet noodzakelijk de werkelijke kosten van de opname. Door een unieke gemiddelde prijs voor alle ziekenhuisverblijven aan te rekenen, zullen patiënten met eenvoudige, minder complexe pathologieën betalen voor alle ziekenhuisdiensten, zelfs al maken ze er geen gebruik van. Op die manier dragen ze bij tot de financiering van de ziekenhuisverblijven die een meer complexe en intensieve zorg vereisen, maar waarvoor de gemiddelde prijs per verpleegdag de volledige kosten van hospitalisatie niet dekt. Dit evenwicht wordt verstoord wanneer ziekenhuizen geconfronteerd worden met een toenemende stroom van buitenlandse patiënten met een zwaardere aandoening dan de nationaal verzekerde patiënten.

### *6.2.3. Slechts een gedeeltelijke opname van kosten voor bouwen, aankoop en onderhoud in de verpleegdagprijs*

Een derde probleem heeft betrekking op de kosten voor de aankoop en onderhoud van gebouwen en ziekenhuisinfrastructuur. De verpleegdagprijs wordt berekend op basis van het BFM. Dit betekent dat buitenlandse patiënten slechts voor 40% bijdragen tot de financiering van de ziekenhuisstructuur. Aangezien de andere 60% wordt gefinancierd door gewestelijke subsidies genieten de buitenlandse patiënten van een financieel voordeel dat wordt betaald door de Belgische belastingbetaler. Wanneer ziekenhuizen echter gewoon bestaande capaciteit opvullen, is het nadelige effect van het niet aanrekenen van kapitaalkosten minder duidelijk dan wanneer ziekenhuizen hun infrastructuur moeten uitbreiden

om een verhoogde instroom van buitenlandse patiënten te kunnen opvangen

### *6.2.4. Twee antwoorden op deze problemen*

#### **De oorspronkelijke Wet op de Patiëntenmobiliteit (2007)**

De oorspronkelijke Wet op de Patiëntenmobiliteit van 4 juni 2007 probeerde deze problemen op te lossen door een afzonderlijk financieringskader naast het BFM te voorzien voor buitenlandse patiënten (met inbegrip van verordeningspatiënten). Deze wet liet de ziekenhuizen toe om een prijs aan te rekenen die de werkelijke kostprijs van de verstrekte gezondheidszorg weerspiegelt. Omwille van talrijke juridische en praktische problemen (bijv. non-discriminatie van Europese patiënten, het gevaar van steeds langer wordende wachtlijsten) werd dit nieuw financieringsmechanisme nooit toegepast.

#### **.... gewijzigd door de Gezondheidswet (2010)**

Door de Gezondheidswet van 19 mei 2010 worden alle patiënten opnieuw gefinancierd door het BFM, maar voor sommige categorieën buitenlandse patiënten (niet-EU) is de huidige gemiddelde dagprijs maar een minimumprijs. Voor deze laatste groep buitenlandse patiënten kan de wetgeving andere tarieven opstellen die de werkelijke kosten beter weergeven.

Er kunnen drie grote problemen met de huidige regels voor ziekenhuisfinanciering worden geïdentificeerd: (1) de gesloten aard van het ziekenhuisbudget, zonder aanpassingen voor buitenlandse patiëntenstromen; (2) de unieke gemiddelde prijs voor alle ziekenhuisverblijven die niet noodzakelijk de werkelijke kosten weerspiegelt en (3) de gedeeltelijke opname van kapitaalkosten in de gemiddelde prijs.

### 6.3. Alternatieve mechanismen van ziekenhuisfinanciering en wettelijke beperkingen

#### 6.3.1. *De huidige financieringsregels zijn enkel verdedigbaar indien het aantal Belgische patiënten dat naar het buitenland gaat en het aantal buitenlandse patiënten dat naar België komt, in evenwicht is*

De huidige ziekenhuisfinancieringsregels in stand houden zou kunnen worden verdedigd als de financiële stroom van buitenlandse patiënten die naar België komt, in evenwicht wordt gebracht door de financiële stroom van Belgische patiënten die naar het buitenland gaan voor gezondheidszorg. Een status quo in stand houden heeft voor- en nadelen. Een duidelijke sterkte is dat deze keuze het systeem eenvoudig houdt. Er is geen behoefte aan gedetailleerde registratie van buitenlandse patiënten die in het Belgische systeem terechtkomen of van Belgen die naar het buitenland gaan. Er zijn echter aanwijzingen dat het evenwicht tussen Belgen die naar het buitenland gaan en buitenlanders die naar België komen onder druk staat.

Als de huidige tendens van toenemende aantallen buitenlandse patiënten die naar België komen voor geplande medische interventies zich in de nabije toekomst verder zet, zou de patiëntenmobiliteit de ziekenhuisfinanciering onder grote spanning kunnen zetten.

#### 6.3.2. *Theoretische analyse van alternatieve mechanismen van ziekenhuisfinanciering en hun juridische impact*

Een voor de hand liggend alternatief voor de status quo zou zijn om de financiële stromen voor nationaal verzekerde en buitenlandse patiënten te scheiden. Artikel 96 van de Ziekenhuiswet laat toe om een apart BFM te bepalen voor verschillende diensten, departementen, functies of zorgprogramma's. Dit maakt het mogelijk om een apart budget in België te bepalen voor de revalidatiediensten, de diensten voor palliatieve zorg en de brandwondencentra. Een wijziging van art. 96 zou nodig zijn om een apart BFM voor een verschillende patiëntencategorie in te voeren. Bij het invoeren van verschillende budgetten om de financiële stromen van Belgische en buitenlandse patiënten te scheiden, moet rekening worden gehouden met bepaalde basisprincipes die afgeleid zijn van de Europese

wetgeving (bijv. het assimilatiebeginsel, het beginsel van non-discriminatie op basis van nationaliteit).

#### **Prijisdifferentiatie op basis van nationaliteit?**

Wanneer de introductie van een apart BFM voor deze patiënten leidt tot een verschillende en mogelijk hogere prijs, moet gewezen worden op het mogelijke risico van verboden discriminatie op basis van nationaliteit. Het is niet duidelijk of hiervoor een rechtvaardiging kan ingeroepen worden, laat staan dat deze aanvaard zal worden door het Hof van Justitie. De Richtlijn Patiëntenmobiliteit verbiedt alleszins een maatregel op basis waarvan gezondheidszorgverleners verschillende tarieven zouden gaan toepassen voor patiënten die afkomstig zijn uit andere EU (EER)-lidstaten. Bijgevolg moet de Belgische wetgever er zich van bewust zijn dat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet mag leiden tot prijsdiscriminatie van individuele patiënten afkomstig uit lidstaten van de EER. Gezien de bovenvermelde beginselen mogen budgettaire aanpassingen aan patiëntenmobiliteit dus niet gebaseerd zijn op nationaliteit, maar zouden ze bijvoorbeeld beter gekoppeld zitten aan een neutraler criterium, zoals verzekeringsstatus (al dan niet ZIV-verzekerd).

#### 6.3.3. *Financiering per geval*

Een tweede alternatief vereist een fundamentele heroverweging van het Belgische ziekenhuisfinancieringssysteem, dat uniek is vergeleken met de systemen in de buurlanden. Een belangrijk kenmerk van het Belgische systeem is het gebruik van een globaal budget, rekening houdend met een hele reeks criteria en parameters. Het uiteindelijke resultaat voor de buitenlandse patiënt is echter een gemiddelde prijs per dag per ziekenhuis gebaseerd op de totale case-mix van het ziekenhuis, maar onafhankelijk van de werkelijke behandeling van de patiënt in dat ziekenhuis. In de buurlanden wordt in de ziekenhuisfinanciering een gemiddelde prijs bepaald per aandoening (gebaseerd op DRGs of gelijkaardige systemen) die dan hetzelfde (of vergelijkbaar) zal zijn in alle ziekenhuizen. Zij gebruiken verschillende methoden van activiteitgebaseerde kostprijsberekening om de werkelijke kosten van de behandeling op patiënten- of opnameniveau te bepalen. Deze kosten zijn de basis voor het berekenen van een redelijke zorgprijs. De voornaamste vereiste is een ziekenhuisboekhoudsysteem waarin de kosten worden geboekt op het



niveau van elke patiënt/opname in plaats van op het niveau van kostencentra of eenheden.

## 7. WACHTLIJSTEN EN ZORGKwaliteit

### 7.1. Wachlijst

Een groeiende instroom van buitenlandse patiënten zou andere effecten kunnen hebben dan alleen een financiële impact op het ziekenhuisfinancieringssysteem. Wanneer wijzigingen in de regels voor ziekenhuisfinanciering zouden leiden tot een stimulans om extra buitenlandse patiënten aan te trekken, zou aan hen voorrang kunnen worden gegeven. Dit kan resulteren in het ontstaan van wachtlijsten voor nationaal verzekerde patiënten. Tot dusver is er nog geen bewijs geleverd voor deze bekommernis. Een mogelijke verklaring zou de moeilijkheid kunnen zijn voor ziekenhuizen om de werkelijke kosten voor de behandeling van buitenlandse patiënten aan te rekenen. Voor ziekenhuisartsen zou het systeem van betaling per prestatie hen echter kunnen aanmoedigen om voorrang te verlenen aan buitenlandse patiënten ten nadele van nationaal verzekerde patiënten. Aangezien geconventioneerde ziekenhuisartsen het beginsel van non-discriminatie moeten respecteren, is een risico van deconventionering inherent aanwezig.

Tot nu toe hebben de ziekenhuizen nog geen melding gemaakt van wachtlijsten. Klaarblijkelijk vullen de buitenlandse patiënten voornamelijk bestaande overcapaciteit op. Geen enkel van de ondervraagde ziekenhuizen maakte gewag van een concreet systeem voor het monitoren van mogelijke wachtlijsten. Een andere vraag is of een dergelijk systeem kan worden ingesteld ten nadele van de buitenlandse patiënt. Vanuit beleidsmatig standpunt is het verdedigbaar om inkomende stromen van buitenlandse patiënten af te remmen wanneer de toegang van de eigen verzekerde patiënten risico loopt. Deze overweging wordt ook juridisch weerspiegeld in de Richtlijn Patiëntenmobiliteit.

### 7.2. Zorgkwaliteit

Naast het gevaar van steeds langer wordende wachtlijsten kunnen ook problemen met zorgkwaliteit ontstaan. Vooral op het gebied van het afsluiten van contracten, kunnen ziekenhuizen steeds meer

geconfronteerd worden met kwaliteitsvoorwaarden die hen worden opgelegd door de buitenlandse verzekeraars (bijv. door protocollen voor gezondheidszorg). Ziekenhuizen die gewoon zijn om contracten af te sluiten, vermeldden dat buitenlandse verzekeraars tot nu toe alleen welbepaalde kwaliteitsnormen vereisen, hoewel ze nog niet gespecificeerd zijn in het contract. Dit zou kunnen veranderen naarmate verzekeraars strikter gaan zijn in deze kwestie en bepaalde welomschreven kwaliteitsnormen voor behandeling zullen opleggen (via gedetailleerde zorgprotocollen). Een ziekenhuis zal sterker staan in de onderhandeling van kwaliteitsprotocollen als het aantoonbaar is dat het een goed uitgedacht beleid voert over de verstrekking van gezondheidszorg, dat zowel de nationale als de internationale standaarden weerspiegelt.

## 8. ALGEMENE CONCLUSIES

### 8.1. Laag, maar toenemend aantal buitenlandse patiëntenverblijven

Het aantal buitenlandse patiënten dat naar België komt voor geplande gezondheidszorginterventies is momenteel laag. Hoewel slechts ruwe ramingen kunnen worden gegeven, is het aandeel van verblijven van buitenlandse patiënten in het totaal aantal verblijven in Belgische ziekenhuizen nooit hoger dan 1,5%. Maar dit aandeel blijft stijgen.

### 8.2. Gebaseerd op onvolledige dataregistratiesystemen

De analyse van de verschillende dataregistratiesystemen die informatie bevatten over buitenlandse patiënten, toonde grote leemten aan bij de registratie van de verschillende types van buitenlandse patiënten of patiëntenverblijven, het land van verzekering, het pathologieprofiel of de manier van financieren. Deze leemten werden bevestigd door de data-analyse van de MKG en AZV/ADH. Slechts voor (een selectie van) verordeningspatiënten bevatte de gekoppelde MKG-AZV/ADH databanken de relevante informatie.

### 8.3. Financiële stimulansen voor Belgische ziekenhuizen om buitenlandse patiënten aan te trekken

Elk financieringssysteem heeft verschillende stimulansen die sterk het gedrag van ziekenhuizen kunnen beïnvloeden. De huidige ziekenhuisfinancieringsregels, met het gesloten Budget van Financiële Middelen als een van de centrale elementen, geeft geen stimulansen om grote aantallen buitenlandse patiënten aan te trekken. Als de Belgische beleidsmakers beslissen om de instroom van buitenlandse patiënten te stimuleren, moeten alternatieve mechanismen voor ziekenhuisfinanciering worden overwogen en moet hun juridische impact worden geanalyseerd. Alle alternatieven gebaseerd op een scheiding van de financiële stromen van buitenlandse en nationaal verzekerde patiënten vragen een accurate registratie van de verschillende types van buitenlandse patiëntenstromen. Een mogelijkheid is een gedetailleerde classificatie van de verzekeringsstatus van de patiënt (met inbegrip van het land van verzekering) in de MKG.

### 8.4. Maar het monitoren van wachtlijsten is nodig om een verminderde toegang voor Belgische patiënten te voorkomen

Hoewel geen van de ondervraagde ziekenhuizen het bestaan van wachtlijsten vermeldde, zou een voorrangbehandeling van buitenlandse patiënten (bijv. omwille van een financieel voordeel voor het ziekenhuis of de artsen) de toegang tot de gezondheidszorg voor Belgische patiënten kunnen verminderen. Zoals gestipuleerd in de Wet Patiëntenmobiliteit (2007) is het monitoren van wachttijden voor behandelingen in ziekenhuizen van nationaal verzekerde patiënten een van de wettelijke opdrachten van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit.



## ■ AANBEVELINGEN<sup>b</sup>

### 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 factuurgegevens 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.
- 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.

<sup>b</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid



Titel:	Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem - Synthese
Auteurs:	Bob De Mars (K.U.Leuven, Instituut voor Sociaal Recht), Katrien Boulanger (K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), Paul Schoukens (K.U.Leuven, Instituut voor Sociaal Recht), Walter Sermeus (K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), Carine Van de Voorde (KCE), France Vrijens (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Externe experts:	Willem Aelvoet (FOD Volksgezondheid), Rita Baeten (Onderzoekscentrum Sociaal Europa), Patrick Carnotensis (LCM), Francis Colardyn (emeritus Universiteit Gent), Yves Jorens (Universiteit Gent), Jos Kesenne (LCM), Yves Parmentier (RIZIV), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid), Chris Segaert (RIZIV), Siegfried Van Haesevelde (NVSM)
Acknowledgements:	Stephan Devriese (KCE), Tomislav Sokol (Zagreb School of Economics and Management), Stefaan Van De Sande (KCE)
Externe validatoren:	Stefaan Callens (K.U.Leuven), Guy Durant (UCL), Pascal Garel (HOPE)
Belangenconflict:	Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Colardyn Francis. Betalingen om te spreken, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Van Haesevelde Siegfried.
Layout:	Ine Verhulst, Sophie Vaes

#### Disclaimer

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 25 november 2011



Domein: Health Services Research (HSR)  
MeSH: Surgical Procedures, Elective ; Insurance, Health, Reimbursement ; European Union ; Legislation as Topic ; Medical Tourism  
NLM classificatie: W 84.1  
Taal: Nederlands  
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2011/10273/73

Copyright De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

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/2011/10.273/73

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

