

**FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 12/01/2012

---  
**Directoraat-generaal Organisatie  
Gezondheidszorginstellingen**

---  
**NATIONALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

---  
**Afdeling « Financiering »**  
---

**REF. : NRZV/D/AF/ 73-2 (\*)**

**ADVIES VAN DE AFDELING FINANCIERING VAN DE NRZV BETREFFENDE DE  
WIJZIGING VAN FINHOSTA.**

In naam van de voorzitter,  
Dhr. Peter Degadt,

  
De secretaris,  
C. Decoster

(\*) dit advies werd goedgekeurd tijdens de plenaire vergadering van 08/12/2011 en werd tijdens het bureau van 12/01/2012 bekrachtigd

In het kader van de administratieve vereenvoudiging en gelet op de verbetering van de inzameling van de bestaande gegevens en het vermijden van de inzameling van niet relevante, ongebruikte of door anderen ingezamelde gegevens, heeft de werkgroep « vereenvoudiging » de door de Administratie voorgelegde voorstellen nauwkeurig onderzocht.

Volgende wijzigingen werden voorgesteld :

**Tabel 5 :**

Afschaffing van de tabel voor wat betreft de gegevens met betrekking tot het personeel. Tabel 13 zal worden aangevuld om het mogelijk te maken de VTE en de baremieke anciënniteit in rekening te brengen en op die manier de personeelsgegevens op te nemen in één enkele en dezelfde tabel.

Deze wijziging wordt gerealiseerd met het oog op duidelijkheid en loopt in geen enkel geval vooruit op regels die zullen gebruikt worden voor de berekening van het gemiddelde salaris. Deze materie wordt behandeld in de werkgroep B2 die hieromtrent een voorstel zal uitwerken.

Voor wat betreft de apparatuur: de inzameling wordt gehandhaafd in tabel 5 en aangevuld met informatie met betrekking tot de data en waarden van de upgrades alsmede met de aanschaffingswaarde.

**Tabel 6 :**

Tabel 6 wordt afgeschaft vanaf 2012 en is niet verplicht voor de inzamelingen 2010 en 2011. De Administratie zal zo nodig met de sector werken aan het op punt stellen van een ad hoc inzameling in het kader van de behoeften aan gegevens voor wat betreft de latere transfer van bevoegdheden aangaande de onderdelen 1 en A3 naar de Gemeenschappen en Gewesten. Een nieuwe tabel 6 wordt uitgewerkt en zal de gegevens van tabel 5 opnemen die geen betrekking hebben op het personeel of de apparatuur:  
Aantal bevallingen, aantal gecollocerden, aantal IVF-cycli, ligdagen geriatrisch dagziekenhuis.

**Tabel 9:**

De tabel werd aangepast om rekening te houden met de aanvangsdatum van het huurcontract bovenop het bedrag (reële waarde) en zal enkel de onroerende goederen opnemen.

**Tabel 11:**

Daar de inhoud verouderd is geworden, wordt de tabel zoals ze nu bestaat afgeschaft en vervangen door een tabel met titel « facturatietermijn » die volledig conform is aan de enquête zoals ze nu gekend is door de ziekenhuizen. Deze enquête wordt hierdoor overbodig. De werkgroep neemt acte van de wijzigingen opgelegd in het kader van het Observatorium voor de patiëntenmobiliteit, aangekondigd per omzendbrief van 18 oktober 2011. De omzendbrief impliceert in tabellen 4 en 8 een nieuwe nummering van de verzekeringsinstellingen die het item “type patiënt” overbodig maakt (zie bijlage).

De leden betreuren echter dat de aankondiging van de wijzigingen werd gedaan vóór de officiële raadpleging van de adviesorganen.

-----



RIZIV  
INAMI



DG1 FOD Volksgezondheid  
DG1 SPF Santé Publique

---

## 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, zijnde :

1. ofwel via 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/lichdag ZIV wordt vastgesteld.
2. ofwel via een prijs per parameter van activiteit op basis van het budget van financiële middelen (waarbij het budget gedeeld wordt door een aantal referentiedagen en dus een **prijs per dag** wordt vastgesteld) overeenkomstig **artikel 116 §1** van de Ziekenhuiswet;  
*Art.116. §1. Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 115, eerste lid, en waarvan de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110, kan de Koning, overeenkomstig de door hem bepaalde voorwaarden en regelen, een prijs per parameter van activiteit vaststellen op basis van het budget van financiële middelen.*
3. ofwel via een **minimale prijs per** parameter van activiteit, op basis van het budget van financiële middelen overeenkomstig **artikel 116 §2** van de Ziekenhuiswet (gewijzigd door de wet van 4 juni 2007 ter bevordering van de patiëntenmobiliteit);  
*Art. 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."*

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

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

**A De ZIV-patiënten :**

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

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

- op grond van een Verordening van de Europese Unie (waaronder Verordening (EG) 883/2004 of Verordening (EEG) 1408/71),
- 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, ...
- Europese ziekteverzekeringskaart, of
- 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+, ...
  
- HR-BE.111, HR-BE.128, TB.8, TunB.11, RM-BE.111, Medicare-Card, QUE-BE.128, ...
- 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, ...

**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, ...),

- werknemers, zelfstandigen, gepensioneerden, ... alsook hun gezinsleden die in België wonen en hier geneeskundige zorg genieten op basis van een document S1, formulier E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, ...  
voor rekening van het land dat het formulier heeft uitgereikt.

**Merk op :**

- Het betreft hier enkel de klassieke hospitalisatie, met uitzondering dus van de ambulante zorgverlening ;
- Het betreft hier buitenlandse verzekerden die of tijdelijk in België verblijven (bijv. toeristen, gedetacheerde werknemers, studenten, verzekerden met een voorafgaande toestemming, ...) of in België wonen en in ons land recht hebben op 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. Vallend onder de toepassing van de financieringswijze 2 (art. 116§1 van de Ziekenhuiswet) :**

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

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

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

C1 De Europese niet-ZIV-patiënten, die niet behoren tot de gelijkgestelden onder categorie A (= patiënten die geen recht hebben op geneeskundige zorg op grond van een document E.1XX of document S of SED uitgereikt door het land waar ze ziektekostenverzekerd zijn) en die in een Belgisch ziekenhuis worden opgenomen en geneeskundige zorg genieten krachtens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (op basis van 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 (bijv. de ambtenaren aangesloten bij het GSZV of het gemeenschappelijk stelsel voor ziekte- en ongevallenverzekering van de Europese ambtenaren, of ook NAVO-ambtenaren)

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

**4. De andere**

**D1 De niet-sociaal verzekerden**