

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

7 mars 2007

PROPOSITION DE LOI**modifiant la législation en vue
de promouvoir la mobilité des patients**

(déposée par Mme Yolande Avontroodt,
M. Daniel Bacquelaine, Mme Maya Detiège,
MM. Jacques Germeaux et Yvan Mayeur,
Mme Véronique Salvi et M. Jo Vandeurzen)

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

7 maart 2007

WETSVOORSTEL**tot wijziging van de wetgeving met het oog
op de bevordering van de patiëntenmobiliteit**

(ingediend door mevrouw Yolande Avontroodt
de heer Daniel Bacquelaine, mevrouw Maya
Detiège, de heren Jacques Germeaux en
Yvan Mayeur, mevrouw Véronique Salvi
en de heer Jo Vandeurzen)

RÉSUMÉ

*Les auteurs entendent remédier aux problèmes que
suscite le traitement de patients étrangers et veiller à
ce que le délai d'attente des patients belges
n'augmente pas.*

SAMENVATTING

*De indieners wensen de knelpunten bij de behan-
deling van buitenlandse patiënten weg te werken en
erover te waken dat de wachttijd van de behandeling
van de Belgische patiënten niet langer wordt.*

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Séance plénière</i>
<i>COM :</i>	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT :</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Plenum</i>
<i>COM :</i>	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT :</i>	<i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Les hôpitaux belges traitent de nombreux patients étrangers

Il ressort de l'étude «*Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*»¹ que, de tous les États membres de l'Union européenne, la Belgique est celui qui traite le plus de patients étrangers dans le cadre de l'article 22 du Règlement 1408/71, c'est-à-dire que l'assureur du patient donne son autorisation en complétant le formulaire E112.

Tableau 1. Patients étrangers traités en Belgique dans le cadre du formulaire E112.

	Patients néerlandais	Total des patients traités
1998	3 970	10 773
1999	4 915	11 262
2000	6 262	14 061
2001	7 539	16 019
2002	9 254	17 085
2003	12 526	22 477

Il ressort de ce tableau que le nombre de traitements programmés subis par des étrangers en Belgique suit manifestement une tendance à la hausse.

Cette étude fait également apparaître que ce sont principalement des patients néerlandais et anglais qui se font soigner dans des hôpitaux belges.

Quatre assureurs néerlandais – CZ, Achmea, VGZ et OZ –, ont conclu des conventions avec des hôpitaux belges. Le *National Health Service* anglais a conclu des contrats avec 7 hôpitaux belges, mais dans le cadre d'une convention bilatérale conclue entre les autorités anglaises et belges. Au total, 432 patients anglais ont été opérés du genou et de la hanche dans ce cadre au cours de la période comprise entre mai 2003 et novembre 2004. Les contrats afférents à des opérations du genou et de la hanche conclus avec ces

¹ ROSENMOLLER, M., McKEE, M. et BAETEN, R., «*Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*», *Europe for Patients project*.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Belgische ziekenhuizen behandelen veel buitenlandse patiënten

Uit de studie «*Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*»¹ blijkt dat België van alle lidstaten van de Europese Unie het meeste buitenlandse patiënten behandelt in het kader van artikel 22 van de Verordening 1408/71, dit wil zeggen met toestemming van de eigen verzekeraar onder de vorm van een formulier E112.

Tabel 1. Buitenlandse patiënten behandeld in België in het kader van E112.

	Nederlandse patiënten	Totaal aantal behandelde patiënten
1998	3.970	10.773
1999	4.915	11.262
2000	6.262	14.061
2001	7.539	16.019
2002	9.254	17.085
2003	12.526	22.477

Deze tabel toont ook aan dat er een duidelijke stijgende trend zit in het aantal geplande behandelingen van buitenlanders in België.

De studie toont ook aan dat vooral Nederlandse en Engelse patiënten zich laten behandelen in Belgisch ziekenhuizen.

Vier Nederlandse verzekeraars – CZ, Achmea, VGZ en OZ, hebben overeenkomsten gesloten met Belgische ziekenhuizen. De Engelse *National Health Service* sloot contracten af met 7 Belgische ziekenhuizen, maar dan in het kader van een bilaterale overeenkomst tussen de Engelse en Belgische overheden. In totaal werden in de periode tussen mei 2003 en november 2004 432 Engelse patiënten in dit kader geopereerd aan knie en heup. De contracten voor knie- en heupoperaties met deze vijf ziekenhuizen lopen verder tot 2007, maar de

¹ ROSENMOLLER, M., McKEE, M. en BAETEN, R., «*Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*», *Europe for Patients project*.

cinq hôpitaux courent jusqu'en 2007, mais l'afflux de patients anglais s'est pratiquement tari depuis septembre 2004. Vingt et un patients anglais ont été opérés du cœur en Belgique entre mars et octobre 2003. Ces conventions n'ont pas été prolongées.

L'INAMI a cerné les dépenses de l'assurance maladie-invalidité belge dans le cadre de conventions internationales. Celles-ci représentent 2,66% par rapport à l'ensemble du budget AMI. Les dépenses afférentes aux patients belges à l'étranger se sont élevées en 2004 à 184 066 482 euros, tandis que les dépenses afférentes aux assurés étrangers en Belgique se sont élevées à 249 024.600 euros. Les dépenses afférentes aux patients étrangers en Belgique ont été effectuées pour 16,46% par des patients munis d'un formulaire E111 et pour 17,72%, par des patients munis d'un formulaire E.112. Il est frappant de constater que 64,94% d'entre eux ne relevaient pas de ces régimes.

Selon les chiffres de l'INAMI, 5 775 Néerlandais ont été admis en 2004 dans des hôpitaux belges par le biais de l'assureur maladie CZ et 1 492 assurés, par le biais d'OZ dans le cadre de soins conventionnés, de même que 235 patients anglais.

2. Le régime actuel et les problèmes qui en découlent

Les hôpitaux sont financés par le biais du budget des moyens financiers (BMF). Le BMF est fixé pour chaque hôpital distinct par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres (article 87 de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987).

Le prix facturé aux patients étrangers est établi conformément à l'article 104^{ter} de la loi précitée sur les hôpitaux, qui dispose que pour «les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur tel que visé à l'article 104^{bis}, alinéa 1^{er}, le Roi peut fixer un prix par paramètre d'activité selon les conditions et les règles déterminées par Lui». Le Roi s'est appuyé sur cette disposition pour prévoir pour ces patients, à l'article 100 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, un prix par paramètre calculé comme suit: la partie fixe et la partie variable du budget sont additionnées et divisées, pour les hôpitaux aigus, par le nombre de journées d'hospitalisation réalisées pendant le dernier exercice connu. Nonobstant toute stipulation contraire, le prix qui peut être facturé est le prix qui est fixé par le Roi, conformément aux dispositions de l'alinéa précédent.

toestroom van Engelse patiënten is nagenoeg gestopt sinds september 2004. 21 Engelse patiënten ondergingen in België een hartoperatie tussen maart en oktober 2003. Deze overeenkomsten werden niet verlengd.

Het RIZIV bracht de uitgaven van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering in het kader van internationale verdragen in kaart. Deze bedragen 2,66% ten opzichte van het ganse ZIV-budget. De uitgaven voor de Belgische patiënten in het buitenland bedroeg in 2004 184.066.482 euro terwijl de uitgaven voor buitenlandse verzekerden in België 249.024.600 euro bedroeg. De uitgaven voor buitenlandse patiënten in België waren voor 16,46% afkomstig van patiënten met een E111-formulier, 17,72% van patiënten met een E.112-formulier en opvallend was toch dat 64,94% kwam buiten deze regelingen.

Volgens RIZIV-cijfers kwamen er 5.775 Nederlanders via de zorgverzekeraar CZ en 1.492 verzekeraars via OZ in 2004 naar Belgische ziekenhuizen via gecontracteerde zorg en 235 Engelse patiënten.

2. De huidige regeling en de daaruit voortvloeiende problemen

Ziekenhuizen worden gefinancierd via het budget van financiële middelen (BFM). Het BFM van elk ziekenhuis afzonderlijk wordt bepaald binnen een globaal budget voor het Rijk dat wordt vastgesteld bij koninklijk besluit na overleg in de Ministerraad (artikel 87 van de ziekenhuiswet van 7 augustus 1987).

De kostprijs die wordt aangerekend aan buitenlandse patiënten wordt geregeld in artikel 104^{ter} van de bovengenoemde ziekenhuiswet. Dit artikel bepaalt dat «voor patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling als bedoeld in artikel 104^{bis}, eerste lid, de Koning, overeenkomstig de door Hem bepaalde voorwaarden en regelen, een prijs per parameter kan vaststellen.». De Koning heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door in artikel 100 van het K.B. van 25 april 2002 te bepalen dat voor deze categorie van patiënten als volgt een prijs per parameter wordt vastgesteld: het vaste gedeelte van het budget en het variabele gedeelte van het budget worden opgeteld en gedeeld, wat de acute ziekenhuizen betreft, door de tijdens het laatste bekende dienstjaar gerealiseerde verpleegdagen. Niettegenstaande elk strijdig beding is de prijs die mag worden aangerekend de prijs die overeenkomstig het vorige lid door de Koning wordt vastgesteld.

Le précédent ministre des Affaires sociales, M. Frank Vandenbroucke, a ainsi fait en sorte que le prix facturé aux patients étrangers ne pouvait pas être supérieur au prix facturé aux patients affiliés à une mutualité belge, aucune distinction n'ayant été prévue entre les patients originaires des pays de l'espace économique européen et les autres.

Dès lors, les assurés sociaux d'origine étrangère soignés dans un hôpital belge et munis d'un document communautaire (tel que le formulaire E112) sont assimilés aux assurés AMI et pris en compte pour le calcul du nombre de jours et d'admissions en matière d'assurance maladie, soit les données RCM sur lesquelles est basé le calcul des lits justifiés et des prestations donnant droit à des points supplémentaires. La catégorie des patients étrangers non munis d'un document communautaire (par exemple des patients faisant usage de la libre circulation des services telle qu'elle a été interprétée par la Cour de justice des Communautés européennes) est prise en considération pour le calcul du nombre de jours non AMI et des données RCM utilisées pour le calcul des lits justifiés. Ces patients ne sont toutefois pas pris en compte pour les prestations donnant droit à des points supplémentaires.

Le professeur Yves Jorens souligne que cette réglementation a pour conséquence que le traitement de patients étrangers, de quelque régime qu'ils proviennent, entraîne pour les hôpitaux concernés une augmentation du nombre de lits justifiés pouvant atteindre, au maximum, 112%². Bien que cette augmentation soit avantageuse pour les hôpitaux concernés dans un premier temps dès lors qu'elle entraîne une augmentation de leur budget, elle pénalise le secteur hospitalier de manière générale dès lors qu'elle entraîne une réduction de la valeur des points au niveau national étant donné que son budget est fermé. En d'autres termes, le secteur ne peut pas se développer globalement grâce à ces activités supplémentaires, et tous les hôpitaux en supportent les conséquences en matière d'activités cliniques, à commencer par ceux qui n'accueillent pas de patients étrangers. Cet effet inflationniste est encore plus prononcé pour les soins prodigués aux patients munis d'un formulaire E112 étant donné que ces soins sont également inclus dans les prestations prises en compte pour l'attribution de points supplémentaires. À cela s'ajoute que l'arrêté royal du 28 septembre 2003 prévoit, en vertu de l'article 104^{quater} de la loi sur les

Hiermee besliste de vorige minister van sociale zaken, Frank Vandenbroucke, dat buitenlandse patiënten niet meer kosten aangerekend konden krijgen dan patiënten aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds. Hij maakte hierbij geen onderscheid tussen patiënten die onderdaan zijn van de EER en anderen.

Dit heeft tot gevolg dat buitenlandse sociaal verzekerden die zich in een Belgisch ziekenhuis laten verzorgen met een communautair document (zoals formulier E112), en als zodanig gelijkgesteld worden met ZIV-verzekerden, in rekening worden gebracht voor het aantal dagen en opnames ziekteverzekering, de MKG-gegevens die als basis dienen voor de verantwoorde bedden alsook de prestaties die dienen voor bijkomende punten. De categorie buitenlandse patiënten die zich aanbieden zonder communautair document, zoals patiënten die gebruik maken van het vrij verkeer van diensten zoals geïnterpreteerd door het Europese Hof van Justitie, worden in aanmerking genomen voor het aantal dagen niet-ZIV en de MKG-gegevens die dienen als basis voor de verantwoorde bedden. Zij worden evenwel niet meegerekend in de prestaties die dienen voor bijkomende punten.

Volgens professor Yves Jorens heeft deze regeling tot gevolg dat buitenlandse patiënten, ongeacht volgens welke regeling ze komen, voor de betrokken ziekenhuizen het aantal verantwoorde bedden verhogen tot maximaal 112%.² Voor deze ziekenhuizen heeft dit een kortstondig voordelig effect in de zin dat hen meer budget zal worden toebedeeld, maar dit geeft een nadelig effect voor de ziekenhuissector in het algemeen aangezien dit, omwille van de geslotenheid van het budget, nationaal een daling zal teweegbrengen van de puntenwaarde. Globaal kan de sector dus niet groeien door deze bijkomende activiteiten. Hierdoor worden alle ziekenhuizen wat hun klinische activiteiten betreft gepenaliseerd, vooral deze die geen buitenlandse patiënten ontvangen. Dit inflatoir effect is overigens nog sterker voor wat de verzorging van E112-patiënten betreft, die immers ook worden meegerekend in de prestaties die dienen voor bijkomende punten. Daarbij komt nog dat het K.B. van 28 september 2003, krachtens artikel 104^{quater} van de ziekenhuiswet voorziet in een recuperatie ten laste van alle ziekenhuizen, van budgetoverschrijdingen ingevolgde de toename van het aantal dagen en/of opnames. Uitgaven voor

² JORENS, Y., Rapport VBO. *Buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen*, Universiteit de Gand, 23 mars 2006, p.26.

² JORENS, Y., «Rapport VBO. Buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen.», Universiteit Gent, 23 maart 2006, p.26.

hôpitaux, que les dépassements budgétaires résultant de l'augmentation du nombre de jours et/ou d'admissions sont récupérés auprès des hôpitaux. Contrairement aux dépenses relatives aux patients non munis d'un formulaire E112, les dépenses relatives aux patients munis de ce formulaire sont prises en compte pour le calcul des dépassements budgétaires.

Il convient en outre de souligner que les prix actuellement facturés aux patients étrangers ne couvrent probablement pas les coûts. En particulier, les problèmes financiers suivants se posent encore:

- le BMF est calculé sur la base du patient moyen. Le patient étranger qui vient se faire soigner en Belgique n'est généralement pas un patient moyen. La plupart du temps, il souffre d'une pathologie lourde et il vient dans le but de subir une opération. Alors que, pour les affiliés à un organisme assureur belge, le coût des patients souffrant d'une pathologie légère et celui des patients souffrant d'une pathologie lourde se compensent, ce n'est pas le cas pour les patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique.

- en outre, un problème se pose également en ce qui concerne le coût d'investissements. Il faut savoir que 60% des investissements réalisés dans la construction et l'équipement des hôpitaux sont financés par les communautés et les régions. Les 40% restants sont à charge du BMF. Cela signifie que 60% du coût d'investissements n'est imputé en aucune manière aux patients étrangers.

À l'heure actuelle, les hôpitaux traitent surtout des patients étrangers parce qu'une meilleure occupation de leurs lits signifie une meilleure couverture de leurs frais généraux. Selon les auteurs de la présente proposition de loi, c'est bien sûr insuffisant et il faut tenter de remédier aux problèmes précités, sans cependant perdre de vue les obligations découlant du droit communautaire européen.

3. Introduire les soins de santé en tant que nouvelle économie de la connaissance dans notre système belge

Ces derniers mois et ces dernières années, la Belgique et la Flandre ont misé délibérément sur l'économie de la connaissance. On tente de ramener les meilleurs chercheurs belges en Belgique. Dans ce cadre, on a également instauré la modulation de la taxe pour l'industrie pharmaceutique. Cette réduction sur les taxes doit récompenser pour leurs efforts les firmes pharmaceutiques qui investissent énormément dans le développement de nouveaux médicaments et la création

verordeningsspatiënten, anders dan deze voor niet-verordeningsspatiënten, worden meegerekend voor de berekening van budgetoverschrijdingen.

Daarnaast moet nog gewezen worden op het feit dat de prijzen die thans worden aangerekend aan buitenlandse patiënten waarschijnlijk niet kostendekkend zijn. In het bijzonder stellen zich nog de volgende financiële knelpunten:

- het BFM is berekend op basis van de gemiddelde patiënt. De buitenlandse patiënt die komt is veelal geen gemiddelde patiënt. Veelal komt hij met een zwaardere pathologie en komt hij welbewust voor een operatie. Daar waar voor aangeslotenen bij een Belgische verzekeringsinstelling de kostprijs van patiënten met een lichtere en patiënten met een zwaardere pathologie elkaar compenseren, is dit niet het geval voor buitenlandse patiënten die naar België komen om zich te laten behandelen.

- daarnaast is er ook een probleem met de investeringskost. 60% van de investeringen in de bouw en uitrusting van ziekenhuizen wordt gefinancierd door de gemeenschappen en de gewesten. De resterende 40% wordt afgeschreven binnen het BFM. Dit betekent dat 60% van de investeringskost op geen enkele manier wordt aangerekend aan de buitenlandse patiënten.

Vandaag behandelen ziekenhuizen buitenlandse patiënten vooral omdat een betere bezetting van hun bedden een betere dekking van hun algemene kosten betekent. In het opzet van de indieners is dit uiteraard onvoldoende en dient getracht te worden voornoemde knelpunten weg te werken, zonder daarbij evenwel de verplichtingen voortvloeiend uit het Europese gemeenschapsrecht uit het oog te verliezen.

3. Gezondheidszorg als nieuwe kenniseconomie introduceren in ons Belgisch systeem

België en Vlaanderen hebben de afgelopen maanden en jaren doelbewust ingezet op de kenniseconomie. We proberen Belgische toponderzoekers terug te halen naar België. In dat kader werd voor de farmaceutische industrie ook de taxomodulatie ingevoerd. Deze reductie op taksen moet farmaceutische bedrijven die veel investeren in de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en tewerkstelling belonen voor hun inspanning. Zowel de Vlaamse als de federale overheid zien

d'emplois. Tant les autorités flamandes que fédérales considèrent l'économie de la connaissance comme un nouveau secteur économique qui est important pour la création de nouveaux emplois.

Si la Belgique possède de nombreux atouts en matière d'économie de la connaissance, elle ne les exploite pas suffisamment. Les soins de santé constituent un magnifique produit dont la qualité est reconnue à l'étranger. Leur qualité est excellente et leur rapport qualité-prix peut rivaliser avec bon nombre de nos voisins. Nous disposons de très nombreux médecins de grand talent, nous avons un excellent personnel infirmier et soignant et la capacité de nos hôpitaux est sous-utilisée. Le nombre croissant de patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique prouve que nous disposons d'un excellent «produit».

Il n'y a aucune raison de ne pas traduire économiquement ce savoir-faire afin de procurer un emploi à davantage de personnes très qualifiées. L'emploi de personnes très qualifiées génère, à son tour, de l'emploi supplémentaire pour des personnes peu qualifiées. Qui plus est, nous disposons toujours à l'heure actuelle, d'une capacité de lits non utilisée, ce qui signifie que nous pouvons traiter un grand nombre de patients étrangers supplémentaires sans même devoir consentir d'investissements supplémentaires.

Sur la base des chiffres du Département de recherche de la Banque Dexia (chiffres MAHA-Dexia), la FEB a calculé qu'avec un taux d'occupation de 80% et un lit utilisé à concurrence de 265 jours par an, les hôpitaux belges pouvaient accepter 39.000 admissions supplémentaires en lits C et D. Les chiffres sont sans doute plus élevés étant donné que les chiffres MAHA de Dexia ne comptent que 22.728 lits dans l'échantillon, alors qu'il y en a 27.805 au total. En outre, les hôpitaux universitaires n'ont pas non plus été pris en compte.

Si nous convertissons ces données en patients supplémentaires, cela signifierait que la Belgique pourrait accepter entre 50.000 à 55.000 admissions supplémentaires de patients étrangers en lits C et D. Étant donné que si des patients étrangers font spécialement le déplacement en Belgique, c'est généralement pour y subir un traitement plus lourd, la durée moyenne d'hospitalisation a été augmentée de deux jours dans ce calcul.

Les hôpitaux qui offrent la plus grande capacité d'accueil pour les patients étrangers sont ceux d'Anvers, de Flandre occidentale et de Bruxelles/Brabant wallon.

En plus de créer de l'emploi supplémentaire, le traitement de patients étrangers procure aux hôpitaux des

kenniseconomie als een nieuwe economische sector die belangrijk is voor de creatie van bijkomende arbeidsplaatsen.

België heeft heel wat troeven op het vlak van kennis-economie maar maakt er onvoldoende gebruik van. Een uitstekend product waarvan de kwaliteit gekend is in het buitenland is de Belgische gezondheidszorg. De kwaliteit is uitstekend, de verhouding prijs-kwaliteit kan de test met vele van onze buurlanden doorstaan. We hebben heel veel getalenteerde artsen, we hebben uitstekend verplegend en verzorgend personeel. En we hebben een onderbenutting van onze capaciteit in de ziekenhuizen. Het stijgend aantal buitenlandse patiënten dat naar België komt voor een behandeling bewijst dat we een uitstekend «product» hebben.

Er is geen reden waarom we die know how economisch niet zouden vertalen om meer hooggeschoolde mensen een job te geven. Die tewerkstelling van hooggeschoolden leidt op zijn beurt naar bijkomende tewerkstelling van lagergeschoolden. Bovendien beschikken we vandaag nog over een niet-gebruikte capaciteit van bedden. Dit betekent dat we zelfs zonder bijkomende investering heel wat bijkomende buitenlandse patiënten kunnen behandelen.

Het VBO berekende op basis van de cijfers van de Dexia Bank Research Afdeling (de MAHA-Dexia Cijfers) dat er bij een bezettingsgraad van 80% uitgaande van een gebruik van een bed gedurende 265 dagen per jaar er in Belgische ziekenhuizen ruimte is voor 39.000 bijkomende opnames in C- en D-bedden. Wellicht liggen de cijfers hoger omdat de MAHA-Dexia-cijfers slechts 22.728 bedden in haar steekproef heeft, terwijl er in totaal 27.805 bedden zijn. Bovendien werden ook universitaire ziekenhuizen niet meegerekend.

Omgerekend naar bijkomende patiënten zou dit betekenen dat er in België plaats zou zijn voor 50.000 à 55.000 bijkomende opnames van buitenlandse patiënten per jaar in C- en D-bedden. Omdat buitenlandse patiënten die speciaal naar België reizen meestal voor een zwaardere behandeling komt, werd bij deze berekening de gemiddelde ligduur met twee dagen vermeerderd.

De meeste ruimte om buitenlandse patiënten op te vangen is te vinden in ziekenhuizen in Antwerpen, West-Vlaanderen en Brussel/Waals-Brabant.

Het behandelen van buitenlandse patiënten creëert niet alleen meer tewerkstelling, het biedt ziekenhuizen

ressources supplémentaires pour couvrir des frais fixes. Cette marge financière supplémentaire permettra aux hôpitaux d'engager de bons spécialistes, de se spécialiser davantage dans certaines branches de la médecine et d'acquérir des appareils de technologie de pointe. Dans ces conditions, ils pourront devenir des centres d'excellence dans une spécialisation bien définie. Les centres de fertilité en Belgique, l'hôpital d'Alost et son service de chirurgie cardiaque, mais aussi les hôpitaux universitaires sont autant d'exemples de centres d'excellence dans de nombreux domaines. Il faut définir, à l'aide d'un certain nombre de critères et de données, ce que recouvrent précisément ces centres. Indépendamment de l'excellente qualité qui est souvent présente, une plus grande objectivation serait opportune afin qu'à terme, nos soins de santé et nos centres de référence puissent se différencier quant à leur teneur.

4. Éliminer les obstacles juridiques

Le Parlement a conscience de l'importance de la mobilité croissante des patients. La Chambre a adopté à l'unanimité la résolution³ de M. Germeaux et Mme Déom relative à la mobilité des patients dans l'Union européenne. La Chambre a adopté la résolution par 56 voix et 3 abstentions.

Visant à supprimer les obstacles législatifs et à faire en sorte que le traitement de patients étrangers n'allonge pas le délai d'attente pour le traitement de patients belges, la résolution demande au gouvernement:

«1. de veiller à ce que l'accès et la qualité des soins de santé en Belgique restent garantis pour les personnes assurées selon la législation belge d'assurance-maladie;

2. de veiller, pour autant que cela soit possible, que l'accueil de patients ressortissants de l'Union européenne s'effectue dans les limites d'un accord-cadre entre le pays d'origine des patients et la Belgique (par exemple l'accord-cadre signé le 30 septembre 2005 entre la Belgique et la France);

3. de s'assurer que l'enregistrement de toutes les admissions hospitalières en Belgique permette un contrôle de l'accessibilité des soins de santé pour les personnes assurées selon la législation belge d'assurance-maladie ;

³ DOC 51 2483/003, Résolution relative à la mobilité des patients dans l'Union européenne, Chambre des représentants de Belgique, 1^{er} juin 2006.

ook extra inkomsten om vaste kosten te dekken. Deze extra financiële ruimte laat ziekenhuizen toe om goede specialisten in dienst te nemen, verder te specialiseren in bepaalde domeinen van de geneeskunde en hoogtechnologische apparaten aan te schaffen. Op die manier kunnen zij uitgroeien tot centres of excellence in een welbepaalde specialiteit. De fertiliteitscentra in België, het ziekenhuis in Aalst met zijn hartchirurgie maar ook de universitaire ziekenhuizen zijn voorbeelden van centres of excellence op vele domeinen. Aan de hand van een aantal criteria en data moet bepaald worden wat juist bedoeld wordt met deze centres. Los van de uitstekende kwaliteit die men vaak kan vaststellen, zou het goed zijn dat dit meer geobjectiveerd wordt zodat onze gezondheidszorg en onze referentiecentra zich op lange termijn inhoudelijk kunnen onderscheiden.

4. Juridische belemmeringen wegwerken

Het Parlement beseft het belang van de toenemende patiëntenmobiliteit. In de Kamer werd met unanimité de resolutie³ van de heer Germeaux en mevrouw Déom inzake de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie aanvaard. De Kamer aanvaardde de resolutie met 56 stemmen en 3 onthoudingen.

De resolutie wil de knelpunten in de wetgeving wegwerken en erover waken dat de behandeling van buitenlandse patiënten de wachttijd voor de behandeling van de Belgische patiënt niet verhoogt en vraagt de regering:

«1. erop toe te zien dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg in België gegarandeerd blijft voor personen die verzekerd zijn volgens de Belgische wetgeving inzake ziekteverzekering;

2. er in de mate van het mogelijke op toe te zien dat de opvang van patiënten uit de Europese Unie verloopt binnen een raamovereenkomst tussen het land van oorsprong van de patiënt en België (bijvoorbeeld de raamovereenkomst tussen België en Frankrijk, getekend op 30 september 2005);

3. ervoor te zorgen dat de registratie van ziekenhuisopnames in België de controle mogelijk maakt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen die volgens de Belgische ziekteverzekeringswetgeving zijn verzekerd;

³ Parl. St Kamer DOC 51 2438/003, Resolutie inzake de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie, Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 1 juni 2006.

4. de prendre des mesures en vue d'assurer, dans les établissements subventionnés de soins de santé, la facturation d'un prix global qui, compte tenu de l'intervention de l'assurance-maladie et des investissements réalisés, couvre au moins les coûts;

5. de veiller à ce que l'accueil de patients étrangers par les hôpitaux subventionnés ne crée pas artificiellement des listes d'attente et ne débouche pas sur une accessibilité aux soins de santé à deux vitesses, seule la capacité excédentaire éventuelle des hôpitaux pouvant être utilisée;

6. de donner la possibilité aux hôpitaux de soigner des patients étrangers sans faire appel à des subventions mais en respectant toutes les normes de qualité;

7. de permettre ainsi aux hôpitaux belges d'être identifiés comme des centres européens de référence afin de contribuer par-là au développement de l'économie de la connaissance et renforcer aussi l'attractivité des institutions belges de soins pour les spécialistes hautement qualifiés;

8. de conclure des accords de coopération avec d'autres pays de l'Union européenne, en vue de renforcer encore l'accessibilité des centres de référence des divers États membres aux patients des autres États membres dans les spécialités pour lesquelles le pays concerné ne possède pas son propre centre de référence;

9. de veiller à l'encadrement, par les pouvoirs publics et les organismes assureurs, des conventions de collaboration conclues entre d'une part les hôpitaux et d'autre part les autorités ou les organismes assureurs d'autres États membres de l'UE, dans le cadre juridique des règlements européens ou d'accords-cadres transfrontaliers. ».

Préoccupés par ces questions, nous proposons une série de modifications législatives.

En premier lieu, il est procédé à une délimitation du champ d'application du budget des moyens financiers. À cet égard, il est proposé de limiter celui-ci aux situations visées à l'article 100 de la loi sur les hôpitaux. Il s'agit des hospitalisations indemnisées via l'assurance obligatoire soins de santé, le régime de sécurité sociale d'outre-mer, le régime des marins, le régime des victimes de guerre et des invalides de guerre et les CPAS.

4. maatregelen te treffen opdat in gesubsidieerde voorzieningen voor gezondheidszorg een totaalprijs wordt aangerekend die, rekening houdend met de bijdrage van de ziekteverzekering en met de investeringskost, minstens kostendekkend is;

5. erop toe te zien dat het opnemen van buitenlandse patiënten in gesubsidieerde ziekenhuizen niet leidt tot kunstmatig gecreëerde wachtlijsten en een gezondheidszorg met twee snelheden waarbij enkel de eventuele overtollige capaciteit van de ziekenhuizen kan worden gebruikt;

6. toe te laten dat ziekenhuizen buitenlandse patiënten behandelen zonder een beroep te doen op subsidies, daarbij wel alle kwaliteitsnormen nalevend;

7. op die manier Belgische ziekenhuizen toe te laten uit te groeien tot referentiecentra om zo bij te dragen tot de ontwikkeling van de kenniseconomie en de aantrekkingskracht van de Belgische zorginstellingen op hooggekwalificeerde specialisten te vergroten;

8. samenwerkingsakkoorden te sluiten met andere landen van de Europese Unie, om de referentiecentra in de verschillende lidstaten nog meer toegankelijk te maken voor patiënten van de andere lidstaten voor die specialiteiten waarvoor het eigen land niet beschikt over een eigen referentiecentrum;

9. erop toe te zien dat de overheid en de verzekeringsinstellingen passende maatregelen nemen m.b.t. de samenwerkingsakkoorden tussen de ziekenhuizen en de overheden of verzekeringsinstellingen van andere EU-lidstaten, in het wettelijk kader van Europese verordeningen of grensoverschrijdende raamovereenkomsten.»

Vanuit deze bekommernissen stellen de indieners een aantal wetswijzigingen voor.

In de eerste plaats wordt het toepassingsgebied afgebakend waarop het budget van financiële middelen betrekking heeft. Hierbij wordt voorgesteld dit te beperken tot de situaties bedoeld in artikel 100 van de Ziekenhuiswet. Het gaat om ziekenhuisverblijven vergoed via de verplichte verzekering geneeskundige verzorging, de regeling inzake overzeese sociale zekerheid, de regeling voor zeevarenden, de regeling voor oorlogsslachtoffers en oorlogsinvaliden, de OCMW's.

Toutes les autres hospitalisations ne sont plus subventionnées par le budget des moyens financiers. C'est entre autres le cas des traitements dispensés aux patients étrangers.

La présente proposition fixe ensuite le prix qui peut être facturé. Une distinction est opérée à cet égard entre trois situations:

- a. les patients relevant de l'un des organismes assureurs classiques: paiement en douzièmes avec une partie fixe et une partie variable;
- b. les patients ne relevant pas de l'un des organismes assureurs classiques mais auxquels une intervention est accordée: prix fixé par le Roi, obtenu en divisant le budget des moyens financiers par le nombre de montants de référence;
- c. les patients ne relevant pas de l'un des organismes assureurs classiques et auxquels aucune intervention n'est accordée: dorénavant, le prix appliqué à ces patients sera égal au montant des frais réellement exposés. Il ne s'agira donc plus d'un prix moyen.

Certains patients étrangers relèvent de la catégorie a – notamment les patients auxquels s'applique le règlement européen relatif à l'application des régimes de sécurité sociale. Pour d'autres patients étrangers, la situation c sera d'application et les frais réels pourront être facturés.

Troisièmement, il est précisé que les conventions tarifaires et les accords applicables aux prestataires de soins ne sont applicables qu'aux bénéficiaires cités explicitement dans le champ d'application de l'assurance soins de santé ainsi qu'à ceux auxquels s'applique le règlement européen relatif à l'application des régimes de sécurité sociale, qui sont assimilés aux assurés belges.

Enfin, il est prévu de créer un Observatoire de la mobilité des patients au sein de l'INAMI. Cet observatoire a pour objectif principal de veiller à l'accessibilité des hôpitaux belges pour les patients affiliés à un organisme assureur belge. On peut craindre légitimement que l'accueil préférentiel de «riches» patients étrangers puisse avoir pour conséquence que l'on privilégie ceux-ci par rapport aux patients belges, ce qui pourrait générer des listes d'attente pour les patients belges.

Alle andere ziekenhuisverblijven worden niet langer in het budget financiële middelen opgenomen. Dit is onder meer het geval voor patiënten uit het buitenland.

Vervolgens wordt vastgesteld welke prijs kan worden aangerekend. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie situaties:

- a. patiënten ressorterend onder een van de klassieke verzekeringsinstellingen: betaling in twaalfden met een vast en variabel gedeelte;
- b. patiënten niet ressorterend onder een van de klassieke verzekeringsinstellingen maar waarvoor een tegemoetkoming wordt verleend: door de Koning vastgestelde prijs, die overeenstemt met het budget van financiële middelen gedeeld door het aantal referentiebedragen;
- c. patiënten niet ressorterend onder een van de klassieke verzekeringsinstellingen waarvoor geen tegemoetkoming wordt verleend. Hier geldt voortaan een prijs overeenstemmend met de werkelijk gedragen kosten en dus geen gemiddelde prijs.

Sommige buitenlandse patiënten behoren tot categorie a – met name de patiënten waarvoor de Europese verordening inzake de sociale zekerheid toepassing is. Voor andere buitenlandse patiënten zal situatie c van toepassing zijn en kunnen de werkelijke kosten worden aangerekend.

Ten derde wordt gepreciseerd dat de tariefovereenkomsten en akkoorden die op zorgverstrekkers van toepassing zijn enkel gelden voor de rechthebbenden vermeld in het toepassingsgebied van de verzekering geneeskundige verzorging alsook op diegenen op wie de Europese verordening inzake sociale zekerheid van toepassing is, die worden gelijkgesteld met Belgische verzekerden.

Tenslotte wordt binnen het RIZIV voorzien in de oprichting van een Observatorium voor Patiëntenmobiliteit. Dit Observatorium heeft als belangrijkste doel te waken over de toegankelijkheid van de Belgische ziekenhuizen voor de aangeslotenen bij een Belgische verzekeringsinstelling. Niet onterecht bestaat de vrees dat het zich toeleggen op buitenlandse «rijke» patiënten ertoe zou kunnen leiden dat men deze een voorkeursbehandeling geeft op de eigen patiënten waardoor wachtlijsten voor de Belgische patiënten zouden kunnen ontstaan.

L'Observatoire doit suivre le nombre de patients étrangers, en les ventilant selon leur origine, le traitement qu'ils reçoivent et l'influence du traitement des patients étrangers sur les délais d'attente pour le traitement des patients belges. L'Observatoire offre un savoir-faire en ce qui concerne la conclusion de conventions avec l'étranger et la fixation d'un prix adéquat pour un traitement. Les hôpitaux sont tenus de communiquer à l'Observatoire les données relatives aux patients étrangers.

L'Observatoire prendra la forme d'une association sans but lucratif composée de cinq membres représentant les organisations patronales représentatives et les organisations représentatives des travailleurs indépendants, de cinq membres représentant les organisations représentatives des travailleurs, de cinq membres représentant les organismes assureurs et de cinq membres représentant les prestataires de soins, dont trois gestionnaires des établissements de soins et deux représentants des médecins. L'autorité fédérale est représentée par un représentant du SPF Santé publique, du SPF Sécurité sociale et de l'INAMI. L'Observatoire comptera également un représentant des différents ministres régionaux et communautaires compétents en matière de Santé publique. Le Roi fixe cette représentation par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le gouvernement fédéral conclut avec les gouvernements de communauté un accord de coopération relatif à la mobilité des patients, de sorte que les communautés deviennent compétentes pour:

1° analyser l'incidence du traitement de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge sur les délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge;

2° prendre des mesures lorsque les délais d'attente pour les patients relevant d'un organisme assureur belge augmentent au point que ces patients risquent de ne pas être traités à temps;

3° veiller à la qualité des soins dispensés aux patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge;

4° contraindre, si le délai d'attente pour le traitement des patients relevant d'un organisme assureur belge devient problématique en raison du traitement de patients ne relevant pas des organismes assureurs

Het Observatorium moet het aantal buitenlandse patiënten opvolgen, met opdeling van hun afkomst, de behandeling die ze genieten, de invloed van de behandeling van buitenlandse patiënten op de wachttijden voor de behandeling van Belgische patiënten. Het Observatorium biedt know-how aan met betrekking tot het sluiten van overeenkomsten met het buitenland en het opmaken van een goede prijs voor een behandeling. Ziekenhuizen zijn verplicht de gegevens met betrekking tot buitenlandse patiënten over te maken aan het Observatorium.

Het Observatorium zal de vorm aannemen van een vereniging zonder winstoogmerk dat bestaat uit vijf leden die de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen, vijf leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen, vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en vijf leden die de zorgverleners vertegenwoordigen van wie 3 beheerders van de verplegingsinstellingen en 2 vertegenwoordigers van de geneesheren: De federale overheid wordt vertegenwoordigd door een vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid en het RIZIV. Er is ook een vertegenwoordiger van de verschillende Gewest- en Gemeenschapsministers bevoegd voor Volksgezondheid. De Koning bepaalt deze vertegenwoordiging bij een in ministerraad overleg besluit.

De federale regering sluit met de gemeenschapsregeringen een samenwerkingsakkoord betreffende de patiëntenmobiliteit zodat de gemeenschappen bevoegd worden voor volgende taken:

1° het impact van de behandeling van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling op de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling in de Belgische ziekenhuizen analyseren;

2° het nemen van maatregelen wanneer de wachtlijsten voor de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dermate toenemen dat een tijdige behandeling in het gedrang wordt gebracht;

3° het waken over de kwaliteit van de zorgen verleend aan patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling;

4° indien de wachttijd voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling problematisch wordt als gevolg van de behandeling van patiënten die niet ressorteren onder

belges, un hôpital à rediriger les patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge vers un autre hôpital belge ou à suspendre le traitement de ces patients jusqu'à ce que les délais d'attente soient ramenés à un niveau raisonnable;

5° fixer les critères permettant de déterminer le moment où les délais d'attente pour le traitement de patients relevant d'un organisme assureur belge deviennent problématiques.

de Belgische verzekeringsinstellingen, kan de bevoegde gemeenschap een ziekenhuis verplichten tot het doorverwijzen van de patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling naar een ander Belgisch ziekenhuis of tot het stoppen van behandeling van deze patiënten totdat de wachttijden zijn teruggebracht tot een aanvaardbaar niveau;

5° de gemeenschappen bepalen de criteria die vaststellen wanneer de wachttijden voor de behandeling van patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling problematisch wordt.

Yolande AVONTROODT (VLD)
Daniel BACQUELAINE (MR)
Maya DETIEGE (sp.a-spirit)
Jacques GERMEAUX (VLD)
Yvan MAYEUR (PS)
Véronique SALVI (cdH)
Jo VANDEURZEN (CD&V)

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

À l'article 87 de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux, remplacé par la loi du 14 janvier 2002 et modifié par la loi du 27 avril 2005, l'alinéa 1^{er} est complété comme suit:

«Le budget des moyens financiers tient uniquement compte des soins hospitaliers qui donnent lieu à une intervention en application de l'article 100, à l'exception des soins hospitaliers indemnisés dans le cadre du Règlement européen relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.».

Art.3

L'article 104^{ter} de la même loi est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 104^{ter}. — § 1^{er}. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 104^{bis}, alinéa 1^{er}, et dont les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention en application de l'article 100, le Roi peut fixer, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers.

Nonobstant toute stipulation contraire, le prix qui peut être facturé est le prix qui est fixé par le Roi, conformément aux dispositions de l'alinéa précédent.

§ 2. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 104^{bis}, alinéa 1^{er}, et dont les soins hospitaliers ne donnent pas lieu à une intervention en application l'article 100, le Roi peut fixer un mode de calcul du prix par paramètre d'activité qui tient compte des frais réellement supportés.».

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Art. 2

In artikel 87 van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, vervangen bij de wet van 14 januari 2002 en gewijzigd bij de wet van 27 april 2005, wordt het eerste lid aangevuld als volgt:

«Het budget financiële middelen houdt enkel rekening met de ziekenhuisverpleging die aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 100, met uitsluiting van de ziekenhuisverpleging vergoed in het kader van de Europese Verordening betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen alsmede op hun gezinsleden die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.».

Art.3

Artikel 104^{ter}, van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

«Art. 104^{ter}. — § 1 Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 104^{bis}, eerste lid en waarvan de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 100, 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 vorig lid door de Koning wordt vastgesteld.

§ 2. Voor patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, als bedoeld in artikel 104^{bis}, eerste lid en waarvan de ziekenhuisverpleging geen aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 100, kan de Koning de berekeningswijze van de prijs per parameter van activiteit vaststellen, die rekening houdt met de werkelijk gedragen kosten.».

Art. 4

Un article 36*duodecies*, libellé comme suit, est inséré dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994:

«Art. 36*duodecies*. — Sans préjudice des règlements européens relatifs à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté européenne, les conventions et accords ne sont applicables qu'aux bénéficiaires au sens des articles 32 et 33.».

Art. 5

§ 1^{er}. Il est créé au Conseil général de l'INAMI un Observatoire de la mobilité des patients, ci-après dénommé «l'Observatoire».

§ 2. Les missions de l'Observatoire sont les suivantes:

1° collecter les données relatives à la mobilité des patients, plus précisément le nombre de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge qui sont traités dans des hôpitaux belges, le traitement qu'ils y reçoivent, le pays d'origine;

2° collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge;

3° faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers;

4° développer et offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix qui seront proposés par les hôpitaux sur le marché étranger;

5° conseiller le gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge;

Le Roi peut étendre les données que l'Observatoire doit collecter en vertu du 1° et du 2°.

Art. 4

In de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een artikel 36*duodecies* ingevoegd, luidende:

«Art. 36*duodecies*. — Onverminderd de Europese verordeningen betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Europese gemeenschap verplaatsen, zijn de overeenkomsten en akkoorden enkel van toepassing voor de de rechthebbenden als bedoeld in de artikelen 32 en 33.».

Art. 5

§ 1. Bij de Algemene Raad van het RIZIV wordt een Observatorium voor patiëntenmobiliteit opgericht, hierna genoemd «Observatorium».

§ 2. De taken van het Observatorium zijn:

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 gegevens als bedoeld in het 1° en 2° die het Observatorium moet verzamelen uitbreiden.

L'Observatoire communique périodiquement les données visées au 1° et au 2° aux autorités compétentes chargées de la législation organique ou de l'application des normes d'agrément relatives à la dispensation de soins au sein et en dehors des établissements de soins.

L'Observatoire signale aux autorités compétentes toutes les situations problématiques qui se présentent en matière de mobilité des patients et formule, le cas échéant, les recommandations nécessaires.

§ 3. Les hôpitaux communiquent à l'Observatoire les données visées au § 2, 1° et 2°.

§ 4. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le subventionnement de l'Observatoire ainsi que la représentation des communautés.

§ 5. L'Observatoire adresse chaque année, avant le 1^{er} avril, un rapport annuel au gouvernement et aux Chambres législatives.

Art. 6

L'observatoire est composé de :

1. cinq membres représentant les organisations représentatives des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants;
2. cinq membres représentant les organisations représentatives des travailleurs salariés;
3. cinq membres représentant les organismes assureurs;
4. cinq membres représentant les dispensateurs de soins, dont trois pour les gestionnaires d'établissements hospitaliers et deux pour les médecins;
5. un représentant du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;
6. un représentant du Service public fédéral Sécurité Sociale et Institutions publiques de sécurité sociale;
7. un représentant de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Het Observatorium deelt de gegevens als bedoeld in het 1° en 2° periodiek mee aan de bevoegde overheden belast met de organieke wetgeving of met de toepassing van de erkenningsnormen betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen.

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

§ 3. De ziekenhuizen delen de gegevens als bedoeld in § 2, 1° en 2° mee aan het Observatorium.

§ 4. De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg inde Ministerraad de subsidiëring van het Observatorium evenals de vertegenwoordiging van de gemeenschappen.

§ 5. Het Observatorium dient jaarlijks voor 1 april een jaarverslag in bij de regering en de federale Wetgevende Kamers.

Art. 6

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 en de 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. un représentant des ministres régionaux ou communautaires ayant la Santé publique dans leurs attributions.

Le président est choisi parmi les membres de l'Observatoire.

1^{er} mars 2007

8° een vertegenwoordiger van de verschillende gewest- of gemeenschapsministers; bevoegd voor Volksgezondheid

De voorzitter wordt gekozen onder de leden van het Observatorium.

1 maart 2007

Yolande AVONTROODT (VLD)
Daniel BACQUELAINE (MR)
Maya DETIEGE (sp.a-spirit)
Jacques GERMEAUX (VLD)
Yvan MAYEUR (PS)
Véronique SALVI (cdH)
Jo VANDEURZEN (CD&V)