

Bijkomende informatie over de indeling van alle categorieën van patiënten in de Belgische ziekenhuizen

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

Hieronder worden de financieringsmodaliteiten opgesomd en vervolgens wordt de indeling in categorieën van patiënten uitgelegd volgens deze financieringsmodaliteiten.

1. Financieringsmodaliteiten

1.1 Artikel 115 van de ziekenhuiswet

De toekenning van een BFM per ziekenhuis, volgens de bepalingen van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, overeenkomstig artikel 115 van de Ziekenhuiswet; waarbij het vaste gedeelte van het BFM (voor alle onderdelen voor 100% met uitzondering van de onderdelen B1 en B2 voor 80%) vereffend wordt via twaalfden en voor het variabel deel (20% van de onderdelen B1 en B2) een bedrag per opname/ligdag ZIV wordt vastgesteld.

1.2 Artikel 116 §1 van de ziekenhuiswet

Een prijs per parameter van activiteit op basis van het budget van financiële middelen (waarbij het budget gedeeld wordt door een aantal referentiedagen en dus een prijs per dag wordt vastgesteld) overeenkomstig artikel 116 §1 van de Ziekenhuiswet.

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

1.3 Artikel 116 §2 van de ziekenhuiswet

Een minimale prijs per parameter van activiteit, op basis van het budget van financiële middelen overeenkomstig artikel 116 §2 van de Ziekenhuiswet (gewijzigd door de wet van 4 juni 2007 ter bevordering van de patiëntenmobiliteit).

Artikel 116 §2. Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 115, eerste lid, en waarvan de ziekenhuisverpleging geen aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110, kan, bij in ministerraad overlegd besluit, de Koning, overeenkomstig de door hem bepaalde voorwaarden en regelen, een minimale prijs per parameter van activiteit vaststellen, onder meer op basis van het budget van financiële middelen.

2. Indeling in categorieën van patiënten

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

2.1 Vallend onder de toepassing van de financieringsmodaliteit Artikel 115 van de ziekenhuiswet (punt 1.1)

A De ZIV-patiënten

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

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

- op grond van een Verordening van de Europese Unie (waaronder Verordening (EG) 883/2004 of Verordening (EEG) 1408/71),
- of in het kader van bilaterale of multilaterale samenwerkingsovereenkomsten i.v.m. de grensoverschrijdende gezondheidszorg (IZOM, ZOASTs, ...) gebaseerd op de bepalingen van de Europese verordeningen,
- dan wel op grond van een overeenkomst inzake de sociale zekerheid (zoals bijvoorbeeld de door België met derde landen afgesloten overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid),

tijdens een opname in een Belgisch ziekenhuis recht hebben op geneeskundige zorg overeenkomstig de regels die gelden krachtens de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging **ten laste van het land waar ze ziektekostenverzekerd zijn**.

Ze bewijzen dit recht op voorlegging van het geëigende document, zoals:

- Documenten S1, S2, of S3, of SED S072, SED S008, SED S010, etc.
- Europese ziekteverzekeringskaart
- Formulieren E.112, E.106, E.109 of E.121, E.123.
- Een specifiek formulier E.112, zoals bijv. E.112 SMUR, E.112 MRTW, IZOM EMR E.112+, etc.
- HR-BE.111, HR-BE.128, TB.8, TunB.11, RM-BE.111, Medicare-Card, QUE-BE.128, etc.
- Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, etc.

Voorbeelden:

- Een IT verzekerde, met de Russische nationaliteit, ondergaat een geplande medische behandeling in een Brussels ziekenhuis (document S2)
- Een CH verzekerde ondergaat een geplande medische behandeling in een Luiks ziekenhuis (document E.112)
- Een Frans verzekerde ondergaat een behandeling in een Belgisch ziekenhuis in het Belgisch-Franse grensgebied op basis van een E.112 MRTW
- Toeristen die ziektekostenverzekerd zijn in een van de 31 landen waar de Verordening (EG) 883/2004, dan wel Verordening (EEG) 1408/71, van toepassing is en hier geneeskundige zorg inroept op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart,
- Toeristen die ziektekostenverzekerd zijn in een van de landen waarmee België een bilaterale overeenkomst heeft afgesloten die de toegang tot geneeskundige zorg gedurende een tijdelijk verblijf voorziet (TB.8, Tun.B.11, HR-BE.111, RM-BE.111, etc.),
- Werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, etc., alsook hun gezinsleden, die in België wonen en hier geneeskundige zorg genieten op basis van een document S1, formulier

MZG Bijkomende informatie: Categorieën van patiënten in de Belgische ziekenhuizen

E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, etc.

Voor al deze voorbeelden geldt dat het voor rekening is van het land dat het formulier heeft uitgereikt.

Merk op:

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

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

2.2 Vallend onder de toepassing van de financieringsmodaliteit Artikel 116 §1 van de ziekenhuiswet (punt 1.2)

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

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

2.3 Vallend onder de toepassing van de financieringsmodaliteit Artikel 116 §2 van de ziekenhuiswet (punt 1.3)

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

- a) in het kader van zorgcontracten afgesloten met buitenlandse zorgverzekeraars (bv. Nederlandse patiënten die in België gehospitaliseerd worden in het kader van een zorgcontract dat door hun zorgverzekeraar met een Belgisch ziekenhuis werd gesloten).
Teneinde hierin transparantie te verkrijgen, wordt in artikel 92/1 van de Ziekenhuiswet nu ook voorzien dat de beheerder van het ziekenhuis alle overeenkomsten inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit die het ziekenhuis afsluit, dient mee te delen.

- b) patiënten die doelbewust naar België komen om zich hier te laten verzorgen en dit in het kader van een individueel (privé-)initiatief (de zgn. “Kohll & Decker”-gevallen).

Merk op:

De patiënten die in de toekomst in een Belgisch ziekenhuis worden opgenomen voor een behandeling op grond van de bepalingen van de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg zullen tot categorie C1 behoren.

- C2** Personen met een EU/EER nationaliteit die krachtens het statuut van een instelling van internationaal of Europees recht ziektekostenverzekerd zijn (bv. de ambtenaren aangesloten bij het GSZV of het gemeenschappelijk stelsel voor ziekte- en ongevallenverzekering van de Europese ambtenaren, of ook NAVO-ambtenaren).

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

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

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

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

Voorbeelden:

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

2.4 Andere

D1 De niet-sociaal verzekerden