



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
Academiejaar 2012 - 2013

DE RICHTLIJN 2011/24 EN DE WEG NAAR EEN GRENSOVERSCHRIJDENDE
SAMENWERKING TUSSEN DE PATIENTEN EN DE ZIEKENHUIZEN IN
VLAANDEREN, NEDERLAND EN FRANKRIJK

Promotor : Prof. Dr. P.S.J.M. SCHOUKENS

Masterscriptie, ingediend door

Audrey-Ann CROENEN
bij het eindexamen voor de graad van
MASTER IN DE RECHTEN



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
Academiejaar 2012 - 2013

DE RICHTLIJN 2011/24 EN DE WEG NAAR EEN GRENSOVERSCHRIJDENDE
SAMENWERKING TUSSEN DE PATIENTEN EN DE ZIEKENHUIZEN IN
VLAANDEREN, NEDERLAND EN FRANKRIJK

Promotor : Prof. Dr. P.S.J.M. SCHOUKENS

Masterscriptie, ingediend door

Audrey-Ann CROENEN
bij het eindexamen voor de graad van
MASTER IN DE RECHTEN

Samenvatting

Naar aanleiding van de Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt binnen deze masterscriptie eerst en vooral het vrij verkeer van medische diensten ontleed op Europees en Belgisch niveau aan de hand van de relevante rechtspraak¹ van het Hof van Justitie en het Europees legislatief werk² op het domein van de grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Deze Richtlijn betekent een volgende stap in de realisatie van de interne medische markt binnen de Europese Unie waardoor ziekenhuizen geconfronteerd zullen worden met een nieuwe realiteit.

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen drie verschillende types buitenlandse patiëntenstromen.³ Als eerste type heeft men de patiënten die onder dezelfde voorwaarden vallen als de patiënten met een Belgische verzekering.⁴ Ten tweede heeft men de zelfbetalende patiënten, ook wel “direct billing” genoemd.⁵ Tenslotte zijn er de patiënten die onder de grensoverschrijdende contracten vallen.⁶ De Richtlijn zal er voor zorgen dat het verkeer van patiënten over de grenzen heen bevorderd zal worden, maar een ware stormloop naar de Belgische ziekenhuizen ligt niet meteen binnen de verwachtingen. Patiënten verkiezen nog altijd om in hun bekende omgeving zorg te ontvangen.

Toch is er een reële en toenemende behoefte aan grensoverschrijdende gezondheidszorg, in het bijzonder wegens twee aspecten. In bepaalde landen kan er ten eerste bepaalde medische

¹ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95 *Decker*, 1998; HvJ 12 juli 2001, *Jur.* 2001, 5363, HvJ C-157/99 *Geraets-Smits en Peerbooms*, 2001; HvJ C-8/02, *Leichtle*, 2004.

² Verordening betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (1408/71/EG); Verordening betreffende de coördinatie van de socialenzekerheidsstelsels (883/2004/EG); Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

³ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

⁴ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

⁵ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

⁶ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

zorg niet altijd worden verleend, omdat er bijvoorbeeld een tekort is aan gekwalificeerd personeel of door capaciteitsproblemen.⁷ Hierdoor kunnen lange wachtlijsten ontstaan.

Een andere reden waarom er een behoefte is aan grensoverschrijdende gezondheidszorg is dat inwoners in een grensstreek vaak korter wonen bij een ziekenhuis in het buitenland dan bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis in hun eigen land.⁸

Een mogelijk oplossing voor beide aspecten is het sluiten van samenwerkingscontracten met buitenlandse actoren. Eén van de hoofdstukken van de Richtlijn 2011/24 heeft met name specifiek betrekking op de situatie van samenwerking tussen lidstaten op het gebied van gezondheidszorg.⁹ Het bepaalt dat de overheden van de lidstaten samenwerking moeten stimuleren op het gebied van gezondheidszorg tussen de ziekenhuizen. In de grensregio's kan dit van bijzonder belang zijn aangezien in deze regio's grensoverschrijdende dienstverlening de meest efficiënte wijze kan zijn om de gezondheidsdiensten voor de plaatselijke bevolking langs de landsgrenzen te organiseren.¹⁰

In België zijn er in tussentijd al enkele projecten op touw gezet en hebben Belgische ziekenhuizen samenwerkingscontracten afgesloten met Franse ziekenhuizen en met Nederlandse zorgverzekeraars. De werking tussen alle spelers verloopt na bevraging uitstekend. Zowel de patiënten als de ziekenhuizen / zorgverzekeraars zijn tevreden.¹¹

Deze contracten hebben echter wel enkele tekortkomingen. In geen enkel contract zijn afspraken te vinden rond het aantal buitenlandse patiënten die behandeld zullen worden en wanneer het contract zal worden stopgezet indien er capaciteitsproblemen zich zouden voordoen.¹² Ook ontbreekt er vaak een bepaling omtrent de kwaliteit van de zorg, wordt er

⁷ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

⁸ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

⁹ Artikel 10 Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁰ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

¹¹ E. BORMANS, "Grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ervaring met Nederlandse patiënten in het ZOL", in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012; Gesprek met Dr. Hans Rigauts, directeur-generaal, hoofdgeneesheer-directeur AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av; Gesprek met de heer Hans Torbijn, Diensthoofd patiëntenadministratie VZW Gezondheidszorg Oostkust; Gesprek met mevrouw Nathalie Schutyzer, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk; Gesprek met de heer Lieven Vermeulen, algemeen directeur AZ Sint-Augustinus Veurne.

¹² OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

ook weinig belang gehecht aan de nabehandeling, de communicatie met de patiënt en de uitwisseling van medische gegevens.¹³

In de toekomst kan de samenwerking tussen de verschillende buitenlandse actoren wel leiden tot ziekenhuisassociaties, groeperingen of fusies over de grenzen heen. Het einddoel moet in ieder geval een verbetering zijn van de kwaliteit van de gezondheidszorg in alle lidstaten in lijn met hetgeen de Richtlijn 2011/24 voorschrijft.

¹³ Artikel 4, tweede lid, b Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg; Artikel 5, c Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Dankwoord

Dankzij de steun en hulp van vele mensen is deze masterscriptie tot stand kunnen komen. Mijn bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor, Professor P.S.J.M. Schoukens, voor alle nuttige informatie en begeleiding. Zijn bemerkingsen, opmerkingen en advies brachten mij op het goede spoor. Daarnaast wens ik ook mevrouw Lina Kestemont, assistente bij Professor Schoukens, van harte te bedanken voor de vele interessante tips die zij mij heeft meegegeven.

Als masterstudente rechten was het niet evident om bij de juiste personen in de verschillende ziekenhuizen een afspraak te kunnen bemachtigen. Dankzij de inzet, doortastendheid en networking van verschillende tussenpersonen heb ik uiteindelijk toch heel wat informatie en afspraken kunnen maken. De gesprekken met ziekenhuisdirecteuren en personeelsleden hebben mij de mogelijkheid gegeven de vele vragen te stellen die nodig waren voor mijn scriptie.

Zij hebben tijd vrijgemaakt om mij te ontvangen en mij heel wat nuttige informatie gegeven. Hun bijdrage was van groot belang in het onderzoek naar een antwoord binnen mijn masterscriptie.

Dank aan:

Mevrouw Vera Lambert, algemeen directeur van het psychiatrisch ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge;

Mevrouw Beckers-Otte die mij in contact heeft gebracht met de heer Lieven Vermeulen, algemeen directeur van het AZ Sint-Augustinus Veurne;

Zuster Mieke, algemeen overste van de Zusters Bermhertigheid Jezus, die ervoor kon zorgen dat ik een gesprek kon hebben met de directie van het Yan Yperziekenhuis in Ieper;

Mevrouw Birgel-Mies die mij doorgestuurd heeft naar professor Thys aan het Instituut Tropische Geneeskunde te Antwerpen, die mij op zijn beurt heeft doorgestuurd naar de heer Christian Horemans, expert internationale zaken van de Onafhankelijke ziekenfondsen;

Dokter Patrick Degomme, hoofdgeneesheer pediatrie van het AZ Sint-Jan (Brugge), die ervoor gezorgd heeft dat ik een gesprek kon hebben met mevrouw Suzy de Vleeschouwer, ombudsvrouw van het AZ Sint-Jan Brugge;

Dokter Guido Deboever, internist in het AZ Damiaan te Oostende, die mij in contact heeft gebracht met de heer Karel Lamote, Adjunct administratief directeur van het AZ Damiaan in Oostende;

Dokter Patrick Willems, cardioloog in AZ Onze-Lieve-Vrouw-ter-Linden in Knokke-Heist die mij doorgestuurd heeft naar de heer Hans Torbijn, Diensthoofd patiëntenadministratie VZW Gezondheidszorg Oostkust;

Mevrouw Schutyser, stafmedewerker strategie en networking van het AZ Groeninge in Kortrijk;

Mevrouw Peeters, stafmedewerker juridische en Europese zaken Zorgnet Vlaanderen, Raadgever kabinet Vlaams minister Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Dokter Jan Van de Perre, MKA- chirurg van het AZ Monica in Antwerpen.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	
Dankwoord.....	I
Inhoudsopgave	III
Bijlagen	V
I. Inleiding.....	1
II. Het vrij verkeer van medische diensten ontleed op Europees en Belgisch niveau	5
1. Wezenskenmerken van het communautaire model	5
1.1 <i>Vrij verkeer</i>	5
1.2 <i>Vrij verkeer van (medische) diensten</i>	7
2. Europees legislatief werk op het domein van de gezondheidszorg.....	10
2.1 <i>Verordening 1408/71: de noodzaak van een coördinatie</i>	10
2.2 <i>Verordening 833/2004</i>	12
2.3 <i>Richtlijn 2011/24</i>	13
3. Vrij verkeer van medische diensten tot 28 april 1998.....	15
4. Vrij verkeer van medische diensten vanaf 28 april 1998	16
4.1 <i>De arresten Kohll en Decker</i>	16
4.2 <i>Het arrest Vanbraekel – een eerste toetsing met betrekking tot ziekenhuiszorgen</i>	19
4.3 <i>De arresten Geraets-Smits en Peerbooms</i>	20
4.4 <i>De arresten Müller-Fauré en Van Riet</i>	22
4.5 <i>Het arrest Leichtle – stilaan verder toegepast op intramurale zorg</i>	23
4.6 <i>Nationaal stelsel van sociale zekerheid zelf ter discussie?</i>	23
4.7 <i>Verdere aflijning in Richtlijn 2011/24, onder meer voor de ziekenhuizen</i>	24
5. Tussentijds besluit	25
III. Patiëntenmobiliteit	26
1. Algemeen.....	26
2. Drie verschillende types buitenlandse patiëntenstromen	27
2.1 <i>Eerste type: behandeling patiënten onder dezelfde voorwaarden als patiënt met Belgische verzekering</i>	27
2.2 <i>Tweede type: Zelfbetalende patiënten (“direct billing”)</i>	28
2.3 <i>Derde type: patiënten onder grensoverschrijdende contracten</i>	29
3. Redenen waarom een patiënt zich laat verzorgen in het buitenland	30
4. Financieel effect: buitenlandse patiënten meerekenen?	32

5. Besluit.....	34
IV. Vormen van samenwerking op het gebied van gezondheidszorg.....	37
V. Grensoverschrijdende overeenkomsten	40
1. Algemeen.....	40
2. Omzendbrief van het Observatorium van patiëntenmobiliteit: jaarverslag 2012.....	41
3. Belang voor de patiënten.....	45
4. Samenwerking tussen Nederland – België.....	45
4.1 Algemeen.....	45
4.2 <i>De ervaring met Nederlandse patiënten in het AZ Sint-Jan Brugge, het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk en het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke</i>	49
5. Samenwerking tussen Frankrijk – België.....	52
5.1 Algemeen.....	52
5.1.1 <i>Transcards</i>	53
5.1.2 <i>Raamakkoord voor een Frans-Belgische samenwerking op het vlak van de gezondheidszorg</i>	53
5.1.3 <i>Interreg-programmas’ s en ZOAST-overeenkomsten</i>	54
5.1.4 <i>ZOAST-overeenkomsten: specifiek</i>	57
5.2 <i>Bevraging van het AZ Groeninge Kortrijk, Yan Yperman Ziekenhuis en het AZ Sint-Augustinus te Veurne</i>	59
6. Ziekenhuizen zonder contracten met buitenlandse actoren.....	59
7. Beperkingen van de contracten	60
VI. Omzetting van de Richtlijn in de Belgische rechtsorde.....	61
VII. Besluit.....	64
VIII. Bibliografie	67
IX. Bijlagen.....	75
Bijlage 1: “PICU”-overeenkomst tussen AZ Vesalius in Tongeren en het academisch ziekenhuis in Maastricht:.....	75
Overeenkomst samenwerking patiëntenzorg.....	75
Bijlage 2: Opbouw contract tussen Vlaamse ziekenhuizen en Nederlandse zorgverzekeraars	91
Bijlage 3: AZ Sint-Jan Brugge	92
Bijlage 4: Het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk	93
Bijlage 5: AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke.....	94
Bijlage 6: Overzicht van de ZOAST-overeenkomsten.....	95
Bijlage 7: AZ Groeninge Kortrijk	96
7.1 <i>Krantenartikel dat verschenen is naar aanleiding van de overeenkomst</i>	96

7.2 <i>Gesprek met mevrouw Nathalie Schutyzer, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk</i>	98
Bijlage 8: Het Yan Yperman Ziekenhuis	99
Bijlage 9: AZ Sint-Augustinus te Veurne	102
Bijlage 10: Actualiteit	103

Bijlagen

Bijlage 1: “PICU”-overeenkomst tussen AZ Vesalius in Tongeren en het academisch ziekenhuis in Maastricht

Bijlage 2: Opbouw contract tussen Vlaamse ziekenhuizen en Nederlandse zorgverzekeraars

Bijlage 3: AZ Sint-Jan Brugge

Bijlage 4: Het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk

Bijlage 5: AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke

Bijlage 6: Overzicht van de ZOAST-overeenkomsten

Bijlage 7: AZ Groeninge Kortrijk

7.1 Krantenartikel

7.2 *Gesprek met mevrouw Nathalie Schutyzer, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk*

Bijlage 8: Het Yan Yperman Ziekenhuis

Bijlage 9: AZ Sint-Augustinus te Veurne

Bijlage 10: Actualiteit

I. Inleiding

De Richtlijn 24/11 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg is niet zonder meer ontstaan, integendeel. Deze richtlijn is het resultaat, of liever één van de stappen in de evolutie van het vrij verkeer van medische diensten binnen de Europese Unie. Het vrij verkeer van medische diensten is door een aantal arresten¹⁴ van het Europese Hof van Justitie in een stroomversnelling gekomen. Met deze arresten wees het Hof erop dat medische diensten als diensten in de zin van het EG-Verdrag – nu het VWEU-Verdrag - moeten worden behandeld. Belemmeringen van het vrij verkeer van diensten kunnen slechts in een erg uitzonderlijk geval worden gerechtvaardigd, hetgeen ook geldt voor belemmeringen van het vrij verkeer van medische diensten.

Het Hof van Justitie heeft ook geoordeeld dat intramurale zorg in het toepassingsgebied van het vrij verkeer van medische diensten moet worden betrokken.¹⁵ Iedere EU-burger heeft het recht om in een andere lidstaat medische zorgen te ontvangen en deze vervolgens vergoed te zien aan de tarieven van het eigen bevoegde orgaan, of deze zorgen nu worden verstrekt binnen of buiten een ziekenhuis.¹⁶ Een dergelijk vrij verkeer van medische diensten is niet enkel noodzakelijk met het oog op de realisatie van de interne markt, doch past ook binnen de nieuwe geest van Europa en het EU-burgerschap. Vrij verkeer van medische diensten bezorgt dit burgerschap zelfs een concrete inhoud.

Nochtans blijven de verscheidene lidstaten huiverachtig staan tegenover de instelling van een algeheel vrij verkeer op dit vlak. Met alle mogelijke middelen trachten ze de gevolgen van de rechtspraak van het Hof van Justitie inzake vrij verkeer van medische diensten in te perken. Een en ander is duidelijk geworden met de redactie van Verordening 883/2004¹⁷ die Verordening 1408/71 verving. Tot een algehele instelling van een vrij verkeer van medische diensten is het toen niet gekomen. Verordening 883/2004 van haar kant kon zeker niet worden

¹⁴ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95 *Decker*, 1998; HvJ 12 juli 2001, *Jur.* 2001, 5363, HvJ C-157/99 *Geraets-Smits en Peerbooms*, 2001; HvJ C-8/02, *Leichtle*, 2004.

¹⁵ HvJ C-157/99 *Geraets-Smits en Peerbooms*, 2001 ; M. COUCHEIR, “Gezondheidszorgverstrekking als economische activiteit in de zin van het EG-Verdrag: over gevrijwaarde solidariteit en (semi-)solidariteit”, *TSR* 2005, 169; Intramurale zorg is gezondheidszorg die gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden wordt in een zorgstelling.

¹⁶ M. COUCHEIR, “Gezondheidszorgverstrekking als economische activiteit in de zin van het EG-Verdrag: over gevrijwaarde solidariteit en (semi-)solidariteit”, *TSR* 2005, 171.

¹⁷ Verordening 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, *Pub. L.* 30 april 2004, afl. 166, 1.

beschouwd als een eindpunt, maar eerder als een startpunt. De lidstaten moesten zeker nieuwe toegevingen doen, maar enkel als Europa voldoende garanties zou kunnen bieden dat - ondanks het algeheel vrij verkeer van medische diensten - de nationale gezondheidssectoren hier niet zwaar onder zouden lijden en de lidstaten voldoende vrijheid restte om hun gezondheidszorg te organiseren zoals ze het zelf zouden wensen.

Op 9 maart 2011 keurde de Raad van Ministers van de EU dan de richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg goed.¹⁸ Deze Richtlijn is een belangrijke stap in de realisatie van het vrij verkeer van medische diensten binnen de Europese Unie. Hiermee heeft Europa een nieuwe stap gezet in de richting van het vrij verkeer van medische diensten. Nu ook intramurale zorg binnen het toepassingsgebied van het vrij verkeer van medische diensten valt, is het duidelijk dat deze nieuwe richtlijn heel wat gevolgen met zich mee zal brengen voor de ziekenhuizen als verstrekkers van medische hulp. Richtlijn 2011/24 beoogt het vrij verkeer van medische diensten te begunstigen en betekent een volgende stap in de realisatie van de interne medische markt. Ziekenhuizen en ziekteverzekeringen zullen geconfronteerd worden met een nieuwe realiteit.

De relevantie van het onderwerp is dus nauwelijks te onderschatten. In de eerste plaats kan een hoge mate aan maatschappelijke relevantie worden onderscheiden. De grensoverschrijdende mogelijkheid van medische diensten grijpt in in het dagdagelijks leven van iedere EU-onderdaan. De ontwikkeling die zich ter zake in de rechtspraak van het Hof heeft voorgedaan, beoogde steeds een ruime interpretatie van de grensoverschrijdende medische zorgen. Richtlijn 2011/24 van 9 maart 2011 markeert dan ook een nieuwe mijlpaal in deze evolutie. Grensoverschrijdende gezondheidszorg binnen de Europese Economisch Ruimte wordt meer en meer door Europa aangemoedigd en zal een concrete realiteit zijn waarmee ziekenhuizen, patiënten, zorgverzekeraars en dergelijke meer in de toekomst willens nillens geconfronteerd zullen worden.

Ook vanuit rechtswetenschappelijk oogpunt kent het onderwerp een grote relevantie. Het onderwerp bevindt zich op het snijvlak van Europees mededingingsrecht en nationaal socialezekerheidsrecht waarvan belangen niet altijd gelijklopend zijn. De nieuwe Richtlijn zal

¹⁸ *Pb. L.* 4 april 2011, afl. 88, 45.

nieuwe ontwikkelingen met zich meebrengen. Niet enkel zal België een omzettingswetgeving moeten redigeren – waarbij het vanuit beleidsmatig oogpunt keuzes zal moeten maken – ook zal de aard en het karakter van deze omzettingswetgeving met zich meebrengen dat ziekenhuizen en ziekteverzekeringen op een geheel andere manier in de toekomst met de gezondheidszorg moeten omgaan.

De nieuwe Richtlijn bepaalt dat de overheden van de lidstaten samenwerking moet stimuleren op het gebied van gezondheidszorg tussen de ziekenhuizen, meer bepaald in artikel 10, lid 3 van Richtlijn 2011/24 moedigt de Commissie de lidstaten, vooral de buurlanden, aan om onderling overeenkomsten te sluiten. In België zijn er al enkele projecten op touw gezet en hebben Belgische ziekenhuizen reeds samenwerkingscontracten met Franse ziekenhuizen en met Nederlandse zorgverzekeraars. Men kan zich de vraag stellen of deze contracten na de omzetting van de Richtlijn in nationale wetgeving aan deze laatste voldoen of dat er veranderingen en aanpassingen zullen moeten doorgevoerd worden.

Ook wordt er binnen deze masterscriptie onderzocht wat de impact is van de patiëntenmobiliteit op de ziekenhuizen.

Om tot een antwoord te komen op deze onderzoeksvragen wordt op twee manieren te werk gegaan, namelijk aan de hand van literatuurstudie van rechtsleer en rechtspraak enerzijds, en daarnaast een bevraging van de ziekenhuizen die grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten hebben afgesloten.

De masterscriptie is opgedeeld in drie grote delen. Om een beter inzicht te verwerven in de goedkeuring van Richtlijn 2011/24 wordt eerst het vrij verkeer van medische diensten ontleed op Europees en Belgisch niveau, in het bijzonder aan de hand van de relevante rechtspraak¹⁹ van het Hof van Justitie. Daarnaast vindt onderzoek plaats van het Europees legislatief werk op het domein van de gezondheidszorg, met name Verordening 1408/71, Verordening 883/2004 om tot slot Richtlijn 2011/24.

In het tweede deel van deze masterscriptie komt de patiëntenmobiliteit aan bod. In België is de patiëntenmobiliteit tamelijk beperkt, echter ziet men wel dat het aantal buitenlandse patiënten toeneemt. Binnen dit deel worden de verschillende types buitenlandse

¹⁹ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95 *Decker*, 1998; HvJ 12 juli 2001, *Jur.* 2001, 5363, HvJ C-157/99 *Geraets-Smits en Peerbooms*, 2001; HvJ C-8/02, *Leichtle*, 2004.

patiëntenstromen besproken, wat precies de redenen zijn waarom patiënten zich naar het buitenland begeven en wat het financieel effect is van deze patiënten.

Door de introductie en implementatie van de Richtlijn zal er waarschijnlijk sprake zijn van een toename aan buitenlandse patiënten, maar een ware stormloop ligt niet meteen binnen de verwachtingen omdat patiënten nog altijd liever in hun bekende omgeving zorg ontvangen. Patiëntenmobiliteit kan een impact hebben op de ziekenhuizen en is soms het gevolg van de grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten. Dit hoofdstuk mocht daarom zeker niet ontbreken.

Het derde deel handelt over wat Richtlijn 2011/24 precies bepaalt over de samenwerking op gebied van gezondheidszorg en meer bepaald over de grensoverschrijdende overeenkomsten tussen de lidstaten die door de Commissie worden aangemoedigd. In België zijn er echter al enkele projecten en contracten tussen de Franse, Nederlandse en Belgische grensregio's in Vlaanderen. Men bespreekt de samenwerking tussen Frankrijk en België enerzijds, Nederland en België anderzijds.

Tenslotte wordt kort aangehaald hoever men staat met de omzetting van Richtlijn 2011/24 in het Belgisch recht.

II. Het vrij verkeer van medische diensten ontleed op Europees en Belgisch niveau

1. Wezenskenmerken van het communautaire model

1.1 Vrij verkeer

1. VRIJ VERKEER - Economische integratie is een van de belangrijkste doelstellingen van de Europese Unie. Met economische integratie doelt men op het wegnemen van economische barrières tussen de nationale economieën van de lidstaten, zodat deze kunnen samensmelten tot één geheel.²⁰ Deze integratie is gebaseerd op de realisatie van het Europese grondbeginsel van het vrij verkeer dat volgende vrijheden omvat: een vrij verkeer van goederen, van personen, van diensten en van kapitaal.²¹ Het onderwerp van deze thesis impliceert een korte analyse van zowel het vrij verkeer van personen als het vrij verkeer van diensten.

2. VRIJ VERKEER VAN PERSONEN – Het vrij verkeer van personen is onlosmakelijk verbonden met het Europees project. Zo bepaalde artikel 69, lid 1 van het EGKS-verdrag van 18 april 1951 reeds dat *de deelnemende staten zich ertoe verbonden om de beperkingen op grond van nationaliteit voor de tewerkstelling van elkaars onderdanen op te heffen*. Teneinde de economische samenwerking tussen de lidstaten uit te breiden, moesten de verschillende productiefactoren worden vrijgemaakt. Het EEG-verdrag voorzag dan ook in nieuwe bepalingen inzake vrij verkeer. Uitermate relevant is bepaling 48 EEG-verdrag dat als uitgangspunt voor het vrij verkeer van werknemers het non-discriminatiebeginsel voorop stelde.²² Artikel 51 EEG-Verdrag²³ voegde er aan toe dat een volledige gelijkheid inzake

²⁰ Definitie overgenomen uit R. BARENTS en L.J. BRINKHORST, *Grondlijnen van Europees Recht*, Deventer, W.E.J. Tjeenk Willink, 2001, 270. In dezelfde zin: F. AMTENBRINK en H.H.B. VEDDER, *Recht van de Europese Unie*, Boom Juridische uitgevers, Den Haag, 2006, 268.

²¹ Zoals Koen Lenaerts het treffend verwoordde: “[de bepalingen van vrij verkeer] beogen dat iedere marktdeelnemer over de ‘binnengrenzen’ van de Gemeenschap heen arbeid en kapitaal kan inzetten of afnemen en diensten kan verrichten of ontvangen, zonder te worden gehinderd door nationale regelingen die door beperkingen op de handel de grenzen zouden in stand houden of terug invoeren.” Uit: K. LENAERTS, *Europees Recht in hoofdlijnen*, Maklu, Antwerpen en Apeldoorn, 2003, 157.

²² M. DEVOS, “Vrij verkeer van werknemers na de uitbreiding van de Europese Unie”, *TSR* 2004, (461) 466; H. VERSCHUEREN, *o.c.*, 123.

²³ De artikelen 48-51 EG-Verdrag zijn de huidige artikels 39-42.

sociale zekerheid overgelaten werd aan maatregelen die de Raad met eenparigheid zou nemen op voorstel van de Commissie.²⁴

3. VERORDENINGEN - In de daarop volgende jaren realiseerde de Raad daadwerkelijk het vrij verkeer van werknemers via verordeningen. Artikel 1 van Verordening 1612/68 van de Raad van 15 oktober 1968 betreffende het vrije verkeer van werknemers binnen de Gemeenschap stelde een algemeen vrij verkeer van werknemers in en bepaalde dat *iedere onderdaan van een lidstaat het recht heeft om in een andere lidstaat arbeid in loondienst te aanvaarden en te verrichten onder dezelfde voorwaarden en met dezelfde voorrang als de nationale werknemers van die lidstaat*. Het vrij verkeer van personen bleef niet beperkt tot de specifieke categorie van werknemer en evolueerde van een vrij verkeer van werknemers²⁵ naar een algemeen vrij verblijfsrecht dat aan alle burgers van EG-Lidstaten toekwam.²⁶ Europa beoogt inderdaad niet enkel een zuiver economische integratie, maar streeft ook een integratie van de volkeren na. Ook het Hof van Justitie interpreteerde de principes inzake vrij verkeer steeds ruimer. De instelling van het Europees burgerschap is in deze context slechts een logische stap geweest.

4. VRIJ VERKEER VAN DIENSTEN - Het vrij verkeer van diensten kwam pas als laatste vrijheid onder de aandacht van de gemeenschapsinstellingen.²⁷ Toenmalig artikel 50 EG-Verdrag definieerde het begrip “dienst” als dienstverrichtingen welke gewoonlijk tegen *vergoeding* geschieden. Vrijheid van diensten houdt niet enkel in dat iedere dienstverlener een persoon uit een andere lidstaat van dienst kan zijn, maar ook de vrijheid van de dienstontvanger om zich met het oog op een bepaalde dienst actief naar een andere lidstaat te begeven.²⁸ Het vrij verkeer van diensten mag niet worden belemmerd.

²⁴ R. DE PETTER, “Les Communautés Européennes et la Sécurité Sociale” *TSR* 1989, (241) 241; H. VERSCHUEREN, *o.c.*, 84.

²⁵ Ook het type van ‘migrerende werknemer’ veranderde door de jaren heen. Waar in de aanvangsjaren van de EEG vooral arbeiders zich naar een andere lidstaat begaven met het oog op een volledige integratie in hun nieuwe thuisland in de hoop daar een betere toekomst te krijgen, is de migrerende werknemer vandaag de dag eerder een hoogopgeleide die slechts tijdelijk een andere lidstaat opzoekt zonder daarbij de banden met zijn moederland definitief door te knippen. Het hoeft geen betoog dat dit nieuw type migrant er alle baat bij heeft om de sociale verzekering in zijn moederland gewaarborgd te zien. Zie: Y. JORENS, “De nieuwe EG-Verordening 1408/71 inzake de sociale zekerheid van migrerende personen: naar een vereenvoudiging en modernisering?” *TSR* 2004, (193) 198.

²⁶ M. DEVOS en E. MATTHYS, *l.c.*, (461) 463.

²⁷ B. SCHULTE, “Europees sociaal recht”, *BTSZ* 2001, (687) 710.

²⁸ De vrijheid van de dienstontvanger om zich met het oog op het verkrijgen van de dienst naar het buitenland begeeft, is volgens het hof de tegenhanger van de vrijheid waarvan de dienstverstrekker geniet om zich naar het buitenland te begeven met het oog op de uitoefening van zijn activiteit. Het Hof verkondigde deze stelling in het arrest Luise en Carbone van 31 januari 1984. Deze rechtspraak wordt gekritiseerd aangezien het Hof hier een

5. MEDISCHE ZORG ALS DIENST? - Ook medische behandelingen zijn diensten.²⁹ Dit werd reeds in 1984 bepaald door het Hof van Justitie in het arrest Luisi en Carbone. Zo medische diensten beschouwd kunnen worden als diensten in de zin van artikel 56 VWEU, dan is elke nationale maatregel die het vrij verkeer van deze diensten rechtstreeks, daadwerkelijk of potentieel belemmert strijdig met het Europees recht.

1.2 Vrij verkeer van (medische) diensten³⁰

6. VRIJ VERKEER VAN MEDISCHE DIENSTEN NADER BESCHOUWD - Het vrij verkeer van diensten kwam zoals gezegd pas als laatste vrijheid onder de aandacht van de gemeenschapsinstellingen.³¹ Artikel 56 VWEU-verdrag verbiedt elke beperking op het vrij verkeer van diensten. Luidens dit artikel zijn *in het kader van de volgende bepalingen de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Unie verboden ten aanzien van de onderdanen der lidstaten die in een andere lidstaat zijn gevestigd dan dat, waarin degene is gevestigd te wiens behoefte de dienst wordt verricht. Het Europees Parlement en de Raad kunnen, volgens de gewone wetgevingsprocedure, de bepalingen van dit hoofdstuk van toepassing verklaren ten gunste van de onderdanen van een derde staat die diensten verrichten en binnen de Unie zijn gevestigd.* Het vrij verkeer van diensten wordt gezien als een restcategorie. Het wordt slechts dan ingeroepen wanneer de andere bepalingen inzake vrij verkeer niet van toepassing zijn. Hoewel het vrij verkeer van diensten oorspronkelijk het relatief geringe belang van de economische activiteit weerspiegelde, is dit in de loop van de jaren veranderd, aangezien de dienstensector in de economie belangrijker is geworden. Uiteraard heeft deze evolutie zijn weerslag op de impact van de wetgeving. Alle bepalingen die het vrij verkeer van diensten behandelen hebben rechtstreekse werking.³²

7. HET ARREST DASSONVILLE - Maatregelen die het vrij verkeer van diensten verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken, zijn verboden. Het vrij verkeer van diensten mag

ruimere draagwijdte aan het EG-Verdrag zou geven dan dat de lidstaten aanvankelijk hebben bedoeld. Zie: T. HERVEY en J. McHALE, *Health Law and the European Union*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 120-121.

²⁹ Y. JORENS, "Het voorstel 'Bolkestein-Richtlijn': een gevaar voor het Belgisch Sociaal Recht?", *TSR* 2006, 27-30.

³⁰ M., COUCHEIR, "Gezondheidszorgverstrekking als economische activiteit in de zin van het EG-Verdrag: over gevrijwaarde solidariteit en (semi-)territorialiteit", *TSR* 2005, 147-210.

³¹ B. SCHULTE, "Europees sociaal recht", *BTSZ* 2001, 687-710.

³² HvJ. arrest in de zaak 33/74 van 3 december 1974, Jur. 1974, 1299 (van Binsbergen)

inderdaad zoals reeds onder 1.1 aangehaald onder geen enkel beding worden belemmerd. Bijzonder relevant in dit opzicht is het arrest Dassonville waarin het Hof bepaalde dat iedere rechtstreekse, daadwerkelijke of potentiële belemmering van de intracommunautaire handel ongeoorloofd is.³³ Dit verbod geldt voor alle EU-onderdanen die gevestigd zijn in een andere lidstaat dan die lidstaat waarin de begunstigde van de dienst is gevestigd³⁴ en vindt zijn grondslag in het verbod op discriminatie op basis van nationaliteit.³⁵ Het artikel 56 VWEU wordt daarnaast aangevuld met bepalingen betreffende de macht van de Raad en het Europees Parlement om discriminatoire en niet-discriminatoire obstakels voor de vrijheid van dienstverlening te verwijderen.³⁶

8. DE UITZONDERING: DE RULE OF REASON - Een belemmering van het vrij verkeer is enkel toegelaten indien het noodzakelijk is voor redenen van het algemeen belang.³⁷ Er moet echter wel aan een aantal voorwaarden voldaan worden, wat wordt aangeduid als de “rule of reason”: de belemmering van het vrije verkeer moet op objectieve, transparante en niet-discriminerende criteria gebaseerd zijn en het mag niet verder gaan dan nodig voor het beoogde doel.³⁸

9. DE NOODZAKELIJKHEID VAN EEN VRIJ VERKEER VAN MEDISCHE DIENSTEN - Zoals reeds aangegeven, valt het verlenen van medische zorg onder het vrij verkeer van dienstverlening. Lange tijd gingen de lidstaten ervan uit dat medische diensten uitgesloten waren van het toepassingsgebied van de regels inzake vrij verkeer van diensten omdat het een onderdeel was van de sociale beschermingssystemen.³⁹ Deze protectionistische politiek kon niet worden volgehouden. Wil Europa echter het vrij verkeer van werknemers stimuleren dan moet het in maatregelen van sociale aard voorzien.⁴⁰ Dergelijke maatregelen bevinden zich niet zelden op het terrein van de sociale zekerheid dat aldus bezwaarlijk nog als zuiver nationaal kan worden

³³ Y. JORENS, “Europa en het recht op gezondheidszorg: een vrij verkeer van patiënten?”, in R. JANVIER, A. VAN REGENMORTEL en V. VERVLIET, V., *Actuele problemen van het sociale zekerheidsrecht*, Brugge, Die Keure, 2003, p. 557; HvJ 11 juli 1974, Dassonville, 8/74, Jur., 1974, 837.

³⁴ E., DIRIX, Y., MONTAGNIE en H., VANHEES, *Handels- en economisch recht in hoofdlijnen*, Intersentia, Antwerpen, p.355

³⁵ Artikel 18 VWEU.

³⁶ J., STUYCK, *Substantive Law of the European Union*, Acco, Leuven, 2012, 66 p.

³⁷ J. W., VAN DE GRONDEN, *Zorg tussen lidstaten en interne markt: zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, Kluwer, Mechelen, 2004, 133p.

³⁸ J. W., VAN DE GRONDEN, *Zorg tussen lidstaten en interne markt: zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, Kluwer, Mechelen, 2004, 133p.

³⁹ J. W., VAN DE GRONDEN, *Zorg tussen lidstaten en interne markt: zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, Kluwer, Mechelen, 2004, 133p.

⁴⁰ “If people are to move around the EU in order to work, then provision must be made for their protection in the event of the traditional social security risks” Uit: T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 112

beschouwd⁴¹. Immers, EU-burgers zullen hun recht van vrij verkeer niet benutten wanneer dit voor hen op financieel vlak nadelig uitkomt.⁴² Niemand mag nadelige gevolgen van zijn grensoverschrijdende mobiliteit ondervinden.

10. HET ARREST LUISI EN CARBONE EN NAVOLGENDE RECHTSPRAAK - In het arrest Luisi en Carbone heeft het Hof aangegeven dat medische behandelingen onder de regels van het vrije verkeer vallen.⁴³ Gelet op de noodzaak hiertoe die hiervoor werd uiteengezet, kon het Hof ook niet in een andere zin beslissen. In deze zaak werd het aanbieden van medische behandelingen beschouwd als een dienst. Het Hof oordeelde daarnaast dat zowel de dienstverrichter als de ontvanger van medische diensten zich kunnen beroepen op alle bepalingen die in het Verdrag zijn opgenomen betreffende het vrije verkeer. In het arrest Grogan dat een medische zwangerschapsafbreking betrof⁴⁴, herhaalde het Hof de stelling dat medische werkzaamheden een dienst uitmaken in de zin van het vrije verkeer van diensten in het VWEU. In het arrest Sodemare concludeerde het Hof dat de maatregelen en de wetgeving van lidstaten op het vlak van de zorgsector onder het toepassingsgebied van de bepalingen inzake vrij verkeer ressorteren.⁴⁵ Uit de evolutie van de rechtspraak volgt dat alle medische verrichtingen en activiteiten onder de regels van het vrije verkeer ressorteren. Het vrije verkeer van medische diensten strekt zich onder andere ook uit tot ziekenhuisopnames, medische behandeling door artsen die op een niet-permanente basis worden aangeboden en dergelijke meer. Het vrij

⁴¹ F. J. L. PENNINGNS, *Grondslagen van het Europese socialezekerheidsrecht*, Deventer, Kluwer, 2005, 3.

⁴² Y. JORENS, “De toepassing in België van Verordening (EEG) nrs. 1408/71 en 574/72. Algemeen rapport” in Y. JORENS en S. GEENEN (eds.), *De toepassing van de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 in België*, Brugge, Die Keure, 1999, 3; B. KAHIL-WOLFF en P.-Y. GREBER, “Sécurité sociale: aspects du droit national, interational et européen”, in C. KADDOUS C. en P. MERCIER (eds.), *Dossiers de droit européen*, Brussel, Bruylant, 2006, 280; F. PENNINGNS, Introduction to European Social Security Law, in X. (ed.) *Social Europe Series*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 4; D. PIETERS, P. SCHOUKENS en F. CORVELEYN, Europees Sociaal zekerheidsrecht: wetgeving en rechtspraak, in D. SIMOENS en J. PUT (eds.), *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1996-2001. Wetgeving-rechtspraak*, Brugge, Die Keure, 2001, 13; A. P. VAN DER MEI, “Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?”, *NTSR* 1998,188; Y. JORENS, “Europa en het recht op gezondheidszorg: een vrij verkeer van patiënten?”, in R. JANVIER, A VAN REGENMORTEL en V. VERVLIET, *Actuele problemen van het sociale zekerheidsrecht*, Brugge, Die Keure, 2003, 534; F. GOYENS, “Vlaamse zorg in EG-Verordening Nr. 1408/71”, *TSR* 2002, 34; P. NIHOUL en A.-C. SIMON (eds.), *L’Europe et les soins de santé. Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence*, Leuven, Larcier, 2005, 7. Zoals deze auteurs kernachtig verwoorden: “[...] les mesures prises pour permettre aux personnes, souhaitant séjourner ou s’établir dans un autre pays de l’Union, de conserver un accès aux soins de santé, sans lequel une telle liberté de circulation serait illusoire.”

⁴³ Gevoegde zaken 286/82 en 26/83 (Luisi en Carbone)

⁴⁴ Zaak C-159/90

⁴⁵ Zaak C-70/95

verkeer van diensten is eveneens van toepassing op een verzekeraar indien die een verzekering aanbiedt aan een consument in een andere lidstaat.⁴⁶

2. Europees legislatief werk op het domein van de gezondheidszorg

2.1 Verordening 1408/71: de noodzaak van een coördinatie

11. VERORDENING 1408/71 – Verordening 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkenden en hun gezinnen die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen⁴⁷ was het Europese antwoord op de nood aan coördinatie⁴⁸ van de nationale stelsels van sociale zekerheid en poogde deze stelsels zo op mekaar af te stemmen dat EU-onderdanen niet werden ontmoedigd gebruik te maken van het recht op vrij verkeer van werknemers door een mogelijk verlies van hun recht op sociale zekerheid.⁴⁹ Het toepassingsgebied van Verordening 1408/71 is dat van de sociale zekerheidssituatie van migrerende personen. Het is een hulpinstrument voor het waarborgen van het vrij verkeer van werknemers en zelfstandigen dat één van de fundamentele pijlers van het Europees model is [cfr. *supra*]. Het is eveneens een eerste verordening die het vrij verkeer van medische diensten onder bepaalde voorwaarden toeliet.⁵⁰ Meest relevante bepaling is artikel 20 van de Verordening. Dit artikel verschaft de grensarbeiders een onvoorwaardelijke keuzemogelijkheid om zich aan de ene of andere kant van de grens te laten verzorgen. Hoewel het kan beschouwd worden als een eerste stap in de richting van de realisatie van het vrij verkeer van medische diensten, was de draagwijdte ervan eerder beperkt.

12. EEN BEPERKT TOEPASSINGSGEBIED VAN VERORDENING 1408/71 – Artikel 19 van de Verordening 1408/71 formuleert als algemene regel dat werknemers en zelfstandigen en hun gezinsleden die hun woonplaats hebben op het grondgebied van een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht hebben op verstrekking van gezondheidszorgen in de woonstaat en

⁴⁶ J.W., VAN DE GRONDEN, *Zorg tussen lidstaten en interne markt: zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, Kluwer, Mechelen, 2004, 133.

⁴⁷ *Pub. L* 149, 05 juli 1971, 2.

⁴⁸ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 202.

⁴⁹ B. SCHULTE, “Europees sociaal recht”, *l.c.*, 703.

⁵⁰ Y. JORENS, “De nieuwe EG-Verordening 1408/71 inzake de sociale zekerheid van migrerende personen: naar een vereenvoudiging en modernisering?”, *TSR* 2004, 193-231.

dit op kosten van de bevoegde staat. De Verordening 1408/71 was van toepassing op zowel werknemers als zelfstandigen die onder de wetgeving van één of meerdere lidstaten vallen.⁵¹ Tenslotte was de Verordening eveneens van toepassing op personen die een studie of beroepsopleiding volgen en hun gezinsleden.

13. EEN VERPLICHTE GELIJKHEID VAN BEHANDELING - Een belangrijk principe van de Verordening is de gelijkheid van behandeling van personen.⁵² Dit principe is onvoorwaardelijk van toepassing waardoor de duur van de periode gedurende dewelke de werknemer of de zelfstandige woonachtig is geweest, niet van belang is. Indien de bepalingen van deze Verordening van toepassing zijn en de personen op het grondgebied van één van de lidstaten wonen, hebben zij dezelfde rechten en verplichten op grond van de wetgeving van elke lidstaat als de onderdanen van die staat onder dezelfde voorwaarden. Hierop bestaan er echter wel uitzonderingen.⁵³ Het principe van gelijke behandeling van personen veronderstelt eveneens dat feiten en gebeurtenissen die zich voordoen in een andere lidstaat worden erkend alsof deze zich in de bevoegde lidstaat hebben voorgedaan. Toch was het aan het Hof om zaak per zaak te beoordelen of bepaalde gebeurtenissen of feiten, die niet in de Verordening werden opgenomen, in aanmerking dienden te worden genomen.

14. HET VERMIJDEN VAN POSITIEVE EN NEGATIEVE WETSCONFLICTEN - Eén van de basisdoelstellingen van de Verordening 1408/71 is het waarborgen dat personen slechts aan één socialezekerheidswetgeving onderworpen zullen zijn.⁵⁴ Het is verboden dat personen in verschillende landen bijdragen betalen. Dit laatste moet men waarborgen. Eveneens moet er vermeden worden dat een persoon onder geen enkele wetgeving zou verzekerd zijn.

15. DETACHERING VAN HET KORTE TYPE - In het algemeen is de werknemer verzekerd in het land waar hij werkt. Hierop geldt de uitzondering betreffende kortdurende detacheringen.⁵⁵ Indien een werknemer gedetacheerd wordt in een ander land dan waar hij woont, bestaat de

⁵¹ Y. JORENS, “De nieuwe EG-Verordening 1408/71 inzake de sociale zekerheid van migrerende personen: naar een vereenvoudiging en modernisering?”, *TSR* 2004, 193-231.

⁵² Y. JORENS, “De nieuwe EG-Verordening 1408/71 inzake de sociale zekerheid van migrerende personen: naar een vereenvoudiging en modernisering?”, *TSR* 2004, 193-231.

⁵³ I. GOVAERE, “De Bolkestein-richtlijn in de context van het acquis communautaire: evolutie of revolutie?”, *TSR* 2006, 2-24.

⁵⁴ B. DE PAUW en G. VAN LIMBERGHEN, “Aanduiding van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving”, *TSR* 2004, afl. 3-4, 635-703.

⁵⁵ I. GOVAERE, “De Bolkestein-richtlijn in de context van het acquis communautaire: evolutie of revolutie?”, *TSR* 2006, 2-24.

mogelijkheid dat hij verzekerd kan blijven in de lidstaat waar hij al verzekerd was. Er moet echter aan twee voorwaarden voldaan zijn. Ten eerste moet de detachering minder dan twaalf maanden bedragen en ten tweede moet de werknemer niet gedetacheerd zijn als vervanging van iemand van wie de detachering beëindigd is.⁵⁶

16. GEEN RECHT OP PATIËNTENMOBILITEIT OF OMZEILING VAN WACHTLIJSTEN – In geen geval mag uit deze Verordening een recht worden afgeleid in hoofde van een burger van de Europese Unie om zonder meer naar een andere lidstaat te reizen om daar, al dan niet in een ziekenhuis, zorg naar keuze te ontvangen, ten laste van de eigen sociale tegemoetkomingen.⁵⁷ Ook biedt deze Verordening niet de mogelijkheid om wachtlijsten te omzeilen in eigen land.⁵⁸

2.2 Verordening 833/2004

17. VOORTBOUWEN OP VERORDENING 1408/71 – De preambule van Verordening 833/2004 geeft duidelijk aan dat er wordt verder gebouwd op de basis die reeds werd gelegd door Verordening 1408/71. Deze Verordening was complex en lang geworden; en het was daarom aangewezen deze voorschriften te vervangen, en tegelijk te moderniseren en te vereenvoudigen, om de doelstelling van het vrije verkeer van personen te bereiken.⁵⁹

18. HET PRINCIPE VAN DE VOORAFGAANDE TOESTEMMING GEHANDHAAFD – De juridische basis voor de Verordening 833/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels is het vrij verkeer van personen. De Verordening werkte het systeem van terugbetaling van medische diensten verder uit. Wanneer een burger van een Europese lidstaats slechts korte tijd in een andere lidstaat verblijft, heeft deze persoon overeenkomstig de Verordening in principe enkel recht op dringende medische zorgen. Indien er echter sprake is van niet-dringende medische zorgen of geplande zorgen in een andere lidstaat wordt dit slechts onder strikte voorwaarden toegestaan en – belangrijk - nadat de zorgbehoevende burger hiervoor voorafgaandelijke toestemming heeft

⁵⁶ B. DE PAUW en G. VAN LIMBERGHEN, “Aanduiding van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving, *TSR* 2004, afl. 3-4, 635-703.

⁵⁷ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 190.

⁵⁸ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 204.

⁵⁹ Zie preambule van de Verordening, overweging 3.

verkregen.⁶⁰ Voor deze toestemming wordt gebruik gemaakt van het zogenaamde E-112 (S2) formulier.⁶¹

Dergelijke toestemming kan echter niet worden geweigerd als aan twee cumulatieve voorwaarden is voldaan.⁶² In de eerste plaats moet de behandeling een behandeling zijn die in de lidstaat van aansluiting eveneens terugbetaalbaar is gesteld. In de tweede plaats moet de persoon in kwestie nood hebben aan een behandeling die niet binnen een redelijke termijn kan worden verstrekt. Wat betreft de terugbetalingstarieven, gelden deze van de lidstaat van aansluiting en gebeuren rechtstreeks via de derdebetalersregeling.⁶³

19. IMPACT OP DE ZIEKENHUIZEN – Specifiek voor de ziekenhuizen maakt de Verordening in artikel 37, eerste lid melding van ziekenhuizen: het bevoegde orgaan van een lidstaat waarvan de wetgeving voorziet in het dragen van de kosten van vervoer van een persoon die door een arbeidsongeval of een beroepsziekte is getroffen, naar zijn woonplaats of naar een ziekenhuis, neemt de kosten van vervoer van deze persoon naar een overeenkomstige plaats in een andere lidstaat, waar de betrokkene woont, voor zijn rekening, mits het orgaan vooraf toestemming tot dit vervoer heeft verleend, waarbij het naar behoren rekening houdt met de daarvoor geldende redenen. Ten aanzien van grensarbeiders is die toestemming niet vereist.

2.3 Richtlijn 2011/24

20. RICHTLIJN 2011/24 - Op 9 maart 2011 keurde de Raad van Ministers van de EU de richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg goed. Deze Richtlijn is een volgende en belangrijke stap in de realisatie van het vrij verkeer van medische diensten binnen de Europese Economische Ruimte.

⁶⁰ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 7.

⁶¹ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 7.

⁶² M., PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

⁶³ M., PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

21. DOELSTELLING VAN RICHTLIJN 2011/24 - Door het scheppen van een juridisch kader waarbinnen patiëntenmobiliteit centraal staat, heeft de Europese wetgever aan de lidstaten de verplichting opgelegd de toegang tot een veilige en hoogwaardige grensoverschrijdende gezondheidszorg te garanderen. Hoewel de Europese wetgever de nationale bevoegdheden van de lidstaten voor het organiseren en verstrekken van gezondheidszorg daarbij eerbiedigt, staat het buiten kijf dat richtlijn 2011/24 gevolgen zal hebben op het vlak van het organiseren van de gezondheidszorg, ook in ziekenhuisverband. Richtlijn 2011/24 beoogt inderdaad niet enkel de realisatie van een vrij verkeer van medische diensten, de richtlijn moedigt ook grensoverschrijdende samenwerking tussen ziekenhuizen aan en laat toe om kwaliteits- en veiligheidsnormen ter discussie te stellen.⁶⁴ Samengevat biedt de Richtlijn een juridisch kader van terugbetalingsregels voor de kosten, een set aan gemeenschappelijke beginselen of patiëntenrechten voor gezondheidszorgsystemen en een kader voor samenwerking tussen de lidstaten op het vlak van gezondheidszorg.⁶⁵

22. TOEPASSINGSGBIED EN DEFINITIES – In de Richtlijn wordt gezondheidszorg omschreven als volgt: “gezondheidsdiensten die door gezondheidswerkers aan patiënten worden verstrekt om de gezondheidstoestand van deze laatsten te beoordelen, te behouden of te herstellen, waaronder begrepen het voorschrijven en het verstrekken van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen”.⁶⁶ Gezondheidswerkers zijn “een arts, verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger (verpleegkundige), beoefenaar der tandheelkunde (tandarts), verloskundige of apotheker in de zin van Richtlijn 2005/36/EG of een andere beroepsbeoefenaar die werkzaamheden in de gezondheidszorg verricht die behoren tot een gereguleerd beroep, als gedefinieerd in artikel 3, lid 1, onder a), van Richtlijn 2005/36/EG, of iemand die krachtens de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt als gezondheidswerker wordt aangemerkt”.⁶⁷ Met andere woorden is deze Richtlijn van toepassing op het verstrekken van gezondheidszorg aan patiënten ongeacht de wijze van organisatie, verstrekking of financiering.⁶⁸ De Richtlijn respecteert ook volledig de

⁶⁴ P. CARNOTENSIS, “Richtlijn 2011/24 over de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg”, CM-Informatie, afl. 244, http://www.cm.be/binaries/grensoverschrijdende%20gezondheidszorg_tcm375-102203.pdf, p. 2.

⁶⁵ M., PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 112.

⁶⁶ Artikel 3.a) van de Richtlijn.

⁶⁷ Artikel 3.g) van de Richtlijn.

⁶⁸ P. CARNOTENSIS, “Richtlijn 2011/24 over de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg”, CM-Informatie, afl. 244, http://www.cm.be/binaries/grensoverschrijdende%20gezondheidszorg_tcm375-102203.pdf, p. 2.

bepalingen van de eerder vermelde Verordeningen met het oog op de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels (cf. *supra*).⁶⁹

23. NIEUWE EVOLUTIE - De Richtlijn 24/2011 markeert dus een nieuwe evolutie binnen het vrij verkeer van medische diensten. Waar de Verordening 883/2004 dus eerder uitging van vrij verkeer van economisch actieve personen (cf. *supra*), is de ratio van de Richtlijn eerder de patiëntenmobiliteit gebaseerd op vrij verkeer van economische diensten, in casu gezondheidszorg.

Deze Richtlijn kwam niet uit de lucht vallen. Sedert de arresten Kohll en Decker sprak het Europees Hof van Justitie zich meermaals uit omtrent het vrij verkeer van medische diensten waarbij het Hof zijn rechtspraak steeds verder uitwerkte en nader preciseerde.⁷⁰ Ook voor de Richtlijn 24/2011 was er reeds in min of meerdere mate sprake van een toenemende patiëntenmobiliteit en werden de ziekenhuizen met een nieuwe realiteit geconfronteerd. Deze periode strekt zich uit van 28 april 1998 – de datum van de arresten Kohll en Decker – tot 9 maart 2011 wanneer Richtlijn 24/2011 werd goedgekeurd.

3. Vrij verkeer van medische diensten tot 28 april 1998

24. HET SPANNINGSVELD TUSSEN HET NATIONALE TERRITORIALITEITSBEGINSEL EN HET EUROPESE VRIJ VERKEER VAN MEDISCHE DIENSTEN - Tot het einde van de jaren 90 van de vorige eeuw huldigden de Europese lidstaten het territorialiteitsprincipe inzake de ziekteverzekering. De nationale overheden bepaalden welk zorgpakket er gefinancierd werd. Dit impliceerde dat patiënten zorgen moeten ontvangen van een zorgverstrekker gevestigd op het nationale grondgebied, in feite komt dit neer op zorgontvanger en – verstrekker in hetzelfde land houden.⁷¹ Een tweede implicatie is niet-terugbetaling van de medische uitgaven gedaan in een ander land dan het eigen land.⁷²

⁶⁹ P. CARNOTENSIS, “Richtlijn 2011/24 over de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg”, CM-Informatie, afl. 244, http://www.cm.be/binaries/grensoverschrijdende%20gezondheidszorg_tcm375-102203.pdf, p. 2.

⁷⁰ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95, *Decker*, 1998.

⁷¹ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 189.

⁷² A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 189.

Op Europees vlak werden er regels uitgewerkt die Europese burgers garanderen dat hun rechten op geneeskundige verzorging behouden bleven wanneer ze zich verplaatsten binnen de Europese Unie. Dit systeem was allesbehalve een vrijheid van medische diensten. Enkel de grensarbeider werd in zekere mate vrijheid van medische diensten toegekend. De hardnekkigheid waarmee de staten hun nationale stelsels van sociale zekerheid zoveel mogelijk van buitenlanders trachtten af te schermen, stond in schril contrast met de rechtspraak van het Hof van Justitie die herhaaldelijk het vrij verkeer van medische diensten vooropstelde. De toestemmingsvereiste voor behandeling in het buitenland maakte inderdaad een verboden belemmering uit in de zin van de Dassonville-rechtspraak⁷³, maar de meeste lidstaten waren er – misschien tegen beter weten in – van overtuigd dat de bepalingen inzake vrij verkeer niet van toepassing waren op de sector van de nationale gezondheidszorg, zodat – in die optiek althans - het hanteren van een toestemmingsvereiste geen ongeoorloofde belemmering uitmaakte. Het was wachten tot het moment waarop het Hof klare taal zou kunnen spreken. Dit gebeurde op 28 april 1998.⁷⁴

4. Vrij verkeer van medische diensten vanaf 28 april 1998

4.1 De arresten Kohll en Decker

25. EEN BELGISCHE BRIL EN EEN DUIJS GEBIT - In 1992 schafte de Luxemburgse heer Decker zich een bril aan in België aan de hand van een voorschrift van een Luxemburgse oogarts. Het Luxemburgs ziekenfonds weigerde deze aankoop terug te betalen aangezien Decker niet om de verplichte voorafgaande toestemming had verzocht. De heer Kohll bevond zich in een gelijkaardige situatie. Hij verzocht het bevoegde ziekenfonds om toelating om zijn dochter een orthodontische behandeling te laten ondergaan in het Duitse Trier. Deze toelating werd hem geweigerd aangezien het meisje een dergelijke behandeling evengoed in het Groothertogdom kon ondergaan.⁷⁵ Kohll argumenteerde dat deze weigering in strijd was met

⁷³ HvJ 11 juli 1974, *Jur.* 1974, 837.

⁷⁴ H. NYS, “Vrij verkeer van patiënten voor ambulante behandelingen”, *Act. Hosp.* 1998, 69; A.P. VAN DER MEI, “Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?”, *NTSR* 1998, 190.

⁷⁵ S. DÜNNES-ZIMMERMANN, *o.c.*, 9; T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 126; H. NYS, “Vrij verkeer van patiënten voor ambulante behandelingen”, *Act. Hosp.* 1998, 69; F. PENNINGGS, *o.c.*, 166; A.-C. SIMON, “La mobilité des patients en droit européen” in *l.c.*, 162.
A.P. VAN DER MEI, “Vrij verkeer en gezondheidszorg”, *l.c.*, (225) 232.

het vrij verkeer van diensten dat door de artikelen 59 en 60 van het EG-Verdrag werd vooropgesteld.⁷⁶ De Luxemburgse rechtbank stelde in beide zaken een prejudiciële vraag aan het Europees Hof van Justitie.⁷⁷ Op 28 april 1998 werd bepaald door het Europees Hof van Justitie in de principearresten Kohll en Decker dat medische zorgverstrekking kon worden gekwalificeerd als een dienst in de zin van het VWEU-Verdrag zodat de Europese regels inzake het vrij verkeer van diensten hierop van toepassing waren. Deze arresten openden voor de EU-burgers de mogelijkheid om zich voor hun geneeskundige verzorging naar aan andere lidstaat te begeven zonder dat daarbij een voorafgaandelijke toestemming van de betalingsinstelling waarbij deze zorgbehoevenden waren aangesloten, was vereist.⁷⁸

26. DE VOORAFGAANDE TOESTEMMING AFGEVOERD - Het Hof bepaalde dat artsen, apothekers en ziekenhuizen moeten worden beschouwd als economische agenten die tegen een bepaalde vergoeding⁷⁹ diensten verrichten.⁸⁰ Medische diensten werden aldus als zuiver economische prestaties aangemerkt waardoor het Hof - tegen de verwachting van de lidstaten in - de toepasselijkheid van de beginselen inzake vrij verkeer op de medische diensten kon erkennen.⁸¹ De speciale aard van een dienst kon niet worden ingeroepen om deze te onttrekken aan de toepassing van de fundamentele principes van de gemeenschappelijke markt.⁸² Aldus kon het Hof oordelen dat de nationale regels welke terugbetaling van in een andere dan de bevoegde lidstaat verkregen medische zorgen afhankelijk stellen van een

⁷⁶ Y. JORENS, "Grensarbeid: algemene situering en probleemstelling", *l.c.*, 11; A. P. VAN DER MEI, "Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?", *l.c.*, 187.

⁷⁷ Prejudiciële vraag nr. C-120/95 (Decker), *P.B.C.* nr. 137 van 3 juni 1995, 14. en Prejudiciële vraag nr. C-120/95 (Kohll), *P.B.C.* nr. 180 van 22 juni 1996, 26. De Luxemburgse cassatie rechter vroeg het Hof of de terugbetaling van medische behandelingen die in een andere lidstaat waren ondergaan afhankelijk kon gesteld worden van de toestemming van het ziekenfonds zonder daarbij de regels inzake vrij verkeer te schenden. In de tweede plaats werd gevraagd of het antwoord van het Hof anders zou luiden indien de bedoeling van dergelijke toestemming het handhaven van een evenwichtig stelsel van ziekteverzekering in een bepaalde lidstaat is. Zie ook: H. NYS, "Vrij verkeer van patiënten voor ambulante behandelingen", *l.c.*, (69) 69 en A.P. VAN DER MEI, "Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?", *l.c.*, (187) 190.

⁷⁸ F., VAN OVERMEIREN, Kohll en Decker anders bekeken: de mobiliteit van gezondheidsmedewerkers in de Europese Unie, *TRS* 2004, afl.2, 331-383.

⁷⁹ "In order to fall within the Treaty, a service must be provided for **remuneration**. This means there must be an economic or financial link between the service provider and the recipient of the service. The essential characteristic of remuneration is that it constitutes consideration for the service in question. [...] The Court has explicitly held that privately remunerated medical services fall within the Treaty provisions on freedom to provide services" uit: T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 119-120.

⁸⁰ R. BAETEN, "Over patiëntenmobiliteit en hoe het EU-beleid hierop reageert.", *l.c.*, 864; F. GOYENS, "Vlaamse zorg in EG-Verordening Nr. 1408/71", *l.c.*, 60; W. PALM, *l.c.*, 681.

⁸¹ Y. JORENS, "Het voorstel 'Bolkestein-Richtlijn': een gevaar voor het Belgisch Sociaal Recht?", *l.c.*, (27) 30; A.-C. SIMON, "La mobilité des patients en droit européen", *l.c.*, 149; T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 120. S. Dünnes-Zimmermann noemde in dit verband het domein van de sociale zekerheid geenszins een *gemeinschaftsfreier Raum*. Uit: S. DÜNNES-ZIMMERMANN, *o.c.*, 26.

⁸² S. DÜNNES-ZIMMERMANN, *o.c.*, 10; T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 126.

vooraf door het bevoegde ziekenfonds verkregen toestemming in strijd waren met de verdragsbepalingen inzake vrij verkeer van goederen en diensten en derhalve in beginsel zijn verboden.⁸³

Dergelijke toestemming – die door de lidstaten slechts zelden werd verleend – maakte inderdaad een potentiële belemmering⁸⁴ uit van het algemeen vrij verkeer.⁸⁵ Het Hof concludeerde aldus dat de vergoeding van kosten voor in een andere lidstaat ontvangen medische prestaties niet langer dient te worden beschouwd als een door de bevoegde verzekeringsorganen verleende gunst, maar als een afdwingbaar communautair recht dat slechts in bepaalde gevallen en onder bepaalde voorwaarden kan worden beperkt.⁸⁶

27. Het gevolg is dat de beslissing tot in feite de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg niet langer is voorbehouden aan de ziekenfondsen/overheden via het mechanisme van de voorafgaande toestemming, maar nu ook aan de patiënt zelf toekomt. Het ziekenfonds zal prestaties, ongeacht in welk land van de Europese Unie deze zijn verstrekt of genoten, aan Belgische verzekerden moeten terugbetalen. Omgekeerd moeten buitenlandse verzekerden die in België genoten hebben van medische diensten in hun land vergoed worden volgens de daar geldende terugbetalingstarieven. De arresten Kohll en Decker zorgden voor een revolutie in de financiering van de gezondheidszorg.⁸⁷ De terugbetaling van in een andere lidstaat gekochte en genoten medische goederen en diensten kan niet worden geweigerd door de gezondheidszorgverzekering van een bepaalde lidstaat. De terugbetaling gebeurt volgens de nationale tarieven.

⁸³ Patiënten zullen immers niet geneigd zijn zich naar het buitenland te begeven teneinde aldaar medische diensten te ontvangen in de wetenschap dat zij die kosten nooit vergoed zullen zien. Y. JORENS, “Europa en het recht op gezondheidszorg: een vrij verkeer van patiënten?”, *l.c.*, 557; PENNING, *o.c.*, 167; P. SCHOUKENS, “Actuele ontwikkelingen Europees sociaalzekerheidsrecht: detachering, gelijktijdige tewerkstelling en grensoverschrijdende gezondheidszorg”, *l.c.*, 93; A.-C. SIMON, “La mobilité des patients en droit européen”, *l.c.*, 163; F. VAN OVERMEIREN, “Kohll en Decker anders bekeken: de mobiliteit van gezondheidsmedewerkers in de Europese Unie”, *l.c.*, 339.

⁸⁴ Zie hiervoor de rechtspraak die het Hof hanteerde in het arrest Dassonville.

⁸⁵ “Da die Kostenerstattung aber von einer Genehmigung abhängig gemacht und aufgrund dessen auch nachträglich verweigert werden könne, würden die Versicherten durch dieses Regelung veranlasst, sich die Leistungen im Inland zu beschaffen.” Uit: S. DÜNNES-ZIMMERMANN, *o.c.*, 10-11; H. NYS, “Vrij verkeer van patiënten voor ambulante behandelingen”, *l.c.*, 69; D. PIETERS, P. SCHOUKENS en F. CORVELEYN, *Europees Sociaal zekerheidsrecht: wetgeving en rechtspraak*, *l.c.*, 42; A. P. VAN DER MEI, “Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?”, *l.c.*, 187; W. PALM, 681. Het hoeft geen betoog dat deze toestemmingsregels verzekerden afschrikken om zich tot hulpverleners in een andere lidstaat te wenden.

⁸⁶ T. HERVEY en J. McHALE, *o.c.*, 122; A. P. VAN DER MEI, “Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?”, *l.c.*, 187; W. PALM, *l.c.*, 679.

⁸⁷ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95, *Decker*, 1998.

28. GEEN ALTERNATIEF VOOR VERORDENING 1408/71 voor zorg in ziekenhuis – De leer van de Decker en Kohll arresten maakt geen echt alternatief uit voor de procedure overeenkomstig de Verordening 1408/71, want de keuze van de patiënt is beperkt; grensoverschrijdende toegang tot ziekenhuiszorg blijft in principe beheerst door de Verordening.⁸⁸

4.2 Het arrest Vanbraekel – een eerste toetsing met betrekking tot ziekenhuiszorgen

29. STAND VAN ZAKEN – Na de arresten Kohll en Decker bestonden er in feite twee procedures voor patiënten die zich binnen de Europese Unie wensden te verplaatsen naar een andere lidstaat om er medische zorgen te ontvangen ten koste van hun sociale zekerheidsvoorziening. Enerzijds was er de mogelijkheid die de Verordening 1408/71 biedt, nl. voorafgaande toestemming met formulier E 112 (cf. *supra*), en anderzijds de mogelijkheid geboden door de rechtspraak van het Hof van Justitie om zonder voorafgaande toestemming zorg in een andere lidstaat te ontvangen. Een interessant aanvulling bij deze rechtspraak is het arrest Vanbraekel⁸⁹, waarbij een Belgische patiënt Franse zorg verkreeg zonder nodige toelating, waarbij het Hof zijn rechtspraak verder heeft ontwikkeld en dit in de context van ziekenhuiszorg.

30. ACHTERGROND EN GEVOLGEN ARREST VANBRAEKEL⁹⁰ – De echtgenote van de heer Vanbraekel vroeg in 1990 toelating voor medische zorg te ontvangen in een ziekenhuis in Parijs. Deze toelating werd geweigerd, maar ondanks deze weigering liet zij de operatie in Frankrijk plaatsvinden. Zij vroeg vervolgens terugbetaling van kosten via de rechtbank. De rechtbank oordeelde dat de aanvankelijke weigering ongegrond was en legde de terugbetaling van de gedane kosten op. In het dispositief van het arrest oordeelde het Hof dat wanneer een sociaalverzekerde die een verzoek om toestemming heeft ingediend, van het bevoegde orgaan een afwijzende beslissing heeft ontvangen waarvan achteraf de ongegrondheid wordt vastgesteld, rechtstreeks van het bevoegde orgaan de vergoeding kan vorderen van een bedrag dat gelijk is aan het bedrag dat het orgaan van de verblijfplaats voor zijn rekening zou hebben genomen volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, indien de toestemming meteen was gegeven.

⁸⁸ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 212.

⁸⁹ HvJ 12 juli 2001, *Jur.* 2001, 5363.

⁹⁰ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 208-209.

Hierdoor lijkt er naast de twee mogelijkheden tot grensoverschrijdende zorg die expliciet bestaan, nl. de mogelijkheid op basis van de Verordening (voorafgaande toestemming nodig) en de mogelijkheid afgeleid uit de eerdere rechtspraak van het Hof van Justitie (geen voorafgaande toestemming nodig), een derde weg te bestaan ingevolge de visie van het Hof in het arrest Vanbraekel: situaties waarbij wordt vastgesteld dat toestemming niet werd gegeven, maar zou moeten worden gegeven evenals situaties waarbij de toestemming achteraf wordt gegeven (*a posteriori*).⁹¹

Daarnaast biedt de conclusie van het Hof in het arrest Vanbraekel een aanmoediging voor grensoverschrijdende zorg vanuit het oogpunt van de patiënt. Één van de obstakels voor grensoverschrijdende zorg is immers het niet voorzien van financiële tegemoetkoming voor reis –en verblijfkosten. In het arrest Vanbraekel wordt nu erkend dat de bijkomende tegemoetkoming dit obstakel kan wegnemen en zodoende grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten ondersteunt.⁹²

4.3 De arresten Geraets-Smits en Peerbooms

31. UITBREIDING VAN HET TOEPASSINGSGEBIED RATIONE MATERIAE VAN DE RECHTSPRAAK KOHLL EN DECKER - Latere rechtspraak van het Europees Hof van Justitie heeft de arresten Kohll en Decker verfijnd en hun draagwijdte verruimd.⁹³ Zo verduidelijkte Het Hof van Justitie in zijn arresten d.d. 12 juli 2001 Geraets-Smith en Peerbooms dat de regels inzake vrij verkeer van diensten toepasselijk waren op zowel ambulante zorgverstrekking als ziekenhuisverstrekking en zowel voor verstrekkingen verleend in zorgstelsels die gebaseerd zijn op terugbetaling van zorgen als op stelsels die zorgen in natura verstrekken.⁹⁴

32. INTRAMURALE ZORG - Het Hof bepaalde dat niet enkel extramurale zorg (zoals aan de orde in de arresten Kohll en Decker), maar ook intramurale zorg – zorg verstrekt binnen een ziekenhuiscontext - niet immuun was voor de regels inzake vrij verkeer.⁹⁵ Zowel Mevrouw Geraets-Smits als de heer Peerbooms waren als Nederlanders verzekerd in het Nederlandse

⁹¹ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 210.

⁹² A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 212.

⁹³ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 213.

⁹⁴ HvJ C-157/99, Smits en Peerbooms, 2001.

⁹⁵ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 194 en 198.

in-naturasysteem. Beide ondergingen een behandeling in een Duits, respectievelijk Oostenrijks ziekenhuis zonder hiervoor de toelating van de verzekeraar te hebben ontvangen. Het Hof van Justitie oordeelde dat ook de *in casu* gewraakte toestemmingsregels strijdig waren met het vrij verkeer van diensten.

Of voorafgaande toestemming van toepassing kon zijn bij ziekenhuiszorg, werd geanalyseerd vanuit twee uitgangspunten. Een eerste uitgangspunt is dat ziekenhuiszorgdiensten niet kunnen worden aanzien als een dienst in de zin van artikel 50 van het EU-Verdrag en voorafgaande toestemming inzake de ziekenhuiszorgen dus niet kon worden aanzien als strijdig met dat artikel.⁹⁶ Een tweede uitgangspunt is dat voorafgaande toestemming ten aanzien van zorgen verstrekt door ziekenhuizen gerechtvaardigd is om ziekenhuisinfrastructuur te beschermen.⁹⁷

33. TOESTEMMING WEL GERECHTVAARDIGD IN LICHT VAN HOGER DOEL INZAKE INTRAMURALE ZORG - Hoewel het Hof niet zonder meer deze uitgangspunten aannam⁹⁸, was het wel van oordeel dat een voorafgaande toestemming gerechtvaardigd kan zijn wanneer zij tot doel heeft het financieel evenwicht van de sociale zekerheid in stand te houden.⁹⁹ Het Hof erkende ook de behoefte aan planning van ziekenhuizen. In een systeem zoals het Nederlandse en het Duitse is bijgevolg voorafgaande toestemming gerechtvaardigd bij niet-ambulante, intramurale zorg¹⁰⁰ gezien het belang ervan inzake ziekenhuisplanning om een rationeel, stabiel, en evenwichtig aanbod voor kwaliteitszorg te garanderen.

Deze beperkingen mogen evenwel niet zomaar ingesteld worden, maar moeten proportioneel zijn¹⁰¹; moeten daarnaast op objectieve criteria gebaseerd zijn (de zgn. “rule of reason”, cf. *supra*)¹⁰² en mogen ten slotte geen discriminatie inhouden van buitenlandse zorgverstrekkers

⁹⁶ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 199.

⁹⁷ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 199.

⁹⁸ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 199.

⁹⁹ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 354.

¹⁰⁰ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 354.

¹⁰¹ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 354: met proportionaliteit wordt bedoeld dat de belemmerende maatregelen nodig moeten zijn ter verwezenlijking van en in redelijke verhouding staan met de rechtvaardigingsgrond.

¹⁰² M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 354.

(de eigen “gezondheidszorgmarkt” mag niet zonder meer worden afgeschermd).¹⁰³ De Lidstaten mogen immers niet zomaar elke vraag tot ziekenhuisbehandeling in een andere lidstaat weigeren. Enkel wanneer een behandeling nodig is en dezelfde of een even doeltreffend behandeling tijdig beschikbaar is in een gecontracteerde instelling op het eigen grondgebied kan toestemming geweigerd worden¹⁰⁴. Het vrij verkeer van medische diensten heeft dus evenzeer gevolgen voor de ziekenhuizen zelf die ingeschakeld zijn in de nationale gezondheidszorg.

34. GEEN PRINCIPIËLE KEUZEVRIJHEID VOOR DE PATIËNT¹⁰⁵ – Een belangrijke vaststelling in deze arresten is dat de arresten geen principiële keuzevrijheid verlenen aan de patiënt, tzt om zonder meer zich te wenden tot een ziekenhuis in een andere lidstaat, en vervolgens de kosten laste te laten leggen van hun eigen zorgverzekering/zorgverzekeraar. De zeggenschap blijft principieel bij de zorgverzekering.¹⁰⁶ Het voornaamste onderscheid met de Verordening 1408/71 is de verruiming van de mogelijkheid, de toegang tot grensoverschrijdende zorg.¹⁰⁷

4.4 De arresten Müller-Fauré en Van Riet

35. EXTRAMURALE ZORG - Nu in het arrest Geraets-Smits het Hof met betrekking tot de intramurale zorg van oordeel was dat de toestemmingsvereiste voor behandelingen in het buitenland onder bepaalde voorwaarden geoorloofd was, hoopte Nederland dat deze toestemmingsvereiste onder dezelfde voorwaarden ook op niet-gecontracteerde extramurale zorg van toepassing zou zijn.¹⁰⁸ Zo zou men de invloed van de bepalingen inzake vrij verkeer verder kunnen temperen. Beide dames hadden een ingreep in het buitenland ondergaan zonder daarbij toestemming van het Nederlandse bevoegde orgaan verkregen te hebben. Nederland beriep zich op de argumenten die het in de arresten Geraets-Smits en Peerbooms succesvol

¹⁰³ ¹⁰³ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 356.

¹⁰⁴ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 355.

¹⁰⁵ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 199-200.

¹⁰⁶ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 212.

¹⁰⁷ A.P. VAN DER MEI, “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel”, *MJ* 2002, afl.2, 213.

¹⁰⁸ Y. JORENS, “Europa en het recht op gezondheidszorg: een vrij verkeer van patiënten?”, *l.c.*, 571. Nederland voerde aan dat er in het in-naturasysteem geen verschil bestond tussen extra- en intramurale zorg. Dezelfde argumenten als in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms werden van stal gehaald en Nederland verzocht om hun toepasselijkheid op extramurale zorg.

had ingebracht, doch kwam deze keer van een kale reis terug. In de arresten Müller-Fauré¹⁰⁹ en Van Riet¹¹⁰ weigerde het Hof de Nederlandse argumentatie immers te volgen. Het Hof verklaarde dat toestemmingsregels inzake extramurale zorg – waar het *in casu* en anders dan in het arrest Geraets-Smits om ging - in beginsel nooit kunnen worden gerechtvaardigd.¹¹¹ *In casu* was het Hof van oordeel dat Nederland onvoldoende wist aan te tonen dat de door haar gehanteerde toestemmingsvereiste voor extramurale zorg noodzakelijk was teneinde het financiële evenwicht van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel te bewaren. Aangezien er onvoldoende rechtvaardigingsgronden aanwezig waren, werd de toestemmingsvereiste als een potentiële belemmering van het vrij verkeer van diensten beschouwd en dus als ongeoorloofd gekwalificeerd.

4.5 Het arrest Leichtle – stilaan verder toegepast op intramurale zorg

36. KUREN IN DUITSLAND - Het arrest Leichtle¹¹² uit 2004 was een verdere toepassing van de Kohl- en Deckerrechtspraak, doch ditmaal op de behandeling in een kuuroord. De heer Leichtle wenste een thermale kuur te volgen in Italië, doch kreeg hiervoor niet de vereiste toestemming van zijn Duitse ziekteverzekeraar aangezien niet bewezen was dat de Italiaanse kuur heilzamer zou zijn dan de Duitse. Enkel onder deze voorwaarde stond Duitsland haar burgers toe andere kuuroorden op te zoeken. Het Duitse argument – het bewaren van het medische niveau van de Duitse kuurinrichtingen – werd door het Hof niet bewezen geacht zodanig dat ook hier de toestemmingsvereiste strijdig werd geacht met de fundamentele beginselen van vrij verkeer.

4.6 Nationaal stelsel van sociale zekerheid zelf ter discussie?

37. SOCIALEZEKERHEIDSTELSEL ZELF BELEMMERING VOOR VRIJ VERKEER? - Met toekomstvoorspellingen moeten we voorzichtig zijn, maar op grond van de analyse van de

¹⁰⁹ Mevrouw Müller-Fauré onderging een tandheelkundige behandeling in Duitsland tijdens haar vakantie omdat ze ontevreden was over de Nederlandse tandartsen. Haar verzoek om teugbetaling van de kosten werd afgewezen omdat de dame in kwestie zich evengoed tot een Nederlandse gecontracteerde tandarts had kunnen wenden en er geen sprake was van spoedeisendheid. Zie: A.P. VAN DER MEI, “Vrij verkeer en gezondheidszorg”, *l.c.*, 236.

¹¹⁰ Mevrouw Van Riet had pijn aan de pols en kreeg van haar huisarts een artroscoopie voorgeschreven. Zij liet dit onderzoek uitvoeren in België aangezien in Nederland hiervoor lange wachtlijsten bestonden. Beide arresten werken ook de in Geraets-Smits en Peerbooms gestelde vereiste van ‘tijdigheid uit’.

¹¹¹ Zo was het Hof van mening dat er geen afdoende argumenten waren die aantoonen dat het afschaffen van de toestemmingsregels voor niet-gecontracteerde extramurale zorg het financieel evenwicht van het Nederlands stelsel in gevaar zou brengen. Uit: A.P. VAN DER MEI, “Vrij verkeer en gezondheidszorg”, *l.c.*, 240.

¹¹² HvJ C-8/02, *Leichtle*, 2004.

arresten van het Europese Hof van Justitie is er een tendens merkbaar om meer en meer het nationaal georganiseerde stelsel van sociale zekerheid zelf direct in vraag te stellen.¹¹³ Deze tendens komt erop neer dat het stelsel zelf als een belemmering van het vrij verkeer kan worden aanzien in het licht van het Europese recht, waarbij de lidstaten zich stelselmatig zouden moeten verantwoorden. Tot op heden was deze beoordeling nog maar van toepassing op goederen (geneesmiddelen), en niet op diensten (zorg), maar in de toekomst kan deze beoordeling zeker aan de orde zijn.¹¹⁴

4.7 Verdere aflijning in Richtlijn 2011/24, onder meer voor de ziekenhuizen

38. De rechtspraak van het Hof van Justitie is nu als het ware gecodificeerd in de Richtlijn 2011/24.

Inzake toestemmingsvereiste is er ingevolge de besproken rechtspraak een zekere evolutie gekomen, waarvan we het resultaat kunnen vinden in de Richtlijn. Zo stelt de Richtlijn in artikel 7.8 de regel dat de lidstaat van aansluiting in beginsel geen voorafgaande toestemmingsvereiste mag hanteren voor de terugbetaling van grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Er zijn in de Richtlijn evenwel drie categorieën van gezondheidszorg waarvoor wel een voorafgaande toestemming mag worden gehanteerd, waarbij vooral de categorie van de gezondheidszorg met planningeisen relevant is voor ziekenhuizen. Een voorafgaande toestemming is wel gerechtvaardigd door de specifieke planning die noodzakelijk is in de situatie van een ziekenhuis, gelet op de omstandigheden van kostenbeheersing en het bieden van een evenwichtig aanbod.¹¹⁵ In de preambule van de Richtlijn wordt dit element als volgt toegelicht: *“Het Hof van Justitie¹¹⁶ heeft geoordeeld dat deze voorwaarde zowel noodzakelijk als redelijk is omdat het aantal ziekenhuizen, hun geografische spreiding, hun inrichting en de uitrustingen waarover zij beschikken, en zelfs de aard van de medische diensten die zij kunnen aanbieden, aspecten zijn waarvoor planning, in het algemeen bedoeld om verschillende behoeften te vervullen, mogelijk moet zijn. Het Hof van Justitie heeft geconstateerd dat deze planning beoogt te garanderen dat de ziekenhuizen op het grondgebied van de betrokken lidstaat een toereikende en permanente toegang tot een*

¹¹³ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 355.

¹¹⁴ M. PEETERS, “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 355.

¹¹⁵ Richtlijn overweging nr. 40.

¹¹⁶ Arresten Geraets-Smits en Peerbooms, cf. *supra*.

evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg bieden. Bovendien berust planning op het streven de kosten te beheersen en iedere verspilling van financiële, technische en personele middelen zo veel mogelijk te vermijden. Volgens het Hof van Justitie zou een dergelijke verspilling des te schadelijker zijn daar het ziekenhuiswezen zoals bekend aanzienlijke kosten met zich brengt en aan toenemende behoeften moet voldoen, terwijl de financiële middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn, ongeacht welke financieringswijze wordt toegepast, niet onbeperkt zijn.”

39. De rechtsleer leidt uit het voorgaande af dat voor de terugbetalingen van ziekenhuisbehandelingen in daghospitalisatie, zonder dat er gespecialiseerde en kostenintensieve medische apparatuur of infrastructuur aan te pas komt, er geen voorafgaande toestemming mag worden gevraagd.¹¹⁷ Ook mag een ziekenhuis de maatregelen treffen in de situatie dat een zodanig grote instroom van buitenlandse patiënten de toegankelijkheid van de zorg voor de eigen patiënten in het gedrang zou brengen, het zogenaamde verdringingseffect.¹¹⁸

5. Tussentijds besluit

40. Deze analyse leert dat het Belgische stelsel van sociale zekerheid, zoals vergelijkbare stelsels in andere Europese landen, in oorsprong ver afstond van de principes en de leer die het Hof van Justitie op gegeven ogenblik heeft ontwikkeld. Vooral de principes van territorialiteit en (nationale) solidariteit staan in een gespannen verhouding tot de rechtspraak van het Hof, en de verdere consolidatie ervan door de Richtlijn. De Verordeningen daarentegen staan niet helemaal haaks op deze principes, want door het vasthouden aan de voorafgaande toestemming bieden zij nog een zeker houvast voor de nationaal georganiseerde sociale zekerheid in de verscheidene lidstaten. Niettemin moeten we ook daar vaststellen dat het Hof van Justitie in zijn rechtspraak deze strengere regeling afzwakt, wat in de lijn ligt van het stimuleren van een grotere patiëntenmobiliteit binnen de Europese Unie.

De concrete invulling en structurele uitwerking van deze patiëntenmobiliteit is het voorwerp van onderzoek in het volgende hoofdstuk.

¹¹⁷ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011, afl. 12, 98.

¹¹⁸ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011, afl. 12, 110.

III. Patiëntenmobiliteit

41. Uit voorgaande blijkt dat de Richtlijn 2011/24 van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg het verkeer van patiënten over de grenzen zal bevorderen. Binnen dit hoofdstuk wordt besproken wat men onder patiëntenmobiliteit verstaat, wat de redenen zijn waarom een patiënt zich in het buitenland laat verzorgen en wat het financieel effect is van deze buitenlandse patiënten. Men kan zich de vraag stellen of de ziekenhuizen meer buitenlandse patiënten mogen verwachten door de Richtlijn 2011/24.

1. Algemeen

42. Het uitgangspunt is dat een patiënt wordt behandeld in de lidstaat waar hij sociaal verzekerd is en door een zorgverstrekker, gevestigd in die lidstaat. Het is evenwel mogelijk dat de patiënt zich naar een andere lidstaat begeeft, waarbij dan sprake is van patiëntenmobiliteit.¹¹⁹ Verplaatst de zorgverstrekker zich naar een andere lidstaat, is er sprake van zorgverstrekkersmobiliteit.

43. Inzake patiëntenmobiliteit voorziet de Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen¹²⁰ (hierna: Ziekenhuiswet) in artikel 92/1 het volgende: *“De beheerder van het ziekenhuis deelt aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, alle overeenkomsten inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit die het ziekenhuis afsluit mee.”*

Deze bepaling werd ingevoegd in de Ziekenhuiswet door artikel 34 van de Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid¹²¹ (hierna: Gezondheidswet).

Wat moet nu worden verstaan onder patiëntenmobiliteit in grensoverschrijdend perspectief?
Wat is hiervoor in België wettelijk geregeld?

¹¹⁹ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 3.

¹²⁰ BS 7 november 2008.

¹²¹ BS 2 juni 2010.

2. Drie verschillende types buitenlandse patiëntenstromen

44. DRIE TYPES¹²² - Er bestaan drie types van buitenlandse patiëntenstromen. Ten eerste kent men de patiënten die worden behandeld onder dezelfde voorwaarden als patiënten die sociaal verzekerd zijn in België, dit op basis van Verordening 883/2004.¹²³ Ten tweede zijn er de patiënten die de kosten van de ziekenhuisbehandelingen zelf (rechtstreeks) betalen of in een ander geval voorschieten (de zogenaamde “direct billing”).¹²⁴ Tenslotte is er een derde type van patiëntenmobiliteit, namelijk de patiënten die onder het toepassingsgebied vallen van grensoverschrijdende contracten tussen verzekeraar en ziekenhuis.¹²⁵

2.1 Eerste type: behandeling patiënten onder dezelfde voorwaarden als patiënt met Belgische verzekering

45. Een eerste type van patiënten zijn deze personen die onder dezelfde voorwaarden worden behandeld als patiënten aangesloten bij de Belgische ziekteverzekering; deze kunnen worden ingedeeld in twee categorieën, enerzijds de zogenaamde verordeningspatiënten en anderzijds de personen die vallen onder de grensstreekcontracten zoals ZOAST, INTERREG en IZOM.¹²⁶ Voorbeeld is een Franse ingezetene uit Armentières die zich wendt tot een ziekenhuis in Ieper (grensstreek België-Frankrijk).

46. VERORDENING 883/2004 - Indien het gaat om patiënten die onder dezelfde voorwaarden behandeld worden als een patiënt die in België verzekerd is, is er onder de Verordening 883/2004 altijd voorafgaande toestemming vereist, dit aan de hand van het E112/52

¹²² B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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; C. VAN DE VOORDE, *Grensoverschrijdende patiëntenstromen: hoeveel, waarom en waar naar toe?*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

¹²³ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

¹²⁴ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

¹²⁵ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

¹²⁶ C. VAN DE VOORDE, “Grensoverschrijdende patiëntenstromen: hoeveel, waarom en waar naar toe?”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 8.

formulier.¹²⁷ Om te bepalen of de zorg die verleend werd onder het verzekerd pakket valt, moet men kijken naar de wetgeving van het land waar de behandeling is verstrekt.¹²⁸ Er is echter wel een supplementaire dekking mogelijk indien er een betere dekking bestaat in het thuisland van de patiënt.¹²⁹

47. GRENSTREEKCONTRACTEN - Indien het gaat om buitenlandse patiënten die onder de grensstreekcontracten vallen is er automatische toestemming en is voorafgaande toestemming voor terugbetaling niet noodzakelijk. Net als bij de Verordening geldt de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Echter is er negotiatie mogelijk van de tarieven indien de buitenlandse patiënt niet wettelijk gedekt is.¹³⁰

2.2 Tweede type: Zelfbetalende patiënten (“direct billing”)

48. DIRECT BILLING - Het tweede type van buitenlandse patiënten zijn diegenen die de kosten van de ziekenhuisbehandelingen zelf betalen, of in een ander geval voorschieten. De betaling gebeurt alsof de patiënt behandeld wordt in zijn thuisland en er wordt direct gefactureerd aan de patiënt, vandaar ook “direct billing” genoemd. De terugbetaling zal afhangen van wat in zijn thuisland onder het verzekerd pakket valt.

49. VOORAFGAANDE TOESTEMMING MOGELIJK - In specifieke gevallen kan voorafgaande toestemming vereist worden, bijvoorbeeld indien er duur medisch materiaal gebruikt wordt.¹³¹ Echter is deze toestemming alleen maar noodzakelijk als de medische zorg eveneens onder het verzekerd pakket valt en door lange wachtlijsten deze zorg niet tijdig kan worden gegeven.

¹²⁷ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 18.

¹²⁸ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 19.

¹²⁹ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 19.

¹³⁰ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 19.

¹³¹ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

50. VERBOD HOGER TARIEF – In beginsel is het niet toegelaten om een hoger tarief aan te rekenen. Enkel indien het gaat om een noodzakelijke en proportionele maatregel, en deze maatregel gebruikt wordt om een gerechtvaardigd doel te bereiken kan een hogere prijs worden aangerekend. Bovendien moet dit op objectieve gegevens worden gesteld. In dit geval is een indirecte prijsdiscriminatie toegestaan.

51. RICHTLIJN 2011/24 – Een buitenlandse patiënt is vrij te bepalen naar welke mobiliteitsroute zijn keuze gaat. Het thuisland is daarom verplicht om de patiënt, die in dit bepaald land sociaal verzekerd is, op de hoogte te brengen indien bijvoorbeeld de coördinatieverordeningen voor hem gunstiger is dan de Richtlijn 2011/24.¹³²

2.3 Derde type: patiënten onder grensoverschrijdende contracten

52. CROSS BORDER CONTRACTING - Tenslotte heeft men de patiënten die onder het toepassingsgebied vallen van de grensoverschrijdende contracten. Deze categorie wordt ook aangeduid als “cross-border contracting”. Als voorbeeld kan de situatie worden vermeld van een persoon uit Arnhem aangesloten bij een Nederlandse zorgverzekeraar die zich wendt tot een ziekenhuis in België dat contracteert met de Nederlandse zorgverzekeraar.

53. GEEN NOODZAKELIJKE TOESTEMMING - Voorafgaande toestemming voor de terugbetaling is niet noodzakelijk, het is echter wel mogelijk indien het voorzien is in het contract tussen de verzekeraar en het ziekenhuis. Om te bepalen of de zorg onder het verzekerd pakket valt heeft men contractuele vrijheid. De Belgische tarieven worden gehanteerd, een supplementaire financiële bijdrage voor de patiënt is echter niet toegelaten.¹³³

¹³² B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

¹³³ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 21.

3. Redenen waarom een patiënt zich laat verzorgen in het buitenland

54. (ON) BEWUSTE ZORG - Sommige patiënten doen soms bewust een beroep op gezondheidszorg buiten hun eigen land. Ze reizen soms naar een ander land om zorgen te ontvangen, alhoewel ze verzekerd zijn in een ander land. Dit noemt men geplande grensoverschrijdende zorg.¹³⁴, in de termen van de Richtlijn gedefinieerd als “gezondheidszorg die wordt verleend of voorgeschreven in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting”.¹³⁵ Daarnaast kan het mogelijk zijn dat er spoedeisende of dringende zorg nodig is in een land waar men tijdelijk verblijft of op reis is.

55. REDENEN - Er zijn verschillende redenen waarom patiënten naar het buitenland gaan. De beschikbaarheid kan een rol spelen, maar eveneens de zorg die eerder ontvangen kan worden in een ander land, de betaalbaarheid, de vertrouwdheid met het gezondheidssysteem, het vertrouwen in de zorgverleners en de kwaliteit.¹³⁶ Daarnaast kan voor de patiënten die in de grensstreken wonen eveneens de geografische ligging een rol spelen.

56. VRAAGZIJDE¹³⁷ - Aan de vraagzijde heeft men de patiënten en de buitenlandse verzekeraars. Deze verzekeraars kunnen hun patiënten naar het buitenland sturen voor geplande interventies. Voor die buitenlandse verzekeraars uit onze buurlanden zijn de Belgische ziekenhuizen erg interessante partners wegens de geografische nabijheid en eveneens de taalverwantschap. Aan de andere kant kunnen de overheden eveneens hun eigen burgers naar het buitenland sturen om de wachtlijsten in hun land te verkleinen.

¹³⁴ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

¹³⁵ Artikel 3.e) van de Richtlijn.

¹³⁶ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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; I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹³⁷ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

57. AANBODZIJDE¹³⁸ - Op het vlak van de aanbodzijde zijn er zowel voor-als nadelen indien de buitenlandse patiënten toenemen. Er ontstaan diverse kansen voor de ziekenhuizen, maar eveneens zijn er ook heel wat risico's aan verbonden. De grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit biedt aan de ziekenhuizen de mogelijkheid om gekende artsen aan te trekken. Eveneens kunnen zij ervaring en expertise opdoen.

58. De patiëntenmobiliteit kan eveneens bevorderend zijn op functioneel gebied doordat er de mogelijkheid bestaat om lokale spelers te betrekken bij grensoverschrijdende overeenkomsten.¹³⁹ Naast de stimulerende factoren, kan de patiëntenmobiliteit eveneens beïnvloed worden door hinderlijke factoren.¹⁴⁰ Het is niet vanzelfsprekend om in een grensoverschrijdende situatie de voor- en nabehandeling te organiseren.¹⁴¹ De (terug)betaling van medische kosten en de eventuele reis- en verblijfskosten kunnen voor de buitenlandse patiënten een grote bekommernis zijn.¹⁴²

59. KEUZE VOOR PATIËNTEN - Aan de patiënten geeft de grensoverschrijdende gezondheidszorg de keuze. De patiënten kunnen ervoor opteren om in hun lidstaat te wachten tot ze daar kunnen worden behandeld. Zo kunnen ze in hun vertrouwde omgeving blijven. Echter kunnen de patiënten kiezen om zich naar het buitenland te begeven waar ze sneller toegang krijgen tot een systeem dat voor hen veel minder vertrouwd is. Dit kan een onzekerheids- of onveiligheidsgevoel opwekken, waardoor grensoverschrijdende gezondheidszorg gezien kan worden als een hinderpaal voor de mobiliteit van de patiënten. In de grensregio's zijn er enkele belangrijke obstakels die ervoor zorgen dat de patiënten niet zomaar naar het buitenland gaan. Deze obstakels kunnen de verschillen in nationale

¹³⁸ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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; I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹³⁹ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁴⁰ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁴¹ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁴² I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

wetgeving zijn, de verschillende verzekeringsstelsels, de vraag wie de kosten van de behandeling betaalt, het opleidingsniveau maar eveneens de vreemde taal.

4. Financieel effect: buitenlandse patiënten meerekenen?

60. OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT - Echter is er ook een keerzijde. Er kan zich namelijk een negatief financieel effect voordoen ten nadele van de ziekenhuizen. In België bestaan er geen mechanismen in het systeem van de ziekenhuisfinanciering die rekening houden met de buitenlandse patiënten.¹⁴³

61. ACHTERGROND - In 2011 werd het Observatorium voor patiëntenmobiliteit opgericht ingevolge de Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit.¹⁴⁴ Deze wet kwam er door de bekommernis van de overheid over de impact van een (te) grote instroom van buitenlandse patiëntenstromen op de zorgtoegankelijkheid, eveneens door de vrees voor mogelijke problemen zoals de dagprijs die niet kostendekkend zou zijn en eveneens de vrees dat er op termijn wachtlijsten zouden ontstaan voor de eigen patiënten.¹⁴⁵ Het Observatorium moest er eveneens op toezien dat de overheid niet de controle zou verliezen over het gezondheidssysteem.¹⁴⁶ De mutualiteiten werken actief samen met dit Observatorium voor een maximale transparantie van de financiële stromen en patiëntenstromen, en voor het bewaken van wachttijden voor de eigen leden.¹⁴⁷

¹⁴³ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

¹⁴⁴ BS 25 juli 2007.

¹⁴⁵ M. PEETERS, "Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg", *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

¹⁴⁶ B. DE MARS, K. BOULANGER, P. SCHOUKENS, W. SEMEUS, C. VAN DE VOORDE, F. VRIJENS en I. VINCK, *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.

¹⁴⁷ J. KESENNE, "Grensoverschrijdende zorg en ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen", Studiedag 16 maart 2012 over de impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 4.

62. Deze wet van 4 juni 2007¹⁴⁸ heeft daarom bepaald dat in het Budget van Financiële Middelen de buitenlandse patiënten niet worden meegerekend. Eveneens werd voorgeschreven dat het mogelijk was om per KB een prijs te bepalen voor de buitenlandse patiënten die afwijkend was van de dagprijs.¹⁴⁹ Dit stootte op heel wat onenigheid omwille van de politieke en praktische moeilijkheden waardoor dit op vandaag nog altijd niet is geschreven.

Het jaarverslag van 2011 van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg maakt voor het Observatorium uitdrukkelijk de suggestie om zich te buigen over een opvolgingssysteem voor de buitenlandse patiëntenstromen, daar de ziekenhuizen zelf en andere zorgaanbieders dergelijke systematische opvolging niet (zelf) voorzien.¹⁵⁰

63. VERBOD AFWIJKENDE PRIJS BUITENLANDSE PATIËNTEN - Een aanrekening van een afwijkende prijs aan EU- patiënten is inmiddels wel door de richtlijn 2011/24 verboden. Het verbod op een hogere prijs betekent in concreto dat voor alle patiënten die zich in eenzelfde vergelijkbare medische situatie bevinden dezelfde prijschaal aangerekend moet worden. Indien er in lidstaten geen vergelijkbare prijs voor handen is, dan is men verplicht een prijs te berekenen die berust op objectieve en niet-discriminerende criteria.¹⁵¹

Er mag dus geen hogere prijs worden aangerekend aan buitenlandse patiënten ondanks het feit dat er andersluidende amendementen bestaan van onder andere de Belgische fractie in het Europees Parlement en ondanks de mogelijkheid die het Europees Hof van Justitie leek open te houden, namelijk in het arrest *Ferlini*.¹⁵² In dit arrest leek het Hof de mogelijkheid open te houden een hogere prijs aan te rekenen, op voorwaarde dat men kon bewijzen dat het financieel evenwicht van het socialezekerheidsbudget in gevaar kwam omdat het aan te rekenen tarief niet alle kosten dekte.¹⁵³

In tegenstelling tot wat in het arrest werd beoordeeld moeten de lidstaten ervoor zorgen dat voor alle patiënten in een vergelijkbare medische situatie dezelfde prijschaal geldt. De enige mogelijkheid die bestaat om een kostendeckende prijs aan de EU-patiënten aan te rekenen, is

¹⁴⁸ Zie artikel 2 en 3 van de wet .

¹⁴⁹ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.
¹⁵⁰ KCE, *Jaarverslag* 2011, https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_Jaarverslag_2011_0.pdf, p. 56.

¹⁵¹ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

¹⁵² HvJ C- 411/98, *Ferlini*, 2000.

¹⁵³ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

de herberekening van de Belgische dagprijs, althans in de Belgische ziekenhuizen. Deze prijsherberekening zal eveneens gelden voor de Belgische patiënt.¹⁵⁴

64. BELGISCHE ZIEKENHUIZEN - Men moet echter wel in het oog houden dat de Belgische ziekenhuizen belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang.¹⁵⁵ Dit impliceert een betaalbare, toereikende, toegankelijke, evenwichtige en permanente kwaliteitszorg. Op basis van artikel 20 van de Ziekenhuiswet oefent de overheid eveneens controle uit op de kwaliteit van de medische activiteit in de ziekenhuizen.¹⁵⁶ Indien ziekenhuizen de kwalitatieve vereisten niet naleven, kunnen zij hun erkenning verliezen.

De Vlaamse ziekenhuizen zijn verplicht om aan iedereen kwaliteitsvolle zorg te verlenen. Er mag geen onderscheid gemaakt worden naargelang geloof, inkomen, enz.

65. RICHTLIJN 2011/24 - In de Richtlijn wordt verder bepaald dat de patiënten (zowel binnen- als buitenlandse patiënten) het recht hebben op gelijke behandeling op basis van nationaliteit. Zoals eerder aangegeven is het dus verboden om een hogere prijs aan te rekenen aan een buitenlandse patiënt. Tenslotte mag de toegang tot de gezondheidszorg enkel geweigerd worden indien de lidstaat kan bewijzen dat hij capaciteitsproblemen heeft.¹⁵⁷

5. Besluit

66. KUNSTMATIGE OPLOSSING - Men kan de patiëntenmobiliteit zien als een kunstmatige oplossing voor de wachtlijsten.¹⁵⁸ Men verkiest om zich te verplaatsen naar het buitenland in plaats van het probleem binnen het eigen nationale systeem op te lossen. Dit kan gezien worden als het exporteren van de problemen van het ene land naar het andere land. Indien deze landen op regelmatige basis een beroep doen op buitenlandse gezondheidscapaciteit, kunnen hiermee dure nationale investeringen in medische infrastructuur beperkt worden. Dit

¹⁵⁴ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

¹⁵⁵ D. FOMACIARI, “Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg”, 10 september 2011, *RW*, 126-138

¹⁵⁶ D. FOMACIARI, “Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg”, 10 september 2011, *RW*, 126-138.

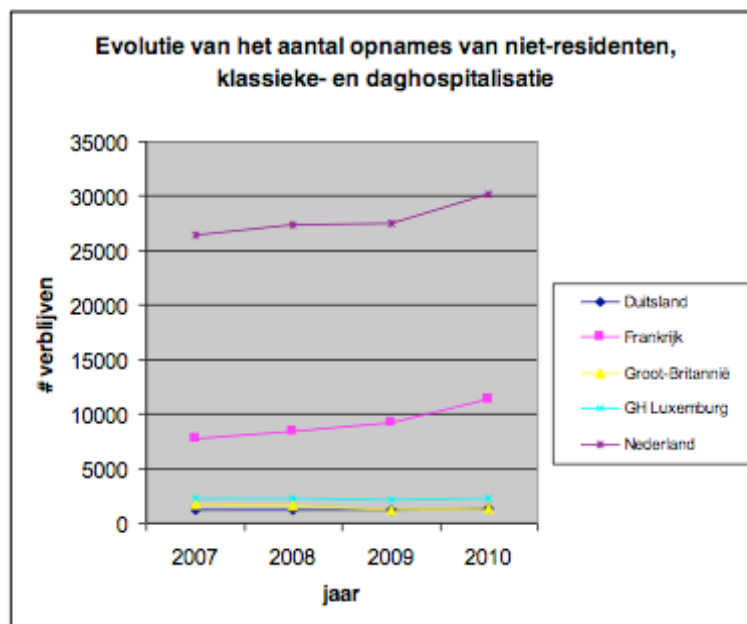
¹⁵⁷ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

¹⁵⁸ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

is erg relevant voor regio's met een geografische isolatie, een lage bevolkingsdichtheid of andere zeer specifieke kenmerken.

67. BEPERKTE MOBILITEIT - In België is de patiëntenmobiliteit tamelijk beperkt, echter ziet men wel dat het aantal buitenlandse patiënten toeneemt. Het medisch toerisme uit de buurlanden is in enkele jaren met bijna een vijfde toegenomen.¹⁵⁹

Grafiek 1: Evolutie van het aantal niet-residenten (klassieke- en dagverblijven, alle diagnoses en procedures) uit buurlanden, België 2007-2010¹⁶⁰



Het zijn vooral de buurlanden van België die tot de meest vertegenwoordigde behoren, namelijk Nederland (58,4 %) en Frankrijk (19,8 %).¹⁶¹

Door de introductie en implementatie van de Richtlijn zal er waarschijnlijk sprake zijn van een toename, maar een ware stormloop ligt niet meteen binnen de verwachtingen, hoewel de

¹⁵⁹ K. HERBOTS, "Medisch toerisme uit buurlanden stijgt fors", *De Morgen* 6 augustus 2013, <http://www.demorgen.be/dm/nl/993/Gezondheid/article/detail/1681851/2013/08/06/Medisch-toerisme-uit-buurlanden-stijgt-fors.dhtml>.

¹⁶⁰ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

¹⁶¹ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>.

Richtlijn uitgaat van het principe van geen voorafgaande toestemming voor het ontvangen van gezondheidszorg in een ziekenhuis in een andere lidstaat.¹⁶²

Vooraf in de grensregio's en in de toeristische gebieden zijn er buitenlandse patiënten, eveneens als er sprake is van zeldzame aandoeningen gaan patiënten naar het buitenland. Toch verkiezen patiënten er nog altijd liever voor om in hun bekende omgeving zorg te ontvangen.

Ook voor de Richtlijn 2011/24 was er reeds in min of meerdere mate sprake van een toenemende patiëntenmobiliteit en werden de ziekenhuizen met een nieuwe realiteit geconfronteerd. De impact van de patiëntenmobiliteit op de ziekenhuizen na de implementatie van de Richtlijn zal daardoor niet groot zijn. Desondanks de minieme impact, betekent het niet dat er geen nood is aan grensoverschrijdende gezondheidszorg. In volgende hoofdstukken zal men dieper ingaan op de samenwerkingsovereenkomsten die een oplossing kunnen vormen op de behoefte aan grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁶² M. PEETERS en P. SCHOUKENS, "Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg", Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 27.

IV. Vormen van samenwerking op het gebied van gezondheidszorg

68. Er is een reële en toenemende behoefte aan grensoverschrijdende gezondheidszorg. In bepaalde landen kan er soms bepaalde medische zorg niet worden verleend omdat er bijvoorbeeld een tekort is aan gekwalificeerd personeel of omdat er capaciteitsproblemen zijn.¹⁶³ Hierdoor kunnen lange wachtlijsten ontstaan. Een andere reden waarom er behoefte is aan grensoverschrijdende gezondheidszorg, is dat inwoners in een grensstreek vaak dichter wonen bij een ziekenhuis in het buitenland dan bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis in hun eigen land.¹⁶⁴

Een mogelijk oplossing voor beide problemen is het sluiten van samenwerkingscontracten met buitenlandse actoren.

69. WEDERZIJDSE BIJSTAND - Eén van de hoofdstukken die in de richtlijn 2011/24 betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg is opgenomen heeft specifiek betrekking op de situatie van samenwerking tussen lidstaten op het gebied van gezondheidszorg. Er zal dus wederzijdse bijstand moeten zijn tussen de lidstaten.

In artikel 10 van de Richtlijn 2011/24 wordt bepaald wat men onder de wederzijdse bijstand en de samenwerking verstaat. *“Er moet worden samengewerkt over de normen en de richtsnoeren inzake kwaliteit en veiligheid en de uitwisseling van informatie, met name tussen hun nationale contactpunten, inclusief inzake de bepalingen over toezicht en wederzijdse bijstand om de inhoud van de factuur te verduidelijken”*.¹⁶⁵

70. BEVORDERING GRENDOVERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSZORG - Artikel 10, tweede lid van de Richtlijn bepaalt verder dat de lidstaten de samenwerking moeten bevorderen bij de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg op regionaal en lokaal niveau, tussen de zorgaanbieders, zorginkopers en regelgevers, in het bijzonder in de grensregio's, opdat de gezondheidszorg veilig, hoogwaardig en efficiënt zou verlopen¹⁶⁶. Deze samenwerking kan

¹⁶³ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>.

¹⁶⁴ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

¹⁶⁵ Artikel 10, eerste lid Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁶⁶ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 24.

bijvoorbeeld gebeuren door middel van het delen of interoperabel maken van ICT-middelen, gezamenlijke planning, wederzijdse erkenning of aanpassing van procedures of normen, praktische mechanismen om de continuïteit van de zorg te waarborgen of om tijdelijke grensoverschrijdende dienstverstrekking van gezondheidswerkers te bevorderen.¹⁶⁷

In de grensregio's kan dit van bijzonder belang zijn. In deze regio's kan grensoverschrijdende dienstverlening de meest efficiënte wijze zijn om de gezondheidsdiensten voor de plaatselijke bevolking langs de landsgrenzen te organiseren. Echter is samenwerking tussen de gezondheidsstelsels zelf van de verschillende lidstaten nodig om dergelijke grensoverschrijdende gezondheidsdiensten blijvend tot stand te kunnen brengen.¹⁶⁸

71. BILATERALE AFSPRAKEN - De lidstaten, vooral de Belgische buurlanden, worden door de Europese Commissie aangemoedigd om bilaterale afspraken te maken.¹⁶⁹ Eveneens worden zij aangemoedigd door de Europese Commissie om samen te werken bij de verstrekking van grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's.¹⁷⁰ Er moet door de Europese Commissie gewezen worden op de belangrijkste belemmeringen voor samenwerking tussen zorgaanbieders in de grensgebieden. Ook moet de Europese Commissie aanbevelingen doen ter wegwerking van die belemmeringen en eveneens informatie en "best practices" verspreiden.¹⁷¹

72. SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN - De nationale overheden moeten de ziekenhuizen eveneens aanmoedigen om grensoverschrijdende samenwerkingen aan te knopen, vooral in de grensregio's.

Zoals verder zal worden aangetoond zijn er al enkele projecten op touw gezet in de grensregio's, zoals het Raamakkoord grensoverschrijdende samenwerking op het vlak van gezondheidszorg tussen België enerzijds en Frankrijk anderzijds.¹⁷²

¹⁶⁷ preambule, overweging nr. 50 van de Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁶⁸ preambule, overweging nr. 50 van de Richtlijn 2011/24 24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁶⁹ Artikel 10, derde lid Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁷⁰ Artikel 10, derde lid Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁷¹ preambule, overweging nr 51 van de Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

¹⁷² Raamovereenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, bekrachtigd bij Wet van 9 februari 2009 houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de

73. KNELPUNTEN - Er zijn echter wel enkele knelpunten op juridisch vlak. Er is nog altijd de gebondenheid van de wetgeving aan het territorialiteitsbeginsel. Het is hierdoor niet altijd duidelijk in hoeverre de nationale overheden hieraan mogen of moeten verzaken voor grensoverschrijdende samenwerking.¹⁷³ Er is echter een uitzondering hierop, aangezien de terugbetaling van de kosten voor de mobiele patiënt nu in de Richtlijn 2011/24 wordt geregeld. De lidstaten zullen met andere woorden de hulp van de Commissie goed kunnen gebruiken.

grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, *BS* 18 februari 2011.

¹⁷³ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

V. Grensoverschrijdende overeenkomsten

1. Algemeen

74. BEVORDERING VAN DE SAMENWERKING - Om een veilige, hoogwaardige en efficiënte grensoverschrijdende gezondheidszorg te waarborgen, moeten de lidstaten ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de zorgaanbieders, de zorginkopers, de regelgevers en eveneens de ziekenhuizen van de verschillende lidstaten op nationaal, regionaal of lokaal niveau bevorderd worden.¹⁷⁴

75. VIJF ACTOREN¹⁷⁵ – Meer precies zijn er bij grensoverschrijdende overeenkomsten vijf actoren. Een eerste actor zijn de buitenlandse zorginkopers, bijvoorbeeld de Nederlandse zorgverzekeraars. Een tweede actor zijn dan de Belgische zorgverstrekkers, de ziekenhuizen en de ziekenhuisartsen. Een derde actor is de Belgische overheid, in feite de Belgische sociale zekerheid. Een vierde actor is de overheid van het uitsturende land, in casu Nederland of Frankrijk. Een laatste actor zijn de tussenpersonen, typisch in België zijn dit de ziekenfondsen, bijvoorbeeld de CM, die een bemiddelende rol kunnen spelen tussen zorgverzekeraars en Belgische ziekenhuizen.

76. VOORDELEN - Een goede samenwerking brengt enkele voordelen met zich mee, onder andere kan men kennis uitwisselen, kan ieders zorgaanbod worden aangevuld, kan men het onderzoek en de opleiding afstemmen en bestaat de mogelijkheid om een netwerk op te bouwen voor de opleiding en de bijscholing van artsen en ander medisch personeel. Indien er bijvoorbeeld in de Belgische ziekenhuizen nog beschikbare capaciteit en verstrekkers aanwezig zijn, kan de opname van buitenlandse patiënten een meer optimale benutting van die capaciteit opleveren.

77. BELEMMERINGEN - Er zijn enkele aspecten die de mobiliteit van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg kunnen belemmeren. Ten eerste zijn er niet alleen systeemverschillen die een slechte invloed kunnen hebben op de beschikbaarheid van de hulpdiensten, maar eveneens kunnen er verschillen zijn in de kwalificatie-eisen van het

¹⁷⁴ Preambule, overweging nr. 51, Richtlijn 2011/24

¹⁷⁵ I.A. GLINOS, N. BOFFIN en R. BAETEN, “Contracteren voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in Belgische ziekenhuizen: een analyse van gezichtspunten van Belgische, Nederlandse en Engelse betrokken spelers”, Brussel, Observatoire social européen, 2005, www.ose.be. 2.

medisch personeel, de bevoegdheden die zij hebben alsook de verschillende talen die voor problemen kunnen zorgen.

78. TOEPASSINGEN IN DE PRAKTIJK – De hoofdreden waarom ziekenhuizen overeenkomsten sluiten met buitenlandse actoren is om de leegstaande bedden te vullen in hun eigen ziekenhuis. Voor bepaalde buitenlandse patiënten zijn deze overeenkomsten erg interessant, aangezien ze zich nu kunnen richten tot bepaalde artsen. Zo komen er veel buitenlandse patiënten naar het ZOL te Genk voor neurologie.

De twee Vlaamse ziekenhuizen die het grootste aantal buitenlandse patiënten over de vloer krijgen zijn het ZOL in Genk¹⁷⁶ en het Universitaire ziekenhuis in Antwerpen.

79. SOORTEN CONTRACTEN - Er bestaan twee verschillende soorten contracten die Belgische ziekenhuizen afsluiten. Ten eerste zijn er de contracten afgesloten met de buitenlandse zorgverzekeraars, wat onder andere in het AZ Sint-Jan Brugge gebeurt.

Ten tweede heeft men de samenwerkingsovereenkomsten die gesloten worden tussen minstens twee ziekenhuizen. Het meeste recente is de “PICU”-overeenkomst tussen het AZ Vesalius in Tongeren en het academisch ziekenhuis gelegen te Maastricht.¹⁷⁷

2. Omzendbrief van het Observatorium van patiëntenmobiliteit: jaarverslag 2012¹⁷⁸

80. OMZENDBRIEF – Uit de omzendbrief bleek dat er 29 Belgische ziekenhuizen over contracten beschikken met buitenlandse actoren. Het gaat over actoren die actief zijn op het vlak van gezondheidszorg. Daarnaast zijn er nog eens 83 contracten meegedeeld, maar deze overige contracten zijn gesloten met heel uiteenlopende partners: buitenlandse ziekenhuizen, private aanvullende verzekeraars,...

¹⁷⁶ 51% van de totaal aantal Nederlandse patiënten die naar België komen, worden in het ZOL verzorgd.

¹⁷⁷ Zie bijlage 1.

¹⁷⁸ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

Tabel 1: Regionale verdeling van de ontvangen contracten¹⁷⁹

	Aantal ziekenhuizen	Aantal contracten
Vlaanderen	19	54
Brussel	5	17
Wallonië	5	12

81. UITSLUITING ZOAST-OVEREENKOMSTEN - De ZOAST-overeenkomsten zijn niet meegeteld, ze werden apart geanalyseerd. ZOAST is de afkorting van “zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (cf. *infra*). Dit concept geeft de bevolking in de Belgisch-Franse grensgebieden de mogelijkheid om aan beide zijden van de grens ambulante hulp te krijgen of naar een ziekenhuis te gaan. Patiënten moeten hiervoor niet eerst medische toestemming vragen, het volstaat dat ze hun ziekteverzekeringskaart tonen.¹⁸⁰

Deze ZOAST-overeenkomsten zijn geen zorgcontracten in de enge zin van het woord, maar eerder grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten voor een bepaalde geografische zone tot uitvoering van het Belgisch-Frans Raamakkoord betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg van 2005.

De verhouding op het vlak van patiëntenstromen is één Belgische verzekerde naar Frankrijk ten opzichte van negen Franse verzekerden naar België voor het jaar 2010. In 2011 was dit respectievelijk 0,5 ten opzichte van 9,5. Eigenlijk is dit logisch indien men weet dat de ZOAST-overeenkomsten juist zijn afgesloten om het tekort aan zorgcapaciteit aan Franse zijde te ondervangen. Hierbij werd gekozen om de Franse verzekerden over de grens in Belgische ziekenhuizen te laten behandelen.

¹⁷⁹ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

¹⁸⁰ X, “Frans-Belgische territoriale samenwerking - Wegwerken van grenzen”, http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/panorama/pdf/mag24/mag24_nl.pdf, p. 18.

Tabel 2: ZOAST-overeenkomsten – aantal patiënten in 2010 en 2011¹⁸¹

JAS1-overeenkomsten – aantal patiënten in 2010 en 2011

ZOAST	Aantal patiënten in 2010		Totaal
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	5.589	20	5.609
MRTW-URSA	986	810	1.796
ARLWY	2.025	15	2.040
MOMAU	158	19	177
Totaal	8.758	864	9.622

ZOAST	Aantal patiënten in 2011		Totaal
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	6.683	10	6.693
MRTW-URSA	1.340	684	2.024
ARLWY	3.061	6	3.067
MOMAU	n/m	n/m	n/m
TOURVAL	n/m	n/m	n/m
Totaal	11.084	700	11.784

82. VERSCHILLENDE CATEGORIEËN – Deze buitenlandse contracten kunnen onderverdeeld worden in verschillende categorieën. Er zijn vier verschillende groepen. Eenzelfde contract kan soms meerdere onderwerpen omvatten en kan dus meegeteld worden in meerdere categorieën.

Tabel 3: Onderwerpen van de contracten¹⁸²

Patiëntenmobiliteit	72
Algemeen	55
Specifiek specialisme	17
Derdebetalersregeling	17
Artsenmobiliteit	11
Varia	10

83. De eerste groep heeft betrekking op de patiëntenmobiliteit. Het is eveneens de grootste groep, namelijk 55 ervan zijn van algemene aard en 17 ervan hebben betrekking op één of andere specialisme.

84. Onder de tweede groep zijn er 17 contracten ondergebracht die niet zozeer betrekking hebben op de patiëntenmobiliteit, maar eerder op de wijze waarop de kosten van

¹⁸¹ De statistische gegevens zijn niet altijd volledig, er ontbreken voor het jaar 2011 gegevens van bepaalde ziekenhuizen, OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

¹⁸² OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

geneeskundige zorg door de buitenlandse verzekeraar vergoed worden. Dit gebeurt op grond van de derdebetalersregeling. Elf contracten hebben betrekking op de grensoverschrijdende mobiliteit van de zorgverleners.

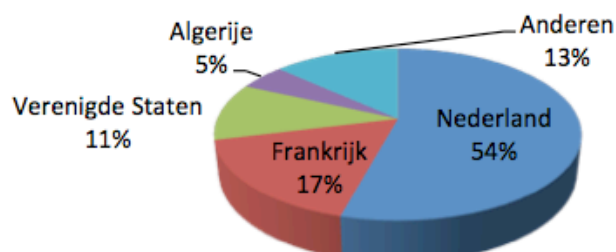
85. Ten slotte is er de restcategorie waar tien contracten zijn ondergebracht die bijvoorbeeld betrekking hebben op de samenwerking op vlak van kwaliteit, opleiding,...

86. GLOBALE VERGELIJKING MET SITUATIE IN NEDERLAND - Zoals uit de omzendbrief van het Observatorium van patiëntenmobiliteit blijkt, worden de meeste contracten gesloten met Nederlandse zorgverzekeraars. De reden hiervoor is dat Nederland vooral op zoek was naar een oplossing voor de wachttijden in het eigen land. De Nederlandse zorgverzekeraars kunnen daarom contracten afsluiten met ziekenhuizen in België.

Echter heeft de crisis in Nederland ook invloed op deze contracten. Er wordt immers gezegd dat de Nederlandse zorgverzekeraars de contracten met Belgische ziekenhuizen zullen beperken. De toekomst zal uitwijzen of dit inderdaad het geval zal zijn.

87. NATIONALITEIT VAN DE CONTRACTSPARTIJEN - Zoals hierboven al is aangegeven werd iets meer dan de helft van de overeenkomsten afgesloten met Nederlandse contractspartijen. Op de tweede plaats komt Frankrijk. Echter moet er wel rekening worden gehouden met het feit dat de ZOAST-overeenkomsten niet werden meegeteld (cf.*supra*), waardoor Frankrijk een kleiner percentage heeft.

Tabel 4: Nationaliteiten van de contractspartijen¹⁸³



88. REGIONALE VERSCHILLEN – Bij het analyseren van de contracten vielen onmiddellijk de regionale verschillen op. De Vlaamse ziekenhuizen hebben, zoals verwacht, vooral contracten

¹⁸³ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

met Nederlandse Zorgverzekeraars (cf.*infra*), dit is goed voor 77% van de contracten. 83% van de contracten werden daarenboven afgesloten met Nederlandse partners. In Wallonië daarentegen zijn de contracten hoofdzakelijk afgesloten met Franse ziekenhuizen, namelijk 92% van de contracten. In sommige gevallen wordt een derde contractspartij gevormd door een Franse publieke zorgverzekeringskas of door een regionale zorgautoriteit.

3. Belang voor de patiënten

89. CONCREET BELANG VAN OVEREENKOMSTEN VOOR PATIËNTEN – Bij de commentaar van de overeenkomsten wordt ook al een zekere evaluatie gemaakt wat het nut voor de patiënten van deze overeenkomsten betreft. Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen 2 groepen van (potentiële) afnemers van medische diensten: enerzijds de bewoners van de grensstreek, anderzijds personen die meer in het binnenland wonen. Voor de eerste groep zijn de grensoverschrijdende contracten zeker een nuttig gegeven, daar zij nu eenmaal territoriaal gezien gemakkelijker zich (kunnen) wenden tot ziekenhuizen in het aangrenzend land, terwijl de tweede groep van personen zich pas interesseren voor patiëntenmobiliteit als alternatief voor lange wachttijden in het eigen land¹⁸⁴.

4. Samenwerking tussen Nederland – België

4.1 Algemeen

90. AL EEN AANTAL CONTRACTEN - Er zijn enkele Vlaamse ziekenfondsen zoals de CM (Christelijke Mutualiteit) die altijd al veel grensarbeiders en grensbewoners onder hun leden hebben geteld.¹⁸⁵ Dit is vooral het geval in Limburg, in Midden-Vlaanderen en in Brugge. Deze ziekenfondsen hebben dus goede relaties met de Nederlandse ziekenfondsen (zoals de

¹⁸⁴ I.A. GLINOS, N. BOFFIN en R. BAETEN, “Contracteren voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in Belgische ziekenhuizen: een analyse van gezichtspunten van Belgische, Nederlandse en Engelse betrokken spelers”, Brussel, Observatoire social européen, 2005, www.ose.be. 5.

¹⁸⁵ J. KESENNE, “Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

CZ en OZ) aangezien ze al gedurende lange tijd begaan zijn met de zorg over de grens met Nederland.¹⁸⁶

91. VOORAL MET NEDERLAND - Er is vooral grensoverschrijdende zorg van België naar Nederland, eerder dan van België naar Frankrijk (cf. *supra*).¹⁸⁷ Hiervoor zijn er verschillende redenen. Ten eerste hebben de arresten Kohl en Decker een belangrijke rol gespeeld (cf. *supra*). Daarnaast bestaat er de mogelijkheid van contractering in de Nederlandse wetgeving. Ook het feit dat er lange wachtlijsten zijn in Nederland hebben ertoe geleid dat grensoverschrijdende zorg vaak de enige oplossing is.

Een andere reden waarom er vooral grensoverschrijdende zorg van België naar Nederland is de centrale ligging van België in Europa. Daarbij heeft België niet alleen een voldoende aanbod van zorg, maar ook een uitstekende kwaliteit van zorg. Bovendien zijn de Belgische artsen erg geïnteresseerd in meer patiënten.

92. SAMENWERKING TUSSEN CM EN CZ - Om diverse redenen heeft de CM haar terreinkennis opgedaan in België aan de CZ aangeboden met als doel de CZ te contracteren met de Vlaamse ziekenhuizen.¹⁸⁸ Deze terreinkennis in België wordt gedeeld omdat er niet alleen vraag naar is vanwege de CZ, maar eveneens van de kant van de Vlaamse ziekenhuizen. Op deze manier houdt de CM zicht op de facturatie, zoals de tarieven, en eveneens op de kwaliteit van de zorg.

Door de contracten met de Vlaamse ziekenhuizen stijgt het aantal buitenlandse patiënten, ook hier houdt de CM toezicht.¹⁸⁹ De CM bewaakt de rechten van de Belgische patiënten en zorgt dat de wachttijden voor de Belgische patiënten niet (te) lang worden door de instroom aan buitenlandse patiënten.

93. ONTSTAAN VAN DE SAMENWERKING - Er zijn heel wat grensstreekbewoners die verzekerd zijn bij CZ. Voor deze bewoners is het dichtstbijzijnde ziekenhuis vaak gelegen in het buitenland. In de jaren negentig was er een samenwerking tussen de CZ en de CM. Het doel

¹⁸⁶ J. KESENNE, “Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

¹⁸⁷ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁸⁸ J. KESENNE, “Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

¹⁸⁹ J. KESENNE, “Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

hiervan was de toegang tot de grensoverschrijdende gezondheidszorg te vergemakkelijken. Ook werden er enkele obstakels opgeheven en kwam er een vereenvoudigd administratief en financieel proces, onder andere door de invoering van het IZOM project.¹⁹⁰ Dit is een project dat is gestart in het kader van Interreg II en betekent “Integratie Zorg op Maat”. De bedoeling was om een ongecompliceerde en snelle grensoverschrijdende zorgverstrekking mogelijk te maken.¹⁹¹ Dit project is eveneens afgestemd op de vraag van de bevolking. Er zijn twee voordelen aan verbonden, namelijk dat het de bevolking ten goede zou komen en anderzijds dat er een verbetering van de zorgmogelijkheden zou komen in de grensstreek Maas-Rijn.¹⁹²

94. EVOLUTIE IN DE SAMENWERKING - In het begin van deze eeuw zijn de wachttijden in Nederland alleen maar gestegen. Daarnaast zijn de uitspraken van de Europese rechters, zoals het arrest Kohl en Decker en het arrest Müller-Fauré, een belangrijk mijlpaal geweest (cf. *supra*). Onder andere door deze twee factoren is het contracteringsproces begonnen tussen België en Nederland. Bij het afsluiten van nieuwe contracten tussen België en Nederland was het belangrijk dat er reeds samenwerking was tussen beide landen in de grenszones.¹⁹³

In de late jaren negentig zijn de eerste Nederlandse contracten afgesloten met Belgische ziekenhuizen, die gebaseerd zijn op een officieel “modelcontract”.¹⁹⁴ Dit soort contract wordt in principe gebruikt tussen de zorginkopers en de verstrekkers in Nederland.

95. SELECTIE VAN PARTNERS - Op basis van verscheidene evaluatieprocedures worden er Belgische ziekenhuizen geselecteerd door de Nederlandse zorgverstrekkers.¹⁹⁵ Het is vanzelfsprekend dat deze grensoverschrijdende contracten de limieten van de Nederlandse gezondheidszorgpakketten moeten respecteren. Echter kunnen zij verschillen en het is mogelijk dat sommige ruim zijn en alle behandelingen bevatten die Belgische ziekenhuizen

¹⁹⁰ X, *De geneeskundige verzorging in de Europese Unie*, <http://www.riziv.be/information/nl/studies/study09/pdf/study09.pdf> (consultatie 24 maart 2013).

¹⁹¹ X, *De geneeskundige verzorging in de Europese Unie*, <http://www.riziv.be/information/nl/studies/study09/pdf/study09.pdf> (consultatie 24 maart 2013).

¹⁹² X, *De geneeskundige verzorging in de Europese Unie*, <http://www.riziv.be/information/nl/studies/study09/pdf/study09.pdf> (consultatie 24 maart 2013).

¹⁹³ N. MARTENS, “Grensoverschrijdende zorg: kans of bedreiging?”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

¹⁹⁴ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁹⁵ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005; N. MARTENS, “Grensoverschrijdende zorg: kans of bedreiging?”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

aanbieden.¹⁹⁶ Het tegenovergestelde is ook mogelijk, namelijk dat de behandelingen waarvoor men naar België kan komen beperkter zijn.

In deze contracten is er onderhandeld over de voorwaarden, de kwaliteit van de zorg en de tarieven voor de zorg.

96. VRIJHEID - Aan de patiënten wordt de vrijheid gegeven om te kiezen waar ze behandeld willen worden. Ze hebben de keuze tussen de Belgische en de Nederlandse ziekenhuizen, want er is geen verschil in het verwijzingssysteem als men verkiest naar België te komen.¹⁹⁷

Wat betreft de prijzen en de medische tarieven stemmen zij voor de Nederlandse zorgverzekeraars voor de behandeling van Nederlandse patiënten overeen met Belgische tarieven.¹⁹⁸

97. ROL VAN DE CM - De rol van de CM is divers. Ten eerste selecteert de CM ziekenhuizen en probeert contacten te leggen.¹⁹⁹ Eveneens toetst de CM zowel de kwaliteit van de zorg als de doelmatigheid ervan en tenslotte voert het administratieve controles uit op de facturen en de tarieven.

98. CONTRACTEREN MET HET BUITENLAND - Om te contracteren met het buitenland zijn er enkele algemene uitgangspunten. Het buitenland is een alternatief aanbod dat goed geregeld moet zijn. Er moet rekening worden gehouden met verschillende elementen zoals de rechtmatigheid, de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg die de laatste jaren erg belangrijk bevonden worden.

Door het contracteren van buitenlandse zorg bewaakt de CZ de kwaliteit, de prijs, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de buitenlandse zorgverlening.²⁰⁰

¹⁹⁶ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁹⁷ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁹⁸ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

¹⁹⁹ N. MARTENS, “Grensoverschrijdende zorg: kans of bedreiging?”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²⁰⁰ N. MARTENS, “Grensoverschrijdende zorg: kans of bedreiging?”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

99. MODELCONTRACTEN - De contracten met de Nederlandse zorgverzekeraars zijn nagenoeg identiek. Er werden elf “modelcontracten” weerhouden van vier Nederlandse zorgverzekeraars, drie internationale private verzekeraars van buiten de EU, een publieke verzekeraar van buiten de EU, twee contracten van Belgische ziekenhuizen met buitenlandse verzekeraars en één contract van een buitenlandse zorgbemiddelaar. De contracten werden door het Observatorium onderzocht en daaruit bleek dat een aantal gegevens in bijna alle contracten te vinden is. Men kan hier denken aan bijvoorbeeld de looptijd van het contract, de vernieuwing en stopzetting van het contract, de prijs, de aard van de medische zorg en de betreffende facturatie.

100. VOORDELEN VAN CONTRACTEN - De Nederlandse contracten met de Belgische ziekenhuizen hebben bijgedragen aan het wegwerken van de wachtlijsten, doordat de Nederlandse patiënten nu gemakkelijker hun weg naar het buitenland vinden.²⁰¹ Daarnaast worden de Nederlandse ziekenhuizen er scherp door gehouden, omdat er nu een grotere concurrentie heerst tussen de ziekenhuizen.²⁰² Voor bepaalde kleinere ziekenhuizen kan de verstrekking van zorg aan buitenlandse patiënten van groot belang zijn. Tenslotte heeft de verzekerde een grotere keuzevrijheid. Het aantal Nederlandse verzekerden die gebruik hebben gemaakt van de gecontracteerde zorg in België is in vijf jaar tijd erg gestegen. Nu is dit aantal echter gestabiliseerd.

Hierna worden een aantal voorbeelden besproken van samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan tussen Belgische en buitenlandse ziekenhuizen.

4.2 De ervaring met Nederlandse patiënten in het AZ Sint-Jan Brugge, het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk en het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke²⁰³

101. REDENEN VOOR CONTRACTERING - Zowel het AZ Sint-Jan Brugge, het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk als het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke hebben contracten gesloten

²⁰¹ I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

²⁰² I. A. GLINOS, N. BOFFIN, en R. BAETEN, “Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives”, Report for the project “Europe for patients”, Observatoire social européen, Brussels, August 2005.

²⁰³ E. BORMANS, “Grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ervaring met Nederlandse patiënten in het ZOL”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012; Gesprek met Dr. Hans Rigauts, directeur-generaal, hoofdgeneesheer-directeur AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av; Gesprek met de heer Hans Torbijn, Diensthoofd patiëntenadministratie VZW Gezondheidszorg Oostkust: voor de volledige verslagen: zie bijlage 3, 4 en 5.

met Nederlandse zorgverzekeraars. Enkele redenen hiervoor zijn onder andere de ligging en het aanbod van de ziekenhuizen. Er is een groot aantal Nederlanders dat verzekerd is in Nederland, maar sneller de weg vindt naar een Belgisch ziekenhuis. Dit is het geval bij de vermelde ziekenhuizen. Ook is het totaalpakket voor de Nederlandse zorgverzekeraars belangrijk.

Een ander belangrijke reden waarom er wordt gecontracteerd zijn, zoals eerder al werd aangegeven, de lange wachtlijsten in Nederland. Door deze wachtlijsten is er een stroom van Nederlandse patiënten naar bovenstaande ziekenhuizen op gang gekomen.

102. NADELEN E-112 FORMULIER WEGGEWERKT – Doordat er contracten werden gesloten tussen de bovenstaande ziekenhuizen en de Nederlandse zorgverzekeraars, konden de ziekenhuizen op een meer comfortabele manier werken. Aangezien er in de vernoemde ziekenhuizen veel Nederlandse patiënten worden behandeld, was het administratief zeer belastend zonder de contracten. Vooraleer de contracten werden gesloten gebeurde alles via het “E-112 formulier” op basis van Verordening 883/2004. Dankzij de contracten moet dit formulier niet meer worden aangevraagd door de Nederlandse patiënten.

103. BETALINGSGARANTIE - Het is zowel voor de patiënt als voor het ziekenhuis beter om te werken met contracten. Op die manier hoeft het ziekenhuis de factuur niet te verzenden naar de patiënt, maar kan dit rechtstreeks naar de zorgverzekering/zorgverzekeraar worden verstuurd. Hierdoor is er geen voorfinanciering door de patiënt nodig, er is een rechtstreekse regeling. Voordien diende de patiënt de ziekenhuisfactuur zelf te betalen en diende hij zijn factuur zelf te recupereren van zijn verzekering. Daarnaast brengt het direct versturen van de factuur naar de verzekering ook juridische zekerheid met zich mee.

104. INHOUD SAMENWERKINGSCONTRACT – De inhoud van de samenwerkingscontracten is in de drie ziekenhuizen gelijklopend.²⁰⁴ Eerst en vooral zijn er de algemene contractuele bepalingen, zoals de prijsafspraken. Vervolgens zijn er bepalingen opgesomd met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Ook zijn er punten opgenomen die bepalen welke ingrepen al dan niet gecontracteerd zijn. Er is eveneens een aparte opsomming voor de ingrepen waarvoor een machtiging nodig is. Indien een welbepaalde ingreep geen bijzondere machtiging nodig heeft of niet uitgesloten is, valt deze automatisch onder de overeenkomst.

²⁰⁴ Voorbeeld van een samenwerkingscontract: zie bijlage 2.

105. EVOLUTIE AANTAL PATIËNTEN – Bij de opstart van deze samenwerkingscontracten waren er voor verschillende disciplines in Nederland wachtlijsten. Hierdoor kwamen er veel patiënten naar bovenstaande ziekenhuizen aangezien ze daar sneller behandeld konden worden. In het begin hebben deze contracten zeker extra patiënten opgeleverd. Nu kan men eerder zeggen dat er een stabiliteit van het aantal Nederlandse patiënten is.²⁰⁵

106. ENKELE NADELEN VAN DE CONTRACTEN²⁰⁶ – Deze contracten hebben echter ook een keerzijde, namelijk op financieel vlak en dit zowel voor de Belgische patiënt als voor de niet-geconventioneerde artsen.

Men kan eigenlijk spreken van een driehoeksverhouding die ontstaat tussen de Belgische verzekeraars, de Nederlandse zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Voor de Nederlandse patiënten krijgt het Nederlandse zorgverzekeraar het remgeld. De buitenlandse patiënten worden opgenomen in het budget, ondanks dat het de Nederlandse zorgverzekeraar is die het remgeld krijgt. Doordat de Nederlandse patiënten in het budget worden opgenomen kan de ligdagprijs stijgen, wat nefast is voor de Belgische patiënten.

Er speelt ook een nadeel voor de niet-geconventioneerde artsen. Omdat de samenwerkingscontracten zowel voor de geconventioneerde als de niet-geconventioneerde artsen gelden, zijn deze laatsten niet tevreden. De reden hiervoor is dat zij geen hogere prijs mogen aanrekenen aan de Nederlandse patiënten. De niet-geconventioneerde artsen moeten zich houden aan bepaalde tarieven waardoor ze dus minder verdienen aan een Nederlandse patiënt dan aan een Belgische patiënt.

De Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit bepaalt immers dat er niet meer mag gefactureerd worden aan een buitenlandse patiënt. Maar de bovenstaande ziekenhuizen merken immers dat voor “eenvoudige ingrepen” geen buitenlandse vraag is. Echter voor zeer gespecialiseerde en innovatieve ingrepen steken de Nederlanders de grens wel over en komen zij van deze medische zorg hier genieten.

107. IMPACT RICHTLIJN 2011/24²⁰⁷ – Het is moeilijk in te schatten voor de ziekenhuizen of de Richtlijn 2011/24 veel veranderingen met zich zal meebrengen. Tot nu toe zijn ze tevreden

²⁰⁵ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

²⁰⁶ Gesprek met Dr. Hans Rigauts, directeur-generaal, hoofdgeneesheer-directeur AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av.

over de werking met de Nederlandse zorgverzekeraars. Enkel het financiële gedeelte zou volgens hen mogen worden aangepast.

5. Samenwerking tussen Frankrijk – België

5.1 Algemeen

108. ALGEMEEN - Op 1 november 2008 was er de oprichting van een zone voor de toegang tot de “URSA”-zorgen. Dit vormde de eerste afspraak over een gemeenschappelijke zorggebied tussen Vlaanderen en Frankrijk. Het biedt de Franse en de Belgische patiënten uit de grensstreek de mogelijkheid om zich zonder enige administratieve of financiële hinderpaal te wenden tot de Belgische zorginstellingen. Het gaat met name om de ziekenhuizen van Armentières, Bailleul en Hazebrouck voor Frankrijk en om het ziekenhuis Yan Yperman te Ieper voor België. Hierna wordt nagegaan welke ontwikkelingen hiertoe hebben geleid.

120. OORSPRONG VAN SAMENWERKING - De samenwerking op vlak van gezondheidszorg tussen België en Frankrijk gaat terug tot het einde van de jaren 1980, met name tot de aanvang van de gesprekken tussen vertegenwoordigers van de Franse mutualiteit uit het département du Nord (CRAM NP) en de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM). Begin jaren 1990 creëerden de CRAM NP en de LCM een partnership om een eerste Interreg-project in te dienen. Interreg is een programma dat door de Europese Unie financieel wordt ondersteund en de bedoeling heeft samenwerking te stimuleren tussen regio's die door een grens van elkaar gescheiden worden.²⁰⁸ Dit heeft na een eerste analyse van het zorgaanbod geleid tot een eerste conventie voor onderlinge samenwerking tussen de beide ziekenhuizen die de pijlers vormden van de samenwerking, met name de ziekenhuizen van Moeskroen en Tourcoing.

²⁰⁷ E. BORMANS, “Grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ervaring met Nederlandse patiënten in het ZOL”, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012; Gesprek met Dr. Hans Rigauts, directeur-generaal, hoofdgeneesheer-directeur AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av; Gesprek met de heer Hans Torbijn, Diensthoofd patiëntenadministratie VZW Gezondheidszorg Oostkust: voor de volledige verslagen: zie bijlagen 3, 4 en 5.

²⁰⁸ E. LUYCKX, “Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid”, Centrum voor Ziekenhuis – en Verplegingswetenschap, Permanente vorming 2011-2012.

109. HINDERNISSEN EN MOEILIKHEDEN - Dit initiatief werd echter geconfronteerd met meerdere hindernissen en moeilijkheden, ondanks de enthousiaste aanloop van deze samenwerking op gezondheidsvlak tussen Moeskroen en Tourcoing. Telkens weer werden projecten nieuw leven ingeblazen en werden er oplossingen gevonden op de hindernissen en de belemmeringen.

110. OPLOSSINGEN - Er zijn twee belangrijke stappen geweest om oplossingen te vinden. Ten eerste heeft men de “Transcards” geïntroduceerd en een tweede stap was zonder enige twijfel het Raamakkoord voor een Frans-Belgische samenwerking op het vlak van de gezondheidszorg.²⁰⁹ Vervolgens werd ook werk gemaakt van de concrete invulling van de Interreg-programma’s.

5.1.1 Transcards

111. TRANSCARDS - In 1998 hebben de CNAM, het RIZIV en de LCM een partnership tot stand gebracht om de toegang tot de zorgverlening in het buitenland te verbeteren. Dit kaderde in het Europees programma rond informatie- en communicatietechnologieën.²¹⁰ De verbetering van de toegang tot de zorgverlening in het buitenland gebeurde door een maximale vereenvoudiging van de administratieve en financiële procedures voor de regeling van de kosten voor de zorg. Zo werd een interoperationeel softwareprogramma ontwikkeld om de lezing van de SIS-kaart mogelijk te maken in Frankrijk en de lezing van de VITALE-kaart in België. Dankzij dit succesvolle initiatief hebben de Fransen en de Belgen die in deze wedersamengestelde grensstreek wonen sinds 1 mei 2000 toegang tot de zorgverlening in de instellingen die zich bevinden binnen dit Frans-Belgische territorium.

5.1.2 Raamakkoord voor een Frans-Belgische samenwerking op het vlak van de gezondheidszorg

112. RAAMAKKOORD - Het ontwerp van het Raamakkoord voor een Franse-Belgische samenwerking op het vlak van de gezondheidszorg werd eind 2002 opgestart bij het RIZIV

²⁰⁹ H. LEWALLE, “ZOAST URSA”, Centrum voor Ziekenhuis – en Verplegingswetenschap, Permanente vorming 2011-2012.

²¹⁰ H. LEWALLE, “ZOAST URSA”, Centrum voor Ziekenhuis – en Verplegingswetenschap, Permanente vorming 2011-2012.

tijdens een ontmoeting op initiatief van de actoren van het Transcards-project. De tekst bood de mogelijkheid om een wettelijke basis te verlenen aan de samenwerking tussen beide landen en om de bevoegde actoren ter zake te bepalen.

113. DOELSTELLINGEN - Dit akkoord bevat alle belangrijkste doelstellingen om de toegang tot de grensoverschrijdende zorgverlening te regelen, namelijk de wederzijdse spreiding van het aanbod en de competenties, een toegang tot grensoverschrijdende kwaliteitszorgen en een vereenvoudiging van de administratieve en financiële procedures voor de patiënt.²¹¹

114. DOELSTELLINGEN RAAMOVEREENKOMST - De Raamovereenkomst streeft verschillende doelstellingen na. Ten eerste wordt het tot stand brengen van gezamenlijke medische projecten beoogd evenals een netwerk ten behoeve van de patiënten te organiseren, dit in functie van de behoeften van de bevolking en van de bekwaamheden van de zorgverstrekkers, de activiteiten en het technisch platform van elke instelling.²¹² Een andere doelstelling is het ontwikkelen van partnerschap inzake opleiding, onderwijs en onderzoek. Eveneens wilt men met de Raamovereenkomst de mobiliteit van de gezondheidsbeoefenaars aanmoedigen en bevorderen, evenzeer het ontwikkelen van uitwisseling van medische competenties.²¹³ Tenslotte wil het ook zowel ervaring als gemeenschappelijke richtlijnen inzake “kwaliteitsbeoordeling” en ziekenhuisbeheer uitwisselen.

De Raamovereenkomst wordt geconcretiseerd via bijlagen. De oprichting van een liaisoncomité, met vertegenwoordigers van beide ziekenhuizen, is voorzien om de Raamovereenkomst verder aan te sturen en verder uit te werken via bijlagen.

5.1.3 Interreg-programmas's en ZOAST-overeenkomsten

115. UITGANGSPUNT - De start van de samenwerking tussen Frankrijk en België dateert van twee decennia geleden. Het uitgangspunt is de eenvoudige vaststelling dat er een dubbele toegang wordt verleend tot de gezondheidszorg voor de grenswerkers, in tegenstelling tot de inwoners die in de grensstreek wonen waar de verstrekking territoriaal gebonden is.

²¹¹ JAN YPERMAN ZIEKENHUIS IEPER, "Academische zitting", zaterdag 11 oktober 2008.

²¹² JAN YPERMAN ZIEKENHUIS IEPER, "Academische zitting", zaterdag 11 oktober 2008.

²¹³ JAN YPERMAN ZIEKENHUIS IEPER, "Academische zitting", zaterdag 11 oktober 2008.

116. OVEREENKOMSTEN - Sinds de jaren negentig hebben zich enkele ontwikkelingen voorgedaan tussen Franse en Belgische instellingen aan de grens van het departement du Nord en België. Tussen deze instellingen zijn de uitwisselingen geformaliseerd door overeenkomsten die de mogelijkheid bieden aan de patiënten om zich te laten behandelen aan de andere kant van de grens. De overeenkomsten verschillen naargelang bepaalde types van zorg in een optiek van complementariteit, van nabijheid en van kwaliteit. De aanvang van de Frans-Belgische samenwerking op vlak van gezondheidszorg is dus door de verzorgingsinstellingen georganiseerd die slechts door een grens van elkaar gescheiden zijn. Door de ondertekening van een Frans-Belgische kaderovereenkomst is de samenwerking vergemakkelijkt.²¹⁴

117. INTERREG - Sinds de jaren negentig is er een financiële steun van de Europese Gemeenschap voor de grensoverschrijdende samenwerking, door de zogenaamde Interreg programma's. De bedoeling van deze programma's is de samenwerking te stimuleren tussen de regio's die door een grens van elkaar worden gescheiden. Het heeft als bedoeling de trans-Europese samenwerking tussen regio's te bevorderen. De basis hiervoor is het idee dat binnen de Europese Unie de nationale grenzen geen belemmering voor de economische en sociale ontwikkeling van de verschillende grensoverschrijdende gebieden mogen zijn.²¹⁵

Doorheen de jaren zijn er verschillende Interreg programma's geweest. Ze hebben een succes gehad waartoe de initiatieven van de openbare, privé en verenigingsactoren van het grensgebied Nord-Pas-de-Calais België in ruime mate hebben bijgedragen, vooral op vlak van de gezondheidszorg.²¹⁶

118. INTERREG IV - Momenteel zitten we in de vierde "programmaperiode", namelijk Interreg IV die loopt van 2007 tot 2013. Interreg IV vormt een vervolg op de uitvoering van de programma's Interreg I (1991-1993), Interreg II (1995-1999) en Interreg III (2000-2006). Interreg IV bestaat uit drie afzonderlijke onderdelen, waaronder de grensoverschrijdende

²¹⁴ Raamovereenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, bekrachtigd bij Wet van 9 februari 2009 houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, BS 18 februari 2011.

²¹⁵ X, *INTERREG IV in de Europese Unie*, <http://www.interreg-fwvl.eu/nl/page.php?pagelId=240> (consultatie 24 april 2013).

²¹⁶ Y. JORENS, B. DE SCHUYTER, C. SALAMON, *Naar een rationalisatie van de EG-Coördinatieverorderingen inzake sociale zekerheid?*, Academia Press Gent, 2005, 387.

samenwerking. Zoals eerder gezegd, is het de bedoeling samenwerking tot stand te brengen tussen de potentialiteiten van de grensoverschrijdende samenwerkingszone om de duurzame, gecoördineerde en geïntegreerde ontwikkeling van de betrokken regio's te bevorderen, in het voordeel van de grensbevolking.²¹⁷

119. VIER PRIORITEITEN - Interreg IV heeft vier prioriteiten. Ten eerste wilt het de economische ontwikkeling bevorderen door middel van een coherente en geïntegreerde grensoverschrijdende aanpak.²¹⁸ Een tweede prioriteit is het ontwikkelen en het promoten van de identiteit van het grensoverschrijdende gebied via cultuur en toerisme.²¹⁹ Ten derde wilt het Interreg IV het aanbod aan grensoverschrijdende diensten verbeteren en de toegang tot die diensten vergemakkelijken. Ten slotte wil men met Interreg IV het gemeenschappelijke beheer van de grenszone stimuleren door middel van een gecoördineerde en geïntegreerde duurzame ontwikkeling van de leefomgeving.²²⁰

120. OPTIMALISEREN VAN DE ZORG - Het is vooral de derde prioriteit van Interreg IV die van belang is, namelijk het optimaliseren van de toegang tot medische en sociale dienstverlening en voorzieningen voor de grensbevolking.²²¹

Er zijn verschillende mogelijke acties op gebied van gezondheidszorg. Het wederzijds benutten van de voorzieningen op vlak van gezondheidszorg en de medische voorzieningen is één van de mogelijkheden.²²² Ook het ontwikkelen van netwerken en het zoeken naar complementariteit op het gebied van gezondheidsdiensten en de spoeddiensten zijn mogelijke acties op gebied van de gezondheidszorg.²²³

²¹⁷ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²¹⁸ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²¹⁹ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²²⁰ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²²¹ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²²² E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

²²³ E. LUYCKX, *Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

Er zijn reeds verschillende projecten waarvan de inhoud verschilt. Er bestaat bijvoorbeeld een project dat zich toespitst op de samenwerking op het gebied van een programma voor oncologische en cardiologische zorgen.²²⁴

121. WETGEVING - Op vlak van de wetgeving zijn er reeds talrijke initiatieven geweest, maar deze geraken soms moeilijk gevalideerd. Tussen Frankrijk en België bestaat er een Raamovereenkomst²²⁵ die ontwikkelingsperspectieven opent dankzij de legitimering van de regionale actoren. Deze overeenkomst legt de basis voor concrete afspraken, enerzijds tussen de landen België en Frankrijk, anderzijds tussen de zorgactoren. Er worden verschillende elementen in deze overeenkomst geregeld, waaronder de grensoverschrijdende interventie van beroepsbeoefenaars, organisatie van ziekenvervoer, continuïteit van zorg, criteria voor evaluatie en controle van kwaliteit en verzorging en financiële middelen voor het opzetten van samenwerkingsverbanden.²²⁶ Het creëert dus de wettelijke basis voor het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten en de oprichting van grensoverschrijdende gezondheidszones “ZOAST” (“Zone Organisée d’Accès aux Soins Transfrontalières”) zonder administratieve of financiële belemmeringen voor toegankelijkheid.

5.1.4 ZOAST-overeenkomsten: specifiek

122. ZAOST²²⁷ - Sinds 1 november 2008 bestaat er ZOAST (“Convention de Zone Organisée d’Accès aux Soins Transfrontalières”). Het is een progressieve totstandkoming van akkoorden tussen de ziekenhuizen in de Frans-Belgische grensstreek.

Aan de Franse grens zijn de Waalse en Vlaamse ziekenfondsen actief, dit vooral sinds de EU-Interreg-programma’s met ZOAST-overeenkomsten.²²⁸ Er zijn vier ZOAST-overeenkomsten tussen Belgische en Franse zorginstellingen in het kader van een Franse-Belgische overeenkomst.

²²⁴ Thiérache santé

²²⁵ Raamovereenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, bekrachtigd bij Wet van 9 februari 2009 houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, BS 18 februari 2011.

²²⁶ M., PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

²²⁷ Voor een overzicht van de ZOAST-overeenkomsten: zie bijlage 6.

²²⁸ J. KESENNE, *Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen*, in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

123. DOELSTELLING - De doelstelling van deze ZOAST-regeling is de toegang tot de zorg te verbeteren voor grensstreekbewoners. Daarnaast is er eveneens de vereenvoudiging van de administratieve stromen rond de toegang tot de zorg aan de andere kant van de grens.

124. DE BETROKKEN PARTIJEN - Ten eerste zijn er de Belgische sociaal verzekerden. Hieronder vallen zij die rechtmatig en permanent verblijven in de aangegeven zone en die recht hebben op geneeskundige verzorging vanuit de verplichte verzekering, ongeacht hun verzekeringsstelsel. Daarnaast vallen ook Franse sociaal verzekerden onder het toepassingsgebied.

125. HET ADMINISTRATIEF TRAJECT - Op vlak van het administratief traject moet de Franse sociaal verzekerde in België de “carte vitale” voorleggen die aangeeft dat hij/zij sociaal verzekerd is. Daarnaast moet ook een identiteitsbewijs voorgelegd worden. Voorafgaande toestemming is niet nodig, het ziekenhuis stelt immers een formulier “E112 MRTW FR” op basis van de “carte vitale”.

126. FINANCIËLE AFHANDELING - Wat betreft de financiële afhandeling wordt toepassing gemaakt van de Europese Verordening. Men maakt gebruik van de tarieven van het land van verstrekking van de zorgen. Indien men zorgen heeft gekregen in Frankrijk zal de terugbetaling gebeuren volgens de tarieven geldend in Frankrijk. Indien er zorgen werden verleend in België zal de terugbetaling gebeuren volgens de Belgische tarieven.

Het ziekenhuis factureert de kosten ten laste van het ZIV aan het Belgische ziekenfonds. Het ziekenhuis factureert het remgeld en de persoonlijke kosten aan de patiënt.

Wat betreft de ziekteverzekering gebeurt de betaling door de verzekeraar van het land waar de prestatie plaatsvond. Deze recupereert de betaalde vergoedingen, via RIZIV/ le CLEISS, bij het verbindingsorgaan van het land van de verzekerde (RIZIV/CLEISS). Voor de Franse sociaal verzekerden die 100% erkend zijn, worden de remgelden ten laste genomen door de Caisse waar zij aangesloten zijn, behoudens de supplementen. Hier wordt de regeling derde betalende toegepast.

5.2 Bevraging van het AZ Groeninge Kortrijk, Yan Yperman Ziekenhuis en het AZ Sint-Augustinus te Veurne²²⁹

127. ZOAST-OVEREENKOMSTEN – Al deze ziekenhuizen hebben overeenkomsten met Franse ziekenhuizen. Het aantal Franse patiënten en deze ziekenhuizen zijn verschillend. Het AZ Sint-Augustinus te Veurne heeft een minimale hoeveelheid Franse patiënten. Het AZ Groeninge Kortrijk heeft daarentegen wel veel Franse patiënten.

128. IMPACT RICHTLIJN 2011/24 – In deze drie ziekenhuizen is men nog niet van plan om de ZOAST-regelingen te wijzigen zolang de Richtlijn 2011/24 niet geïmplementeerd is. Ze zijn tevreden over de werking van de ZOAST-regelingen.

6. Ziekenhuizen zonder contracten met buitenlandse actoren

129. GEEN OVEREENKOMSTEN - Natuurlijk hebben niet alle Vlaamse ziekenhuizen contracten met buitenlandse ziekenhuizen. Een voorbeeld hiervan is het AZ Damiaan te Oostende.²³⁰ Er worden echter wel buitenlandse patiënten opgenomen, maar dit gaat meestal om toeristen en niet om mensen die door een buitenlands ziekenhuis of zorgverzekeraar naar het AZ Damiaan worden doorverwezen of er zelf voor kiezen om er te worden behandeld. Een bepaalde reden hiervoor is de geografisch minder goede ligging van het ziekenhuis. Buitenlandse patiënten hebben gemakkelijker toegang tot een aantal grote ziekenhuizen vooraleer ze Oostende bereiken. Wat betreft patiënten uit de kustregio van het Verenigd Koninkrijk gaan zij sneller richting het binnenland gaan dan naar België te komen.

130. NIET AFKERIG VAN OVEREENKOMSTEN - Hoewel er momenteel nog geen plannen zijn om overeenkomsten te sluiten met buitenlandse ziekenhuizen of zorgverzekeraars, staat het AZ Damiaan daar wel voor open. Het ziekenhuis is ervan overtuigd dat die overeenkomsten ongetwijfeld positief zijn voor de bedbezetting van het ziekenhuis. Ze kunnen daarnaast ook meespelen om bepaalde quota in het kader van erkenningnormen te behalen en de

²²⁹ Gesprek met mevrouw Nathalie Schutyzer, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk; Gesprek met de heer Lieven Vermeulen, algemeen directeur AZ Sint-Augustinus Veurne; volledige verslagen: zie bijlage 7, 8 en 9.

²³⁰ Gesprek met de heer Karel Lamote, Adjunct administratief directeur van het AZ Damiaan

overeenkomsten kunnen ook interessant zijn voor de uitstraling van het ziekenhuis. Echter, vooralsnog hebben er zich op dit vlak nog geen opportuniteiten voorgedaan.

7. Beperkingen van de contracten

131. BEPERKINGEN VAN DE CONTRACTEN – Over de inhoudelijke details van de samenwerkingsovereenkomsten wordt er in de Richtlijn niets in het bijzonder bepaald. Er kan gezegd worden dat er sprake is van een minimale harmonisatie; de Richtlijn legt geen gedetailleerde verplichtingen op voor de lidstaten wat de inhoudelijke invulling van de overeenkomst betreft, er is dus nog een zekere marge op dit vlak gelaten voor het nationale niveau. Echter hebben de lidstaten toch verantwoordelijkheden op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Artikel 4, tweede lid, b van de Richtlijn 2011/24 bepaald dat *“De lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, draagt er zorg voor dat de zorgaanbieders relevante informatie om individuele patiënten te helpen om met kennis van zaken een keuze te maken, onder meer over mogelijke behandelingen, over de beschikbaarheid, de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg die zij in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt”*

In de contracten zijn er echter tekortkomingen te vinden. In geen enkel contract zijn afspraken te vinden rond het aantal patiënten die behandeld zullen worden.²³¹ Andere items die vaak ontbreken zijn een bepaling dat de gezondheidszorg volgens de Belgische wetgeving dient verleend te worden of details inzake de kwaliteit van de zorg.²³² Ook wordt er weinig belang gehecht aan de nabehandeling en de communicatie met de patiënt.²³³ Het is in het belang van het ziekenhuis en de patiënt dat hierover wordt nagedacht voor het afsluiten van het contract en dat een aantal afspraken eveneens schriftelijk worden vastgelegd.

Deze tekortkomingen moeten aangepast worden om conform de Richtlijn 2011/24 te zijn en deze aanpassingen zullen op korte termijn moeten worden doorgevoerd zodra de omzettingwetgeving in werking is getreden. De stand van zaken van deze omzetting in de Belgische rechtsorde wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

²³¹ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

²³² OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

²³³ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, Jaarverslag 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

VI. Omzetting van de Richtlijn in de Belgische rechtsorde

132. AANPASSINGEN BESTAANDE REGELGEVING – De omzettingstermijn voor de richtlijn verstrijkt op 25 oktober 2013. In een antwoord op een recente parlementaire vraag antwoordde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat een aantal interne rechtsnormen aanpassing en/of aanvullingen behoeften om deze omzetting te realiseren.²³⁴

133. Het betreft artikel 294 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, het ministerieel Besluit van 5 juni 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland en de artikelen 42 en 50, §1 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

134. Momenteel zijn alleen deze laatste artikels aangepast aan artikel 4, vierde lid van de richtlijn. Dit is gebeurd door de artikelen 4 en 5 van de Wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I).²³⁵ De bepaling van de Richtlijn die hiermee wordt omgezet stelt dat lidstaten er zorg voor dragen dat zorgverleners voor patiënten van andere lidstaten in beginsel dezelfde prijzen hanteren als voor patiënten uit eigen land die zich in een vergelijkbare medische situatie bevinden.

135. De toevoeging in de artikelen 42 en 50 beoogt ook een administratieve vereenvoudiging: dientengevolge wordt een horizontale bepaling in voornoemde wet ingevoegd opdat in de verschillende overeenkomsten met de zorgverleners, de diensten en de instellingen, enerzijds, en de akkoorden met de geneesheren en de tandheelkundigen, anderzijds, niet telkens dergelijke bepaling dient te worden ingevoegd om een correcte toepassing van het Gemeenschapsrecht te garanderen. Meer algemeen verduidelijkt de wetgever²³⁶ dat de geneeskundige verzorging waarop personen op het Belgisch grondgebied recht hebben krachtens een Verordening van de Europese Unie (waaronder Verordening 883/2004) dan wel krachtens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel krachtens een overeenkomst inzake de sociale zekerheid (zoals bijvoorbeeld de Overeenkomst betreffende

²³⁴ *Vr. en Antw.* Senaat, 26 juli 2012, Vr. 5/6806, D. PIETERS.

²³⁵ *BS* 29 maart 2013.

²³⁶ Memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl. St.* Kamer 2012-13, 4-6.

Europese Economische Ruimte of de door België met derde landen afgesloten overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid), dient te worden verleend overeenkomstig de regels die gelden krachtens de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

136. Uit de bepalingen van voornoemde instrumenten van de internationale rechtsorde vloeit voort dat ten aanzien van deze personen geen hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging mag aangerekend mogen dan ten aanzien van de ingezetenen die onderworpen zijn aan het nationale stelsel van sociale zekerheid. Dit betekent dat de zorgverleners die toetreden tot de bepalingen van de overeenkomsten in de zin van artikel 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 dan wel tot de akkoorden in de zin van artikel 50 van dezelfde wet, geen tarieven mogen aanrekenen die hoger zijn dan de tarieven die gelden ten aanzien van de rechthebbenden van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

137. De Europese Commissie heeft opmerkingen gemaakt over de problemen die ambtenaren van de instellingen van de Europese Unie ondervinden met betrekking tot de toegankelijkheid tot de geneeskundige verzorging in België onder dezelfde voorwaarden als de Belgische verzekerden zoals het aanrekenen van de tarieven zoals overeengekomen in de voornoemde overeenkomsten en akkoorden. Om tegemoet te komen aan deze opmerkingen, in het licht van het arrest *Ferlini*²³⁷ beoogt de toevoeging van de voorgestelde bepalingen in de artikelen 42 en 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 de zo spoedig mogelijke aanpassing van het legale kader aan te passen zodat er geen hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging mogen worden toegepast voor niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten personen.

138. Uit het voornoemde arrest *Ferlini* kan worden afgeleid dat het aanrekenen van hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging aan niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten personen kan beschouwd worden als een indirecte

²³⁷ HvJ C- 411/98, *Ferlini*, 2000; M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

discriminatie op grond van nationaliteit, enerzijds, maar ook als een belemmering van het vrij dienstenverkeer op basis van het Gemeenschapsrecht, anderzijds.²³⁸

139. NATIONAAL CONTACTPUNT IN BELGIË – Aangezien de Richtlijn voorziet dat er een nationaal contactpunt moet worden opgericht voor grensoverschrijdende gezondheidszorg (artikel 6), voorziet de Minister ook de oprichting van een nationaal contactpunt in België om de informatieverstrekking naar de patiënt te verruimen, en dit met de betrokkenheid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, het RIZIV en de Gemeenschappen²³⁹

²³⁸ M. PEETERS, “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

²³⁹ *Vr. en Antw.* Senaat, 26 juli 2012, Vr. 5/6806, D. PIETERS.

VII. Besluit

De Richtlijn 24/2011 markeert een nieuwe evolutie binnen het vrij verkeer van medische diensten. De Verordening 883/2004 ging eerder uit van vrij verkeer van economische actieve personen, terwijl de ratio van de Richtlijn eerder de patiëntenmobiliteit is, gebaseerd op vrij verkeer van economische diensten, in casu gezondheidszorg.

Deze Richtlijn kwam niet uit de lucht gevallen. Sedert de arresten Kohll en Decker sprak het Europees Hof van Justitie zich meermaals uit omtrent het vrij verkeer van medische diensten waarbij het Hof zijn rechtspraak steeds verder uitwerkte en nader preciseerde.²⁴⁰

Door de introductie en uiteindelijke implementatie van de Richtlijn zal er waarschijnlijk sprake zijn van een toename van het aantal buitenlandse patiënten in de Belgische ziekenhuizen, maar een ware stormloop ligt niet meteen binnen de verwachtingen, hoewel de Richtlijn uitgaat van het principe van geen voorafgaande toestemming voor het ontvangen van gezondheidszorg in een ziekenhuis in een andere lidstaat²⁴¹.

Ook vóór de Richtlijn 2011/24 was er reeds in min of meerdere mate sprake van een toenemende patiëntenmobiliteit in België. De impact van de patiëntenmobiliteit op de ziekenhuizen na de implementatie van de Richtlijn zal daardoor niet opvallend groot zijn in vergelijking met de situatie op vandaag. Ondanks de minieme impact van de Richtlijn in de praktijk betekent deze vaststelling niet dat er geen nood zou zijn aan grensoverschrijdende gezondheidszorg. Samenwerkingsovereenkomsten kunnen een oplossing vormen op de behoefte aan grensoverschrijdende gezondheidszorg; deze overeenkomsten zijn dit in zekere zin vandaag al.

Eén van de hoofdstukken die in de Richtlijn 2011/24 betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg is opgenomen heeft specifiek betrekking op de situatie van samenwerking tussen de lidstaten op het gebied van gezondheidszorg.

Artikel 10, tweede lid van de Richtlijn bepaalt dat de lidstaten de samenwerking moeten bevorderen bij de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg zowel op regionaal als op lokaal niveau, tussen de zorgaanbieders, zorginkopers en regelgevers, in het bijzonder in de grensregio's.

²⁴⁰ HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998; HvJ C-120/95, *Decker*, 1998.

²⁴¹ M. PEETERS en P. SCHOUKENS, "Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg", Studiedag 16 maart 2010 impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid, 27.

De overheden van de lidstaten moeten de ziekenhuizen eveneens aanmoedigen om grensoverschrijdende samenwerkingen aan te knopen, vooral in de grensregio's.²⁴² In deze regio's kan grensoverschrijdende dienstverlening de meest efficiënte wijze zijn om de gezondheidsdiensten voor de plaatselijke bevolking langs de landsgrenzen te organiseren.

In de grensregio's met België zijn er al enkele projecten op touw gezet, zoals het Raamakkoord grensoverschrijdende samenwerking op het vlak van gezondheidszorg tussen België enerzijds en Frankrijk anderzijds.²⁴³ Het creëert de wettelijke basis voor het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten en de oprichting van grensoverschrijdende gezondheidszones "ZOAST" ("Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalières) zonder administratieve of financiële belemmeringen voor toegankelijkheid.

Enkele Vlaamse ziekenhuizen, zoals het AZ Sint-Jan Brugge, ZOL Genk en het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke, hebben samenwerkingsovereenkomsten met Nederlandse zorgverzekeraars.

Daarnaast hebben andere Vlaamse ziekenhuizen, onder andere het AZ Groeninge Kortrijk, het Yan Yperziekenhuis en het AZ Sint-Augustinus Veurne, samenwerkingsovereenkomsten met Franse ziekenhuizen.

Na ondervraging van deze ziekenhuizen blijkt dat er voor hen geen veranderingen hoeven te komen na de implementatie van de Richtlijn 2011/24. Ze zijn van mening dat er geen noodzakelijke veranderingen moeten doorgevoerd worden. Hun samenwerking met enerzijds Frankrijk en anderzijds met Nederland verloopt uitstekend. Enkel op financieel vlak zijn er enkele nadelen voor de Belgische patiënt en voor de niet-geconventioneerde artsen. Dit zien de ziekenhuizen in de toekomst liever anders.

De samenwerkingsovereenkomsten zelf hebben echter wel enkele inhoudelijke tekortkomingen. In geen enkel contract zijn afspraken te vinden rond het aantal buitenlandse patiënten die behandeld zullen worden en wanneer het contract zal worden stopgezet indien er

²⁴² Artikel 10, derde lid Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

²⁴³ Raamovereenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, bekrachtigd bij Wet van 9 februari 2009 houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, *BS* 18 februari 2011.

capaciteitsproblemen zich zouden voordoen. Ook ontbreekt er vaak een bepaling omtrent de kwaliteit van de zorg, wordt er ook weinig belang gehecht aan de nabehandeling, de communicatie met de patiënt en de uitwisseling van medische gegevens.²⁴⁴ Dit zal aangepast moeten worden, willen de samenwerkingsovereenkomsten conform Richtlijn 2011/24 zijn.

Ten slotte kan de samenwerking op termijn misschien wel leiden tot ziekenhuisassociaties, groeperingen of fusies over de grenzen heen. In ieder geval moet het einddoel een verbetering zijn van de kwaliteit van de gezondheidszorg in alle lidstaten, zoals voorgestaan door de Richtlijn 2011/24.

²⁴⁴ Artikel 4, tweede lid, b Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg; Artikel 5, c Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

VIII. Bibliografie

1. Wetgeving

Verordening betreffende het vrije verkeer van werknemers binnen de Gemeenschap (1612/68/EEG)

Verordening betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (1408/71/EG)

Verordening betreffende de coördinatie van de socialenzekerheidsstelsels (883/2004/EG)

Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie

Raamovereenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, bekrachtigd bij Wet van 9 februari 2009 houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, ondertekend te Moeskroen op 30 september 2005, *BS* 18 februari 2011.

Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

Wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), *BS* 29 maart 2013.

Memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl. St.* Kamer 2012-13, 4-6.

Vr. en Antw. Senaat, 26 juli 2012, Vr. 5/6806, D. PIETERS.

2. Rechtspraak

HvJ 11 juli 1974, *Jur.* 1974, 837

HvJ arrest in de zaak 33/74 van 3 december 1974, *Jur.* 1974, 1299 (van Binsbergen)

HvJ C-158/96, *Kohll*, 1998

HvJ C-120/95, *Decker*, 1998

HvJ 12 juli 2001, *Jur.* 2001, 5363 (Vanbraekel)

HvJ C- 411/98, *Ferlini*, 2000

HvJ C-157/99 *Geraets-Smits en Peerbooms*, 2001

3. Rechtsleer

België

a. (Bijdragen in) boeken

CANTILLON, B., *De welvaartstaat in de kering*, Kapellen, Pelckmans, 1999, 317 p.

CORNELISSEN, R., “De sociale zekerheidsproblematiek van Belgische werknemers in het buitenland en van buitenlandse werknemers in België” in M. RIGAUX (ed.), *Actuele problemen van het arbeidsrecht 2*, Antwerpen, Kluwer Rechtswetenschappen, 1987, 450 p.

DE BUYSER, J., “Grensoverschrijdende gezondheidszorg” in Y. JORENS (ed.), *Grensarbeid. Sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, Brugge, Die Keure, 1997, 281 p.

DE COCK, J. en TEUNKENS, E., “Les soins de santés dans la sécurité sociale – aspects nationaux” in P. NIHOUL en A.-C. SIMON (eds.), *L’Europe et les soins de santé. Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence*, Leuven, Larcier, 2005, 405 p.

DILLEMANS, R., *Buitencontractuele aansprakelijkheid*, Kluwer, Mechelen, 1999, 433 p.

DIRIX, E., MONTAGNIE, Y., en VANHEES, H., *Handels- en economisch recht in hoofdlijnen*, Intersentia, Antwerpen, 355 p.

DREESMANN, M. en VAN HOOGENBEMT, H., “Het grensarbeidersstatuut en het vrij verkeer van werknemers: het spanningsveld tussen sociale zekerheid-fiscaliteit” in Y. JORENS (ed.), *Grensarbeid. Sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, Brugge, Die Keure, 1997, 281 p.

JORENS, Y., *Wegwijs in het Europees sociale zekerheidsrecht*, Brugge, Die Keure, 1992, 258 p.

JORENS, Y., “Grensarbeid: algemene situering en probleemstelling” in Y. JORENS (ed.), *Grensarbeid. Sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, Brugge, Die Keure, 1997, 281 p.

JORENS, Y., “De toepassing in België van Verordening (EEG) nrs. 1408/71 en 574/72. Algemeen rapport” in Y. JORENS en S. GEENEN (eds.), *De toepassing van de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 in België*, Brugge, Die Keure, 1999, 428 p.

JORENS, Y., “The Right to Health Care across Borders” in M. McKEE, E. MOSSIALOS en R. BAETEN (eds.), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Brussel, Peter Lang, 2002, 314 p.

JORENS, Y., “Europa en het recht op gezondheidszorg: een vrij verkeer van patiënten?” in R. JANVIER, A. VAN REGENMORTEL en V. VERVLIET, *Actuele problemen van het sociale zekerheidsrecht*, Brugge, Die Keure, 2003, 597 p.

LENAERTS, K., *Europees Recht in hoofdlijnen*, Antwerpen en Apeldoorn, Maklu, 2003, 900 p.

NIHOUL, P. en SIMON, A.-C. (eds.), *L' Europe et les soins de santé. Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence*, Leuven, Larcier, 2005, 405 p.

PENNINGS, F.J.L., *Grondslagen van het Europese socialezekerheidsrecht*, Deventer, Kluwer, 2005, 415 p.

PIETERS, D., SCHOUKENS, P. en CORVELEYN, F., “Europees Sociaal zekerheidsrecht: wetgeving en rechtspraak” in D. SIMOENS en J. PUT (eds.), *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1996-2001. Wetgeving-rechtspraak*, Brugge, Die Keure, 2001, 1202 p.

PIETERS, D., en SCHOUKENS, P., *Triptiek sociale zekerheid: de beginselen van sociaalzekerheidsrecht en hun toepassing in België en Nederland*, Acco, Leuven, 2006, 288 p.

REMANS, J., *De hemel op aarde: over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België*, Acco, Leuven, 2003, 126 p.

SCHOUKENS, P., “Coördinatiebepalingen inzake gezondheidszorg: het communautaire recht” in D. PIETERS D. (ed.), *Gezondheidsverzekering en Europa*, Antwerpen, Kluwer rechtswetenschappen, 1992 53 p.

SCHOUKENS, P., “Actuele ontwikkelingen Europees socialezekerheidsrecht: detachering, gelijktijdige tewerkstelling en grensoverschrijdende gezondheidszorg”, in J. PUT en D. SIMOENS (eds.), *Socialezekerheidsrecht*, Brugge, Die Keure, 2005, 99 p.

SIMON, A.-C., “La mobilité des patients en droit européen” in P. NIHOUL en A.-C. SIMON (ed.), *L' Europe et les soins de santé. Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence*, Leuven, Larcier, 2005, 405 p.

VAN DE GRONDEN, J.W., *Zorg tussen lidstaten en interne markt: zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, Kluwer, Mechelen, 2004, 133p.

VAN DER MEI, A.P., “Vrij verkeer en gezondheidszorg” in J. MEEUSEN, M.-C. FOLETS en B. HUBEAU, *Migratie en migrantenrecht. Recente ontwikkelingen*, Brugge, Die Keure, 2004, 420 p.

VANROELEN, C., *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*, Academia Press, Gent, 2004, 277 p.

VERSCHUEREN, H., “Definities en conflictregels m.b.t. grensarbeid in EG-Verordening Nr. 1408/71 (Coördinatie sociale zekerheid)” in Y. JORENS (ed.), *Grensarbeid. Sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, Brugge, Die Keure, 1997, 281 p.

VAN EECKOUTTE, W., *Handboek Belgische Sociaalzekerheidsrecht*, Kluwer, Mechelen, 2009, 461 p.

b. Tijdschriftartikelen

ANKAERT, E., “Eigen bijdragen in de gezondheidszorg: kostprijs van een exploderende ziekteverzekering?”, *TSR* 2006, afl.4, 569-611.

BAETEN, R., “Gezondheidszorgbeleid: een plaats op de Europese agenda?”, *BTSZ* 2000, 861-883.

BAETEN, R., “Over patiëntenmobiliteit en hoe het EU-beleid hierop reageert.”, *BTSZ* 2002, 863-880.

CALLENS, S., “Aansprakelijkheid van het ziekenhuis”, *T. Gez.* 2003-04, afl. 2, 125-130.

CALLENS, S. en TER HEERDT, J., “Juridische beschouwingen bij telegeneeskunde”, *T. Gez.* 1999-2000, 310-321.

COUCHEIR, M., “Gezondheidszorgverstrekking als economische activiteit in de zin van het EG-Verdrag: over gevrijwaarde solidariteit en (semi-)territorialiteit”, *TSR* 2005, 147-210.

COUCHEIR, M., “Naar een codificatie van de rechtspraak van het Hof van Justitie inzake patiëntenmobiliteit”, *TSR* 2006, 65-169.

DE BRUYCKERE, L., “De rechtsverhouding tussen patiënt en ziekenhuis”, *T. Gez.* 1999-2000, 293-294.

DE RUYSSCHER, D., “Mededelingsplichten van en informatieverstrekking door het ziekenfonds”, *TSR* 2004, afl. 2, 301-330.

DE PAUW, B. en VAN LIMBERGHEN, G., “Aanduiding van de toepasselijke socialezekerheidswetgeving”, *TSR* 2004, 635-703.

DE PETTER, R., “Les Communautés Européennes et la Sécurité Sociale”, *TSR* 1989, 241-248.

DEVOS, M. en MATTHYS, E., “Vrij verkeer van werknemers na de uitbreiding van de Europese Unie”, *TSR* 2004, 461-495.

FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIËNT”, “Advies in verband met de “nota betreffende de therapeutische relatie” opgesteld door de werkgroep G19 van het eHealth-platform”, *T. Gez.* 2009-10, 165-177.

FORNACIARI, D., “Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg”, *RW* 2011, p. 126-138.

GOYENS, F., “Vlaamse zorg in EG-Verordening Nr. 1408/71”, *TSR* 2002, 28-69.

GOVAERE, I., “De Bolkestein-richtlijn in de context van het acquis communautaire: evolutie of revolutie?”, *TSR* 2006, 2-24.

HEIDBREder, P., “Het vrije verkeer van werknemers binnen de Europese Economische Gemeenschap en de gevolgen ervan op het recht op uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering”, *inf. R.I.Z.I.F.* 1989, 301-314.

JORENS, Y., “De nieuwe EG-Verordening 1408/71 inzake de sociale zekerheid van migrerende personen: naar een vereenvoudiging en modernisering?”, *TSR* 2004, 193-231.

JORENS, Y., “Het voorstel ‘Bolkestein-Richtlijn’: een gevaar voor het Belgisch Sociaal Recht?”, *TSR* 2006, 27-63.

LEWALLE, H. en PALM, W., “De toegang tot de gezondheidszorg in de Europese Unie: impact van de Europese rechtspraak”, *TSZ* 2001, 445-464.

NYS, H., “Vrij verkeer van patiënten voor ambulante behandelingen”, *Act. Hosp.* 1998, 69-71.

PALM, W., “De betekenis van de herziening van Verordening 1408/71 voor de gezondheidssector”, *BTSZ* 2004, 679-692.

PEETERS, M., “Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: impact op de (Belgische) gezondheidszorg”, *T. Gez.* 2011-12, 94-112.

PEETERS, M., “Vrij verkeer van patiënten: Verlegt Europa de grenzen van de Belgische nomenclatuur?” (noot onder Arbh. Antwerpen (vierde kamer) 22 juni 2005), *T. Gez.* 2006-2007, afl. 5, 356-360.

SCHOUKENS, P. en PEETERS, M., “Europese goederenmarkt; stok in de wielen van Belgische terugbetalingsregeling voor rolstoelen”, *T. Gez.* 2005-2006, 202-207.

SCHREIBER, D. “Geneeskundige verstrekkingen in het buitenland en de territorialiteit van de verstrekkingen”, *Inf. R.I.Z.I.F.* 1980, 237-241.

SCHULTE, B., “Europees sociaal recht”, *BTSZ* 2001, 687-732.

TER HEERDT, J., “Information to patients: de doos van Pandora?”, *T. Gez.* 2009-2010, 3-4.

VAN OVERMEIREN, F., “Kohl en Decker anders bekeken: de mobiliteit van gezondheidsmedewerkers in de Europese Unie”, *TSR* 2004, 331-383.

c. Andere

BORMANS, E., “Grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ervaring met Nederlandse patiënten in het ZOL” in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

CARNOTENSIS, P., “Richtlijn 2011/24 over de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg”, *CM-Informatie*, afl. 244,

http://www.cm.be/binaries/grensoverschrijdende%20gezondheidszorg_tcm375-102203.pdf,
21 p.

DE MARS, B., BOULANGER, K., SCHOUKENS, P., SEMEUS, W., VAN DE VOORDE, C., VRIJENS, F., en 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.

GLINOS, I.A., BOFFIN, N. en BAETEN, R., “Contracteren voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in Belgische ziekenhuizen: een analyse van gezichtspunten van Belgische, Nederlandse en Engelse betrokken spelers”, Brussel, Observatoire social européen, 2005, www.ose.be.

HERBOTS, K., “ Medisch toerisme uit buurlanden stijgt fors”, *De Morgen* 6 augustus 2013, <http://www.demorgen.be/dm/nl/993/Gezondheid/article/detail/1681851/2013/08/06/Medisch-toerisme-uit-buurlanden-stijgt-fors.dhtml>.

KAHIL-WOLFF, B. en GREBER, P.-Y., « Sécurité sociale: aspects du droit national, interational et européen » in C. KADDOUS en P. MERCIER (eds.), *Dossiers de droit européen*, Brussel, Bruylant, 2006, 389 p.

KCE, *Jaarverslag* 2011, https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_Jaarverslag_2011_0.pdf, 73 p.

KESENNE,J., “*Grensoverschrijdende zorg in ziekenhuisbeleid. Perspectief van de ziekenfondsen*” in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

LEWALLE, H., “ZOAST URSA”, Centrum voor Ziekenhuis – en Verplegingswetenschap, Permanente vorming 2011-2012.

LUYCKX, E., “*Impact van de grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*” in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

MARTENS,N., “*Grensoverschrijdende zorg: kans of bedreiging?*” in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

VAN DE VOORDE,C., *Grensoverschrijdende patiëntenstromen: hoeveel, waarom en waar naar toe?* in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

JAN YPERMAN ZIEKENHUIS IEPER, "Academische zitting", zaterdag 11 oktober 2008

OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, *Jaarverslag* 2012, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf> , 63 p.

X, *Over de Sociale Zekerheid*, https://www.socialsecurity.be/site_nl/socialsecurity/Infos/general/index.htm (consultatie 19 februari 2013).

X, *De geneeskundige verzorging in de Europese Unie*, <http://www.riziv.be/information/nl/studies/study09/pdf/study09.pdf> (consultatie 24 maart 2013).

X, *INTERREG IV in de Europese Unie*, <http://www.interreg-fwvl.eu/nl/page.php?pageId=240> (consultatie 24 april 2013).

X, *Zorg in een algemeen ziekenhuis*, https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/citizen/displayThema/health/SANTH_4/SANTH_4_7/SANTH_4_7_2.xml (consultatie 25 juli 2013).

X, *Overzicht kosten opname*, <http://www.uzleuven.be/node/10483> (consultatie 25 juli 2013).

X, “Frans-Belgische territoriale samenwerking - Wegwerken van grenzen”, http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/panorama/pdf/mag24/mag24_nl.pdf, 21 p.

Ander land

a. (Bijdragen in) boeken

AMTENBRINK, F. en VEDDER, H.H.B., *Recht van de Europese Unie*, Den Haag, Boom Juridische uitgevers, 2006, 581 p.

BARENTS, R. en BRINKHORST, L.J., *Grondlijnen van Europees Recht*, Deventer, W.E.J. Tjeenk Willink, 2001, 619 p.

DE BURCA, G., “Towards European Welfare” in G. DE BURCA, *EU Law and the Welfare State, In Search of Solidarity* in P. ALSTON, G. DE BURCA en B. DE WITTE *Academy of European Law*, Oxford, Oxford University Press, 2005, 250.

HERVEY, T. en McHALE, J., *Health Law and the European Union*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 540 p.

b. Tijdschriften

PEETERS, M., “Free movement of patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients’ Rights in Cross-Border Healthcare”, *European Journal of Health Law* 2012, 29-60.

THION, P., “Wetgeving en waarheid. Over de regulatieve beheersbaarheid van de sociale werkelijkheid”, *CDPK* 2007, afl. 4, 469-488.

VAN DER MEI, A.P., “Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap?”, *NTSR* 1998, 187-196.

VAN DER MEI, A.P., “Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on *Geraerts-Smits and Peerbooms* and *Vanbraekel*”, *MJ* 2002, afl.2, 189-213.

VAN DER MEI, A.P., “Zorg over de grens: noodhulp versus toestemmingshulp”, *NTER* 2003, 109-113.

WYATT, D., “The Social Security Rights of Migrant Workers and their families”, *CMLR* 1977, 411.

IX. Bijlagen

Bijlage 1: “PICU”-overeenkomst tussen AZ Vesalius in Tongeren en het academisch ziekenhuis in Maastricht:

Overeenkomst samenwerking patiëntenzorg

“Pediatriche Intensive Care MUMC+”

en

“Pediatrie AZV”.

1. Het academisch ziekenhuis Maastricht, gevestigd te Maastricht, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer drs. G.J.H.C.M. Peeters, Voorzitter Raad van Bestuur, handelend onder de naam Maastricht Universitair Medisch Centrum²⁴⁵,

hierna te noemen “MUMC+”

en

2. het Algemeen Ziekenhuis Vesalius, gevestigd te Tongeren, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer J.P. Hermans, Algemeen Directeur en de heer G. Hermans, Voorzitter,

hierna te noemen “AZV”

en

²⁴⁵ Maastricht UMC+ is het wettelijke samenwerkingsverband tussen Maastricht University, i.h.b. de faculteit FHML enerzijds en en het azM anderzijds (Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) artikel 12.22).

3. de Geneeskundige Gezondheidsdienst Zuid-Limburg, hierna te noemen “GGD Zuid-Limburg” gevestigd te Maastricht, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer F.C.W. Klaassen, arts, voorzitter directie GGD Zuid Limburg,

en

4. Het Nationaal Intermutualistisch College, hierna te noemen NIC, vertegenwoordigd door de Heer Marc Justaert, Voorzitter van het NIC,

de ondergetekenden sub 1, 2, 3 en 4 hierna te noemen “partijen”

overwegende dat:

- (i) AZV als algemeen ziekenhuis voor het Belgische Zuid-Limburg verantwoordelijk is voor een optimale klinische en poliklinische patiëntenzorgverlening;
- (ii) MUMC+ eenzelfde functie vervult voor de regio Heuvelland, gelegen in het Nederlandse Zuid-Limburg, doch daarboven en primair als Universitair Medisch Centrum topklinische en topreferente functies verzorgt voor een belangrijk deel van Zuid-Nederland en de Euregio Maas Rijn en wetenschappelijk geneeskundig onderzoek en onderwijs uitvoert;
- (iii) de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) van het Maastricht UMC+ zeer centraal gelegen is voor delen van Belgisch Limburg, waardoor zeer snel pediatrische intensive care geboden kan worden aan kritisch zieke kinderen door het transportteam van de PICU MUMC+, bestaande uit een medisch specialist en verpleegkundige opgeleid voor kinder intensieve zorg. Dit levert een belangrijke tijds winst op in de aanvang van pediatrische intensieve zorg waardoor hun kansen op overleving en herstel positief beïnvloed worden;

- (iv) de instelling c.q. de geneesheer werkzaam voor de instelling waar de behandeling wordt uitgevoerd in principe de medische en juridische verantwoordelijkheid draagt;
- (v) iedere beroepsbeoefenaar die vanuit het AZV en/of het MUMC+ in het MUMC+ c.q. het AZV werkzaamheden gaat verrichten, dit slechts zal doen krachtens een tussen partijen voor een ieder individueel af te sluiten toelatingsovereenkomst dan wel een meer specifieke detacheringsovereenkomst;
- (vi) iedere beroepsbeoefenaar, die zorg draagt voor de medische verzorging tijdens het transport, dit doet volgens de bevoegdheden op grond van de regelgeving van zijn eigen land;
- (vii) de voertuigen en hun technische uitrusting voldoen aan de standaarden van het land waar de standplaats van het voertuig zich bevindt.

zijn de partijen het navolgende overeengekomen:

Artikel 1: Definities

- 1.1.Klinische capaciteit: op de klinische activiteit betrekking hebbende materiële, personele (zowel medisch en verpleegkundig specialistisch als ondersteunend personeel), organisatorische, ruimtelijke en diagnostische voorzieningen ten behoeve van de behandeling, verpleging en verzorging van de patiënt.
- 1.2.I.C. Pediatrie: pediatrie intensive care MUMC+ (PICU)
- 1.3.MRSA: Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus
- 1.4.Wettelijke vertegenwoordigers : de vertegenwoordigers van de pediatrie patiënt, conform artikel 12 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (België)

Artikel 2: Voorwerp van de samenwerking

- 2.1.De afdelingen pediatrie van het MUMC+ en van het AZV zullen samenwerken op het vlak van pediatrie intensieve zorg. Het betreft de zorg voor kinderen in de leeftijd

van 3 weken tot en met 18 jaar met een dreigende of manifeste verstoring van een of meer vitale functies:

- Kinderen < 1 jaar oud met endotracheale tube of een andere vorm van toegang, al dan niet beademd,
- Kinderen > 1 jaar oud met endotracheale tube of een andere vorm van toegang en een verwachte beademingsduur > 24 uur,
- Alle kinderen met falen van meer dan een orgaan.

2.2. Het MUMC+ stelt hiertoe vanaf het moment van het ondertekenen van deze overeenkomst pediatrie Intensive Care-capaciteit ter beschikking aan patiënten verwezen door de pediaters van het AZV, mits de pediatrie Intensive Care vrije bedden heeft. Indien er geen bed vrij is, verwijst AZV de patiënt door naar een ander centrum in België.

2.3. Het AZV spant er zich voor in dat voor de pediatrie IC-patiënten mits de geïnformeerde toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers, beroep gedaan wordt op de diensten van de pediatrie IC MUMC+.

2.4. Voor het interklinisch transport van de patiënten vanuit het AZV naar het MUMC+ door de équipe van de pediatrie IC MUMC+ wordt beroep gedaan op de diensten van de Nederlandse GGD Zuid-Limburg.

2.5. Uitgezonderd hiervan zijn spoedgevallen, waarin de klinische situatie geen uitstel toelaat en de patiënt door de Belgische ambulancedienst naar het MUMC+ gebracht wordt.

2.6. In het geval dat de patiënt niet wordt overgeplaatst naar het MUMC+ zal het interklinisch transport naar een ander centrum niet worden begeleid door het transportteam van het MUMC+ en niet vervoerd worden door de GGD Zuid-Limburg.

2.7. Het voorwerp van deze overeenkomst heeft betrekking op de stabilisatie van de toestand van de patiënt, de overplaatsing, de hospitalisatie in MUMC+ en de terugverwijzing.

Artikel 3: Voorafgaande kennisgeving

3.1. In België is het, op straffe van nietigheid, verplicht om deze samenwerkingsovereenkomst, alsook eventuele wijzigingen in de toekomst, te laten goedkeuren door

de nationale overheidsinstanties die bevoegd zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 4: Algemene principes

- 4.1. De bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels zijn van toepassing op de uitvoering van dit samenwerkingsakkoord, inclusief voor wat betreft de terugbetaling
- 4.2. De wettelijke bepalingen inzake ziekteverzekering en de tarieven alsook de procedures (bv. behandeling, principes in gezondheidszorg, enz.) van elk land zijn van toepassing.
- 4.3. De toelating voor de behandeling gebeurt door de administratieve aflevering van het specifieke formulier S2 PICU. De geldigheidsduur van het formulier wordt bepaald op één volledig trimester (drie maanden). Zo kan de continuïteit in de zorgverlening gewaarborgd worden.
- 4.4. De S-documenten moeten niet enkel de handtekening van een verantwoordelijke van de uitreikende instelling dragen, maar ook de aard en de plaats van behandeling.
- 4.5. In geval van overbrenging van de patiënt naar het MUMC+, verzoekt de coördinator van het AZV de Belgische verzekeringsinstelling van de patiënt om afgifte van het in 4.3 vermelde formulier S2 PICU, E112 PICU in de overgangperiode, of de EZVK voor kinderen ten laste van grensarbeiders, desgevallend postactieven.

Artikel 5: Coördinatie

- 5.1. Het medisch hoofd van de pediatrie IC van het MUMC+ zal fungeren als coördinator, ten behoeve van het MUMC+.
- 5.2. Het medisch diensthoofd pediatrie van het AZV zal fungeren als coördinator ten behoeve van het AZV.

Artikel 6: Patiëntenzorg rondom de overplaatsing

- 6.1. Indien een pediatrische patiënt intensieve zorgen vereist en moet worden overgeplaatst naar een universitaire instelling, zal de pediater van het AZV contact opnemen met de dienst pediatrische IC van MUMC+.
- 6.2. De pediater van het AZV informeert de pediater van het MUMC+ over de medische toestand van de patiënt. De pediater van het MUMC+ formuleert een aantal adviezen betreffende de opvang, waar mogelijk, van de patiënt.
- 6.3. De pediater van MUMC+ besluit tot overname van de patiënt indien er een intensive care indicatie bestaat en er een bed vrij is op de pediatrische IC van het MUMC+.
- 6.4. De pediater van de PICU van het MUMC+ neemt vervolgens contact op met de Meldkamer Ambulancezorg Zuid-Limburg om het vervoer met een ambulance van de GGD Zuid-Limburg aan te vragen.
- 6.5. Nadat de pediater van MUMC+ met de ambulance van de GGD Zuid-Limburg in het AZV is toegekomen, zal deze de behandeling ter stabilisatie van de toestand van de patiënt overnemen. Voor deze stabilisatie wordt mede gebruik gemaakt van het personeel van AZV en de materialen van AZV waar nodig.
- 6.6. Teneinde de toestand van de patiënt zo goed mogelijk te stabiliseren, zal de pediatrische IC van MUMC+ de noodzakelijke protocollen uitschrijven. Het AZV zal deze protocollen implementeren, waarbij de verantwoordelijkheid voor controle en implementatie bij AZV ligt.
- 6.7. De medewerkers van de pediatrische IC van MUMC+ zullen de medewerkers van AZV adviseren aangaande bijscholing op het gebied van de eerste opvang van kritisch zieke kinderen (APLS) en waar mogelijk ondersteuning bieden.

Artikel 7: Overplaatsing

- 7.1. De overplaatsing gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de pediater van pediatrische IC van het MUMC+, die het transport begeleidt.
- 7.2. Voor het transport wordt beroep gedaan op de diensten van de GGD Zuid-Limburg via de Meldkamer Ambulancezorg, uitgezonderd situaties zoals bedoeld in artikel 2.5

Artikel 8: Hospitalisatie

8.1. Na de opname in MUMC+ wordt de patiënt, zolang als academische zorg medisch noodzakelijk is, behandeld op de pediatrie IC en nadien eventueel op de afdeling pediatrie indien academische zorg nog gewenst is.

8.2. Bij belangrijke wijzigingen in de toestand van de patiënt, zal de pediater van het MUMC+ de pediater van het AZV of zijn waarnemer hiervan op de hoogte brengen.

Artikel 9: Terugverwijzing

9.1. Zodra duidelijk is wanneer de patiënt in aanmerking komt voor een terugverwijzing, vindt een overleg plaats tussen de kinderartsen van het MUMC+ en de verwijzende kinderarts van het AZV of diens waarnemer. Het AZV heeft een inspanningsverbintenis om de patiënt terug op te nemen.

9.2. AZV draagt zorg voor het transport terug van MUMC+ naar AZV.

9.3. Duidelijke afspraken worden gemaakt over de datum en uur van het transport. Tevens bezorgt MUMC+ een uitvoerige beschrijving van de toestand van de patiënt en de aangewezen therapie.

9.4. Zodra de patiënt zich in de ambulance bevindt voor transport terug naar AZV, valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van het AZV en/of de pediaters van het AZV.

9.5. Indien de patiënt rechtstreeks ontslagen wordt uit het MUMC+, zal de patiënt c.q. diens wettelijke vertegenwoordiger de nodige informatie ontvangen over zijn toestand alsmede de nodige richtlijnen voor verdere opvolging en controles.

9.6. Bij het ontslag ontvangt de patiënt c.q. diens wettelijke vertegenwoordiger ook informatie over wat te doen bij eventuele complicaties.

Artikel 10: Patiëntengegevens

10.1. Partijen nemen de Nederlandse (wet bescherming persoonsgegevens, WBP) en Belgische regelgeving (de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus

2002 en de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) betreffende de privacy van de patiënt in acht.

- 10.2. Partijen nemen elkaars hierop gebaseerde interne regelgeving betreffende de omgang met gegevens in acht:
 - AZV heeft voor de omgang met privacygevoelige gegevens afkomstig van patiënten een beleid ontwikkeld dat wordt omschreven in het privacyreglement en het veiligheidsplan.
 - MUMC+ heeft voor de omgang met privacygevoelige gegevens afkomstig van patiënten een beleid ontwikkeld en voldoet aan de norm NEN7510/NEN7511 (informatiebeveiliging in de zorg).
- 10.3. De patiënt c.q. diens wettelijke vertegenwoordiger dient op de hoogte gebracht te worden van de transfer van medische gegevens over en weer tussen beide instellingen. In beginsel worden persoonsgegevens alleen verstrekt met expliciete toestemming van de betrokken patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger. Met veronderstelde toestemming kan worden volstaan bij spoedeisende noodzakelijke hulpverlening.
- 10.4. De concrete praktische invulling van de uitwisseling van gegevens, onder inachtneming van artikel 10.1. tot en met 10.3., wordt nader uitgewerkt. Hiervoor worden de informatiebehoefte en de processen in kaart gebracht en de meest praktische oplossing voor de informatievraag geïmplementeerd.
- 10.5. Alle gegevens in het ziekenhuisinformatiesysteem van het AZV betreffende de betrokken patiënten en beeldmateriaal van de afdeling Radiologie van het AZV worden, volgens de nader te definiëren procedure zoals in 10.4. gesteld, beschikbaar gesteld voor de afdeling pediatrie van het MUMC+.
- 10.6. Zowel het AZV als het MUMC+ zijn verantwoordelijk voor het aantekening doen van de gegevens betreffende het onderzoek en de behandeling van de patiënt. Deze gegevens worden tussen de twee afdelingen uitgewisseld volgens de nader te definiëren procedure zoals in 10.4. gesteld.
- 10.7. Van iedere opname zal door het betreffende ziekenhuis een definitieve ontslagbrief met alle relevante informatie gestuurd worden naar de huisarts en naar de afdeling

pediatrie van het AZV respectievelijk het MUMC+ en naar eventuele andere medische specialisten die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

- 10.8. In geval van overplaatsing van een patiënt van het AZV naar het MUMC+ zal de in 2002 gezamenlijk vastgelegde procedure betreffende MRSA gerespecteerd worden (document afspraken MRSA, 27.09.2002). Partijen streven er naar het MRSA-beleid te optimaliseren.
- 10.9. Het ambulancepersoneel van de GGD Zuid-Limburg zal werken volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg bij het transport van mogelijks MRSA-dragende patiënten.

Artikel 11: Facturatie

- 11.1. De facturatie van MUMC+ gebeurt in eerste instantie aan Agis Zorgverzekeringen op basis van het formulier S2 PICU. De facturatie van het ziekenhuisverblijf zal door het MUMC+ aan Agis Zorgverzekeringen gebeuren op basis van de op dat moment geldende Nederlandse tarieven.
- 11.2. De facturen voor het vervoer worden door de GGD Zuid-Limburg opgemaakt en worden rechtstreeks verzonden naar AZV. De betaling van de facturen wordt door AZV rechtstreeks gedaan aan de GGD Zuid-Limburg.
- 11.3. Zodra de financiële regeling met betrekking tot vergoeding van de kosten bij een grensoverschrijdende inzet in het kader van de Beschikking van het Comité van Ministers van Benelux Economische Unie van 8 december 2009 met betrekking tot het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (M(2009)8) van kracht is, zal het patiëntenvervoer worden gefactureerd aan de tarieven en tegemoetkomingen in de kosten, zoals wordt voorzien in deze financiële regeling.
- 11.4. Tot de inwerkingtreding van deze financiële regeling zullen de facturen voor het vervoer worden betaald overeenkomstig artikel 11.2. waarbij de op dat moment geldende Nederlandse tarieven worden gehandhaafd.
- 11.5. Na de inwerkingtreding van de in artikel 11.3 vernoemde financiële regeling zal het formulier S2 PICU zowel de kosten dekken met betrekking tot het ziekenhuisverblijf in het MUMC+ als de kosten voor het vervoer door de GGD Zuid-Limburg.

Artikel 12: Aansprakelijkheid

- 12.1. Iedere verpleegkundige en medicus is verantwoordelijk voor zijn of haar handelen. Eindverantwoordelijk over de medische zorg is de kinderarts van AZV tot aan de mondelinge medische overdracht aan het transportteam van MUMC+, waarna de kinderarts van het transportteam eindverantwoordelijk is en het MUMC+ daarvoor aansprakelijkheid draagt, tenzij een vastgestelde tekortkoming voortvloeit uit handelen of nalaten van anderen dan deze medicus.
- 12.2. Voor wat betreft de verzekeringstechnische aspecten aangaande juridische bijstand, rechtsaansprakelijkheid, etc. gelden de volgende afspraken. Totdat de patiënt in de ambulance ligt, vallen de overige leden van het MUMC+ transportteam onder bovengenoemde verzekeringen van AZV, waarbij AZV verantwoordelijk is voor een adequate verzekering dienaangaande. Daarna valt het gehele transportteam onder de geldende verzekeringen van MUMC+, waarbij MUMC+ verantwoordelijk is voor een adequate verzekering dienaangaande. Evenals bij interklinische transporten in Nederland is het transportteam door het MUMC+ verzekerd voor eventuele arbeidsongeschiktheid bij eventueel ongeval tijdens het transport.
- 12.3. Het ambulancepersoneel valt voor wat betreft juridische bijstand, rechtsaansprakelijkheid, ongevallen e.d. onder de verzekeringen van de werkgever, in deze de GGD Zuid-Limburg. Deze verzekeringen kennen een buitenlanddekking.
- 12.4. Overigens geschiedt de behandeling van patiënten onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis waar de behandeling wordt uitgevoerd c.q. de in België gevestigde geneesheer, werkzaam voor het AZV. De partijen komen de volgende verantwoordelijkheids- en aansprakelijkheidsverdeling overeen:
 - a. In gevallen waarin de schadeveroorzakende feiten niet door toedoen of nalaten van de betrokken arts-specialist hebben plaatsgevonden, doch aansprakelijkheid wel is vastgesteld, dan is het ziekenhuis, waar de behandeling is uitgevoerd en indien de behandelovereenkomst daar werd gesloten, aansprakelijk en draagt de verzekeraar van dat ziekenhuis de schadelast.
 - b. Het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt, is, behoudens het bepaalde sub c., verantwoordelijk en aansprakelijk voor het bij de behandeling ingezette personeel en voor het daarbij gebruikt instrumentarium en de overige middelen en materialen van dat ziekenhuis.

- c. Bij grove of ernstige plichtsverzuim draagt de verzekeraar van de betreffende arts-specialist de aansprakelijkheid, onafhankelijk van de plaats van behandeling.
- 12.5. In gevallen waarin nationale wettelijke bepalingen een andere partij dan de arts-specialist of het ziekenhuis als bedoeld in 12.4. (tevens) aansprakelijk houdt, zal de desbetreffende aansprakelijkstelling in nauw overleg tussen betrokken partijen worden behandeld. Partijen dragen er in dergelijke gevallen zorg voor, dat elkaar de nodige medische informatie wordt verschaft op basis van de daartoe te verkrijgen machtigingen, welke zijn vereist op grond van de wettelijke bepalingen ter zake van de bescherming van persoonsgegevens.
- 12.6. Indien in voorkomende gevallen, zoals in 12.5. bedoeld, een andere partij dan aangegeven in 12.4. geroepen wordt tot de afwikkeling van een aansprakelijkstelling, dan heeft deze andere partij, krachtens de tussen partijen overeengekomen afspraken in 12.4. van deze overeenkomst, recht op vergoeding van de door hem/haar, dan wel zijn/haar verzekeraar, geleden schade; in principe naar de maatstaf van de regels en gebruiken van het recht van het land waaronder deze andere partij ressorteert, toch qua aard en omvang van de schadeposten beperkt tot de mogelijkheden van het wettelijk regresrecht van het land van de verzekeraar waarop het regres wordt uitgeoefend.
- 12.7. AZV en MUMC+ verklaren een medische (beroeps)aansprakelijkheidsverzekering te hebben afgesloten en in stand te houden, alsmede erop toe te zien, dat de in dienst van of ten behoeve van hun instelling werkzame artsen en overige beroepsbeoefenaren adequaat zijn verzekerd.
- 12.8. Partijen verklaren te hebben geverifieerd dat de overeengekomen aansprakelijkheidsregelingen door de betrokken verzekeraars zijn aanvaard.
- 12.9. In geval zich een aansprakelijkheidsstelling voordoet in het kader van deze overeenkomst, roepen partijen een “triagecommissie aansprakelijkheid” in het leven, samengesteld door personen die nader deskundig zijn met betrekking tot de beoordeling van de toedracht en de juridische aspecten daarvan. Deze commissie beoordeelt voor partijen en verzekeraars aangelegenheden met betrekking tot het bepaalde in dit artikel en in het bijzonder op welke partij de draagplicht van de schadelast drukt.

Artikel 13: Rapportering, evaluatie en integrale kwaliteitszorg

- 13.1. Partijen zijn verplicht om jaarlijks de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst te evalueren.
- 13.2. MUMC+, AZV en GGD richten een “commissie afdeling pediatrie” op die zal instaan voor de begeleiding van deze overeenkomst. Deze commissie zal bestaan uit de directeur-geneesheer AZV, het hoofd pediatrie AZV, het medisch hoofd pediatrie IC MUMC+, de beleidsadviseur Raad van Bestuur MUMC+ en het hoofd Acute Zorg van de GGD Zuid-Limburg. Samenstelling van deze commissie kan geactualiseerd / aangepast worden.
- 13.3. MUMC+ zorgt voor een 6-maandelijkse rapportering over het aantal en de indicatie van de opname aan AZV en GGD Zuid Limburg.
- 13.4. Partijen zullen evalueren of alle nodige documenten zoals hoger vermeld tijdig en volledig werden overgemaakt.
- 13.5. MUMC+ voert als standaard een ouder-tevredenheidsenquête uit. De resultaten van deze enquête zijn voor partijen opvraagbaar.
- 13.6. De partijen stellen jaarlijks, volgend op in artikel 13.1 vernoemde evaluatie, ten behoeve van de in artikel 3.1 vernoemde nationale overheidsinstanties die bevoegd zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, een evaluatie-verslag op over de uitvoering van het samenwerkingsakkoord.

Artikel 14: Geschillen

- 14.1. Geschillen omtrent de naleving en uitleg van deze overeenkomst worden in eerste instantie besproken in de commissie afdeling pediatrie, en, zo nodig, vervolgens ter beslissing voorgelegd aan de Raden van Bestuur MUMC+ en AZV.
- 14.2. Indien geen oplossing van het geschil wordt bereikt tussen de bestuurlijke organen van partijen, zal een “commissie van bindend adviseurs” worden samengesteld.
- 14.3. Ieder der betrokken partijen tussen wie een geschil bestaat, benoemt een bindend adviseur. De bindend adviseurs benoemen binnen 14 kalenderdagen een onafhankelijke derde die als voorzitter fungeert.

- 14.4. Het bindend advies wordt binnen zes weken na het aanstellen van de door partijen benoemde adviseurs uitgebracht.
- 14.5. Het bepaalde in artikel 14.2. tot en met 14.4. is niet van toepassing op geschillen voortvloeiende uit het bepaalde in artikel 12.
- 14.6. Indien deze procedure genoemd onder 14.1. tot en met 14.5. geen oplossing biedt, dan zijn partijen bevoegd zich te wenden tot de burgerlijke rechter. De vormkeuze wordt bepaald door eisende partij, waarbij het recht dat wordt toegepast het recht van het land is waar het litigieuze voorval heeft plaatsgevonden.

Artikel 15: Looptijd en beëindiging van de overeenkomst

15.1. Deze overeenkomst treedt in werking met ingang van datum van ondertekening, en heeft een looptijd van twee jaar. Tijdig voor het einde van elk jaar zullen de resultaten die tot dan toe zijn bereikt, worden geëvalueerd met het oog op de noodzaak of wenselijkheid tot aanpassing van deze overeenkomst. Indien partijen daartoe besluiten, zal de overeenkomst vervolgens worden verlengd.

15.2. Tussentijdse beëindiging: Iedere partij heeft in de volgende gevallen de bevoegdheid de overeenkomst op te zeggen:

- Bij faillissement van één der partijen.

Na uitspraak van de “commissie van bindend adviseurs”:

- Bij het regelmatig, ondanks schriftelijk aanmaningen, niet voldoen aan de bepalingen van deze overeenkomst;
- Bij opzet of ernstig plichtsverzuim.

Actuele zaken worden naar behoren afgewikkeld en opzegging geschiedt bij aangetekend schrijven en tegen een in de gegeven situatie redelijke termijn, in beginsel drie tot zes maanden.

15.3. Naar analogie met de bepaling van artikel 15.2. kunnen de in artikel 3.1. vernoemde overheidsinstanties hun goedkeuring intrekken.

15.4. In geval van opzegging overeenkomstig artikel 15.1. tot en met 15.3., blijft dit samenwerkingsakkoord van kracht met betrekking tot de vorderingen die voortvloeien uit de toepassing van dit samenwerkingsakkoord.

Aldus overeengekomen en ondertekend op2012,

Namens AZV,
voor akkoord,

Dhr. J.P. Hermans,
Algemeen directeur

Dhr. G. Hermans
Voorzitter

Namens MUMC+,
voor akkoord,

Drs. G.J.H.C.M. Peeters,
Voorzitter Raad van Bestuur

Namens GGD Zuid-Limburg,

Voor akkoord

F.C.W. Klaassen, arts,

Voorzitter directie GGD Zuid Limburg

Namens het Nationaal Intermutualistisch College,

Voor akkoord,

Dhr. M. Justaert

Bijlage 2: Opbouw contract tussen Vlaamse ziekenhuizen en Nederlandse zorgverzekeraars

Deel 1	Individueel deel	
	Opsommingen van de partijen die het contract aangaan	<ul style="list-style-type: none"> a. zorgverzekeraar b. ziekenfonds (cm) c. ziekenhuis d. doel : zorg inkopen
Deel 2	Algemeen deel	
	<p>Art 1 : definities</p> <p>Art 2 : zorg (algemeen, recht op verzekering, weigering, wachttijd, omzetafspraken)</p> <p>Art 3 : kwaliteit van de zorg (opleiding, patiëntbejegening, doelmatigheid, privacy,...)</p> <p>Art 4 : overleg : minstens 1 x per jaar</p> <p>Art 5 : verwijzigingen : doorzenden naar andere specialisten</p> <p>Art 6 : voorschrijfgedrag hulpmiddelen</p> <p>Art 7 : informatie</p> <p>Art 8 : facturatie, administratie en betaling</p> <p>Art 9 : klachtenafhandeling/aansprakelijkheid</p> <p>Art 10 : duur en einde van de overeenkomst</p> <p>Art 11 : geschillen (welke rechtbank)</p> <p>Art 12 : slotbepalingen</p>	
Deel 3	Specifiek deel	
	<p>Totaallijst ziekenhuisverrichtingen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. uitgesloten van het contract b. met toestemming vooraf c. behandelingen die niet onder het contract vallen <p>MACHTIGINGSPROCEDURE</p> <p>CONTROLE VERZEKERINGSGERECHTIGHEID</p>	

Bijlage 3: AZ Sint-Jan Brugge ²⁴⁶

EVOLUTIE AANTAL PATIËNTEN - Sinds de overeenkomsten met de Nederlandse zorgverzekeraars is er een stabiliteit van het aantal Nederlandse patiënten. In de toekomst zal het aantal Nederlandse patiënten waarschijnlijk dalen, aangezien de Nederlandse zorgverzekeraars besparen en de uitstroom van Nederlandse patiënten naar België bijgevolg wensen te beperken.

FUSIE OZ EN CZ - Er was eerst sprake van contracten met het AZ Sint-Jan met de OZ-zorgverzekeraars van Zeeuws-Vlaanderen. De Nederlanders die in deze grensregio woonden hadden geen E-112 formulier nodig en konden zich dus zonder problemen laten behandelen in het AZ Sint-Jan. Deze specifieke contracten met Zeeuws-Vlaanderen zijn vervallen door de fusie van de Zorgverzekeraars met de CZ-verzekeraars. Sinds 2005 werken beiden samen en omdat de samenwerking zo goed verliep werd er besloten om te fuseren. Dankzij de fusie kan er goedkoper zorg worden ingekocht, omdat de CZ-zorgverzekeraars de grote spelers zijn in Nederland. Sinds de fusie zijn ook de contracten tussen het AZ Sint-Jan en de verzekeraars aangepast. Er wordt nu niet meer alleen gecontracteerd met het gebied Zeeuws-Vlaanderen, maar met gans Nederland. Dit betekent dat zowel een patiënt uit Amsterdam als een patiënt uit Sluis onder deze contracten kan worden behandeld in het AZ Sint-Jan.

IMPACT RICHTLIJN - Met de komst van de Richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg hoopt het AZ Sint-Jan dat het geschetste financiële gedeelte zal veranderen. De Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit bepaalt dat er niet meer mag gefactureerd worden aan een buitenlandse patient. In België wordt elke prestatie/act afzonderlijk gehonoreerd. Maar het AZ Sint-Jan merkt dat voor 'eenvoudige ingrepen' geen buitenlandse vraag is. Echter voor zeer gespecialiseerde en innovatieve ingrepen steken de Nederlanders de grens over en komen zij van deze medische zorg hier genieten. Voor deze dure ingrepen kan het AZ niks extra bijrekenen. Voor de Belgische patiënten zijn er dus gemiddelden : kostelijke en minder kostelijke ingrepen.

²⁴⁶ Dr. Hans Rigauts, directeur-generaal, hoofdgeneesheer-directeur AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av

CONCLUSIE - Momenteel worden er nog geen voorbereidingen getroffen in afwachting van de omzetting van de richtlijn 2011/24.

Bijlage 4: Het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk²⁴⁷

LIGGING EN AANBOD - Enkele redenen waarom het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk (ZOL) gecontracteerd heeft met de Nederlandse zorgverzekeraars, zijn de ligging en het aanbod van het ziekenhuis. Zowel Genk als Lanaken zijn gemakkelijk bereikbaar voor de Nederlanders dankzij de geografische ligging en eveneens de nabijheid van de autosnelweg.

Het eerste contract met de zorgverzekeraars dateert al van 2001.

Voor de Nederlandse zorgverzekeraars is het totaalpakket belangrijk en dit is te vinden in het ZOL, aangezien het ziekenhuis een ruim aanbod heeft aan basis- en gespecialiseerde zorgen.

Er is een groot aantal Nederlanders dat verzekerd is in Nederland, maar sneller de weg vindt naar een Belgisch ziekenhuis. Dit is vooral het geval in het noorden van Oost-Limburg.

WACHTLIJSTEN - De belangrijkste reden waarom er wordt gecontracteerd, zijn de lange wachtlijsten in Nederland. Door deze wachtlijsten was er een stroom van Nederlandse patiënten naar onze Belgische ziekenhuizen. Zowel het ZOL als de Nederlandse zorgverzekeraars voeren geen actief verwijsbeleid, dit is nooit het geval geweest. Het kan gezien worden als een optionele opportuniteit.

NADELEN E-112 FORMULIER - Tot voor 2001 bestonden er tussen het ZOL en de Nederlandse zorgverzekeraars nog geen contracten en gebeurde alles via het E-112 formulier. Dit bracht echter enkele nadelen en risico's met zich mee. Vooreerst was er de zware administratieve last. Ook was er een hoog risico dat bepaalde rekeningen niet betaald werden.

De vraag kwam van de zorgverzekeraars om de terugbetaling van de zorg uniform te maken naar Nederlands model, namelijk de rechtstreekse verrekening met de zorgverzekeraars.

²⁴⁷ E. BORMANS, "Grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ervaring met Nederlandse patiënten in het ZOL", in *Studiedag impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid*, Leuven, 16 maart 2012.

Bijlage 5: AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden Knokke²⁴⁸

OVEREENKOMSTEN MET NEDERLAND - Het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden heeft geen overeenkomsten gesloten met buitenlandse ziekenhuizen, echter wel met Nederlandse zorgverzekeraars. Zo kunnen Nederlandse patiënten op een eenvoudigere wijze naar het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden komen voor hun benodigde verzorging. De belangrijkste reden waarom er overeenkomsten zijn gesloten is vooral omdat de bewoners uit de grensstreek korter bij het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden wonen dan bij het dichtsbijzijnde ziekenhuis in Nederland.

CZ, ACHMEA EN MULTIZORG - Er zijn contracten gesloten met drie grote Nederlandse zorgverzekeraars, namelijk het CZ, Achmea en Multizorg. Door deze contracten is er een zeer administratieve vereenvoudiging om verzekerden van deze zorgverzekeraars in het AZ te Knokke te behandelen.

EXTRA PATIËNTEN - Bij de opstart van deze contracten waren er voor verschillende disciplines in Nederland wachtlijsten, waardoor er veel patiënten naar het AZ in Knokke kwamen aangezien ze daar veel sneller behandeld konden worden. Ook kunnen patiënten in Knokke sneller terecht dan in Nederland. In de begin jaren 90 hebben deze contracten dus zeker extra patiënten opgeleverd. Nu is er echter wel een vermindering ten opzichte van toen. Doordat deze overeenkomsten zowel voor de geconventioneerde als de niet-geconventioneerde artsen gelden, zijn deze laatsten niet tevreden. De reden hiervoor is dat zij geen hogere prijs mogen aanrekenen aan de Nederlandse patiënten. De niet-geconventioneerde artsen moeten zich immers houden aan bepaalde tarieven. Ze verdienen dus minder aan een Nederlandse patiënt dan aan een Belgische patiënt.

IMPACT RICHTLIJN - Het is moeilijk in te schatten of de Richtlijn 2011/24 veel veranderingen met zich zal meebrengen voor het AZ Onze-Lieve-Vrouw ter Linden. Het valt ook nog af te wachten hoe de Nederlandse zorgverzekeraars hun bezuinigingsplannen doortrekken naar de buitenlandse zorgaanbieders (voornamelijk dan de ziekenhuizen). Ook heeft de Richtlijn niet echt invloed op de huidige werking binnen het AZ en zijn er nog geen voorbereidingen

²⁴⁸ Gesprek met de heer Hans Torbijn, Diensthoofd patiëntenadministratie VZW Gezondheidszorg Oostkust

getroffen in afwachting van de omzetting van de Richtlijn in Belgische wetgeving.

Bijlage 6: Overzicht van de ZOAST-overeenkomsten²⁴⁹

Overeenkomst	Datum	Ondertekende partijen	Franse ziekenhuizen	Belgische ziekenhuizen
ZOAST THIERACHE	01.05.2000	Gekend onder de noemer Transcards		
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS - Belgische verzekeringsinstellingen - CSF	CH du Pays d'Avesnes - Hôpital Départemental de Felleries Liessies - CH de Fourmies - CH Brisset à Hirson - Hôpital du Nouvion en Thiérache - CH de Vervins - Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	CSF
ZOAST ARDENNES	vanaf 01.01.2008			
	01.01.2012	ARH de Champagne Ardennes – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Dinant – UCL de Mont Godinne – CSF – Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville	CH de Charleville - CH de Sedan - Hôpital local de Fumay - Polyclinique du Parc de Charleville - Clinique du Dr IHoste de Villers Semeuse - HL Nouzonville - CHRU de Reims	CH de Dinant - UCL de Mont Godinne - Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville - CSF (01.01.2009)
ZOAST MRTW-URSA	vanaf 01.04.2008			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis - AZ Groeninge Kortrijk - H.H. ziekenhuis Roeselaere – Menen	CH de Tourcoing - CH de Roubaix - CH de Wattrelos - CH d'Armentières - CHRU de Lille - CH de Bailleul - CH de Hazebrouck	CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis Ieper (01.11.2008) - AZ Groeninge Kortrijk (01.07.2009) - H.H. ziekenhuis Roeselare-Menen Campus Menen (01.04.2009)
ZOAST ARLON-LONGWY	vanaf 01.07.2008			
	01.01.2012	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA	CH Hôtel Dieu Alpha Santé	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA

²⁴⁹ OBSERVATORIUM VOOR PATIËNTENMOBILITEIT, <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf>

ZOAST MONS- MAUBEUGE	vanaf 01.01.2009			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – Belgische verzekeringsinstellingen – CHR de Mons - CHU Ambroise Paré	CH de Sambre-Avesnois - CH dHautmont - CH de Jeumont - CH dAvesnes - Le centre départemental de Fellerie Liessie - La clinique du Parc - La polyclinique du val de Sambre - Le centre de radiodiagnostic Grimm - Le centre de radiothérapie Gray	CHR de MONS - CHU Ambroise Paré

ZOAST TOURNAI- VALENCIENNES	vanaf 01.05.2010			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – CHR de Valenciennes – Belgische verzekeringsinstellingen – CH de Wallonie Picarde (CHWAPI)	CHR de Valenciennes	CHWAPI de Tournai

Bijlage 7: AZ Groeninge Kortrijk

7.1 Krantenartikel dat verschenen is naar aanleiding van de overeenkomst²⁵⁰

AZ Groeninge overschrijdt de Franse grens en kan grensoverschrijdende zorg verstrekken

Op 14 december 2009 ondertekende AZ Groeninge samen met de Katholieke Universiteit Leuven (K.U. Leuven) een raamovereenkomst om grensoverschrijdend samen te werken met het Universitair Ziekenhuis van Rijsel (CHRU de Lille) en de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel (Faculté de Médecine de Lille).

Even kort de verschillende partners voorstellen :

CHRU de Lille is het enige universitair ziekenhuis binnen de Noord-Franse regio Nord-Pas-de-Calais , telt zowat 3.000 bedden en steunt op de expertise en multidisciplinaire bekwaamheid van ongeveer 12.600 medewerkers. CHRU de Lille is voor een bevolking van 4 miljoen inwoners de referentiezorginstelling voor het overgrote deel van de medische,

²⁵⁰ Ontvangen door mevrouw Nathalie Schutyzer, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk

chirurgische en medisch-technische activiteiten. Tevens is CHRU de Lille het lokale ziekenhuis voor de inwoners van de Rijselse metropool. Jaarlijks worden er ongeveer 100.000 patiënten gehospitaliseerd en komen 250.000 patiënten op raadpleging. Reeds meerdere jaren kiest CHRU de Lille voor een verdere kwaliteitsvolle ontwikkeling van zijn activiteiten met als belangrijkste doelstellingen : vernieuwing via wetenschappelijk onderzoek tot stand brengen en zware pathologie, die spitstechnologie, een ver doorgedreven medische gespecialiseerde expertise en multidisciplinaire aanpak vereisen, verzorgen.

De **Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel** staat in voor de opleiding en vorming van nieuwe artsen en specialisten en ondersteunt aldus CHRU de Lille in zijn ontwikkeling van een kwaliteitsvol zorgaanbod. Het partnerschap tussen beide instellingen verstevigt tevens de mogelijkheden op vlak van wetenschappelijk onderzoek. De Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel telt een 10.000-tal studenten.

De **K.U. Leuven** mag zich de oudste universiteit van de Lage Landen noemen. Op 1 februari 2009 telde de K.U. Leuven in totaal 34.840 ingeschreven studenten. De K.U. Leuven profileert zich in Vlaanderen, Europa en de wereld als een onderzoeksintensieve universiteit die in de eerste plaats uitstekende kwaliteit van onderzoek nastreeft.

K.U. Leuven Campus Kortrijk telt een 1.200-tal studenten. K.U. Leuven Campus Kortrijk combineert haar eigen aanpak als opstapcampus met een internationale openheid die in het bijzonder gericht is op de ontwikkeling van het Eurodistrict dat zich ontvouwt rond Rijsel, Kortrijk en Doornik.

AZ Groeninge telt als enig algemeen ziekenhuis van Kortrijk ruim 1.000 bedden en stelt meer dan 2.50 personeelsleden te werk . Ongeveer 200 ziekenhuisartsen oefenen er hun medische activiteit uit. Jaarlijks worden er meer dan 33.000 patiënten gehospitaliseerd. Dankzij zijn omvang kan az groeninge een integrale zorgverlening aanbieden waarbij bijzondere aandacht gaat naar steeds hogere eisen inzake kwaliteit en veiligheid. Sinds mei 2010 is het eerste deel van de nieuwe campus op de Kennedylaan met 380 bedden operationeel.

Het doel van de samenwerking is het ontwikkelen van een duurzaam partnerschap in de grensstreek van het Eurodistrict. Daarmee beogen de partners :

- het tot stand brengen van gezamenlijke medische projecten;
- het ontwikkelen van partnerschappen inzake opleiding, onderwijs en onderzoek;
- het bevorderen en aanmoedigen van de mobiliteit van gezondheidsbeoefenaars;

- het uitwisselen van ervaring en medische competenties.

Binnen het domein van de radiologie en de medische beeldvorming werken onder impuls van dokter Patrick Seynaeve, diensthoofd medische beeldvorming az groeninge, en professor Jean-Pierre Pruvo, diensthoofd radiologie CHRU de Lille, beide medische equipes intussen samen. Deze diensten delen hun opleidingsnoden in de orgaanspecialiteiten, nemen deel aan gezamenlijke pluridisciplinaire overlegmomenten en wisselen hun expertise uit met in de toekomst de mogelijkheid van tele-uitwisseling. Tussen enkele andere diensten van az groeninge en CHRU de Lille lopen verkennende gesprekken om de samenwerking verder concreet vorm te geven.

Door dit partnerschap konden az Groeninge en CHRU de Lille toetreden tot de Georganiseerde Toegangszone tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ). In het Frans-Belgisch grensgebied bestaan verschillende GTGZ-zones. Binnen een dergelijke zone kan een patiënt zich, voor zowel raadplegingen als hospitalisatie, richten tot de ziekenhuizen aan de weerszijden van de landgrens zonder voorafgaande toestemming van zijn ziekenfonds. Franse patiënten uit de grensstreek kunnen hierdoor terecht in az groeninge : op eenvoudig vertoon van hun Carte Vitale en identiteitskaart neemt hun ziekteverzekering de ambulante verzorging en hospitalisatie ten laste op basis van de Belgische tarieven.

Natalie Schutyser

Stafmedewerker netwerkvorming

7.2 Gesprek met mevrouw Nathalie Schutyser, stafmedewerkster networking en strategy van het AZ Groeninge in Kortrijk

Momenteel is het AZ Groeninge niet van plan om deze ZOAST-regeling te wijzigen. Zolang de Richtlijn 2011/24 niet geïmplementeerd is in de Belgische wetgeving, zal het AZ Groeninge geen voorbereidingen treffen naar aanleiding van deze richtlijn. Het AZ Groeninge is van mening dat de oprichting van nationale contactpunten ertoe kan bijdragen dat patiënten passende voorlichting krijgen over alle aspecten van grensoverschrijdende zorg.

Bijlage 8: Het Yan Yperman Ziekenhuis

Jan Yperman doorbreekt grens met Frankrijk

Afgelopen zaterdag zette het Jan Yperman Ziekenhuis een grote stap vooruit in grensoverschrijdende samenwerking met onze zuiderburen.

De conventie wordt een mijlpaal in de samenwerking met Frankrijk. De toegang tot de gezondheidszorg in de regio Frans-Vlaanderen wordt er sterk door vereenvoudigd, de patiëntenadministratie teruggedrongen.

Transcard is het toverwoord. Door de 'carte vitale' van de Franse patiënten in het Jan Yperman Ziekenhuis in te lezen vergemakkelijkt de terugbetaling. Zowel patiënt, huisarts als ziekenfondsen moeten daar wel bij varen. Omgekeerd geldt dat ook voor de Iepse patiënten die naar het Centre Hospitalier d'Armentières trekken. Frankrijk kan vanaf 1 november met hun sis-kaart werken.

Sinds 1 mei 2000 hebben de 150.000 Fransen en Belgen in deze grensstreek toegang tot de instellingen langs beide kanten van de grens. Alles gaat terug tot het einde van de jaren '80. Toen staken het Franse ziekenfonds van het Département du Nord en de christelijke ziekenfondsen in België de koppen bijeen om tot een eerste 'interreg-project' te komen. Dat resulteerde in een grensoverschrijdende samenwerking tussen de ziekenhuizen van Moeskroen en Tourcoing. Mensen met chronische nierinsufficiëntie konden veel dichterbij huis dialyse krijgen in Moeskroen. Omgekeerd waren Belgische patiënten die besmet waren met hiv, sneller af in Tourcoing, dat een wereldreputatie geniet inzake behandeling van infectieziekten.

P. S.

Bron: P.S., Jan Yperman doorbreekt grens met

Frankrijk, *Artsenkrant* 14 oktober 2008.

Geen grenzen voor ziekenhuizen

IEPER

Het Ieperse ziekenhuis Jan Yperman en het Franse Centre Hospitalier d'Armentières gaan nauwer samenwerken. Voor inwoners van de Westhoek en Frans-Vlaanderen wordt het nu mogelijk om zich over de grens te laten verzorgen.

DIETER DUJARDIN

In de schoot van het Europees project Interreg bereikten de Franse en Belgische overheden, mutualiteiten en regionale ziekenhuizen een akkoord over de zogenaamde conventie ZOASTURSA. Deze administratieve vereenvoudiging geldt zowel voor de inwoners van de Westhoek als van de regio's Armentiers, Belle en Duinkerke, maar biedt vooral voordelen voor de Noord-Fransen. Daar is de toegang tot de gezondheidszorg te beperkt.

Lange wachtlijsten

«In Frankrijk is er een groot verschil tussen openbare en privé-ziekenhuizen», zegt directeur Erik Luyckx van Jan Yperman. «Privéziekenhuizen leggen zich alleen toe op winstgevendende toepassingen en zijn bijgevolg erg duur. In de gordel rond Rijsel vind je heel veel van dit soort ziekenhuizen, wat voor lange wachtlijsten zorgt in de weinige openbare klinieken in de regio, zoals in het Centre Hospitalier d'Armentières.»



Vertegenwoordigers van ziekenhuizen, mutualiteiten en overheden ondertekenden zaterdag het akkoord. Foto JVK

Tot nu toe kon je in onze regio alleen over de grens laten verzorgen bij spoedgevallen. Voor de andere toepassingen vormde de administratieve rompslomp bij de terugbetaling door de mutualiteiten een obstakel. Met de conventie ZOASTURSA is dat nu achter de rug.
«Voortaan kunnen wij in Jan Yperman de

'Cartes Vitales' van Franse patiënten kunnen inlezen, in Armentières zullen inwoners van de Westhoek met hun SIS-kaart terecht kunnen. Het akkoord is vooral voordelig voor de Fransen, maar kan ook voor mensen uit bijvoorbeeld Abele of Nieuwkerke handig zijn. Voor Jan Yperman is het voordeel dat de invloedssfeer van het zie-

kenhuis groter wordt», aldus Erik Luyckx. Voor het ondertekenen van het akkoord, stonden er zaterdag nog twee officiële momenten op de agenda in Jan Yperman. De nieuwe materniteit werd plechtig geopend, net als de nieuwe busweg. Die moet een einde maken aan de vele files voor de ingang van het ziekenhuis.

Bron: D. DUJARDIN, Geen grenzen voor ziekenhuizen, *Het Laatste Nieuws* 13 oktober 2008.



De zitting werd opgeluisterd door de veertiende-eeuwse chirurgijn Jehan Yperman en Christine de Ghinnes, de stichteres van het Ieperse Bellegodshuis.
© Bart Vanderbroucke

Ieper Ook minder rompslomp voor Ieperse patiënten in Armentières

Franse patiënten kunnen vlotter in Ypermanziekenhuis terecht

Zaterdag was het dubbel feest in het Jan Ypermanziekenhuis. Enerzijds werd de nieuwe busbaan officieel in gebruik genomen en werden de nieuwe kraamkliniek en het verloskwartier geopend. Anderzijds wordt de samenwerking met het ziekenhuis in Armentières versterkt.

Piet Lesage

Premier Yves Leterme (CD&V), die vlak bij het Ieperse ziekenhuis woont, zegde zaterdag op het laatste mo-

ment af wegens drukke begrotingsbesprekingen in Brussel. De nieuwe busbaan kwam er nadat De Lijn beslist had om de halte te verplaatsen van de ingang van het ziekenhuis naar de Briekestraat, omdat de bussen te veel tijd verloren op het ziekenhuisdomein door fout geparkeerde wagens. Dankzij de nieuwe busbaan kunnen de bussen nu vlot op en af rijden.

Maar het belangrijkste dit weekend was de ondertekening van de conventie, waarbij de gezondheidszorg grensoverschrijdend wordt georganiseerd in een samenwerkingsverband met het Centre Hospitalier d'Armentières in Frans-Vlaanderen.

'De eerste samenwerking dateert al van tien jaar geleden toen er een grensoverschrijdend akkoord werd afgesloten voor nierpatiënten', zegt algemeen directeur Eric Luyckx. 'Dankzij het Europese Interreg-programma kan die samenwerking nu intenser worden. Belangrijk daarbij is de 'Transcard'. Door het inlezen van de 'carte vitale' van de Franse patiënten in ons ziekenhuis, zal de terugbetaling vereenvoudigen en verdwijnt de administratieve rompslomp, zowel voor de patiënt, de huisdokter als de mutualiteiten. Hetzelfde systeem geldt uiteraard voor de Ieperse patiënten die met hun SIS-kaart naar het Centre Hospitalier van Armentières gaan.'

De samenwerking werd officieel bekrachtigd met het ondertekenen van de conventie. De samenwerking omvat ook kennisuitwisseling, informatieverlening aan patiënten, het verbeteren van het tweetalige onthaal van patiënten en gemeenschappelijk onderzoek rond de organisatie en de toegang tot het zorgaanbod op diverse vlakken.

De academische zitting werd opgeluisterd door twee acteurs van de Ieperse Nocturnes, die in de huid kropen van de veertiende eeuwse chirurgijn Jehan Yperman, naar wie het Ieperse ziekenhuis genoemd is, en Christine de Ghinnes, de stichteres van het Ieperse Bellegodshuis.

Bron: P. LESAGE, Franse patiënten kunnen vlotter in Ypermanziekenhuis terecht, *Het Nieuwsblad*, 13 oktober 2008.

Bijlage 9: AZ Sint-Augustinus te Veurne²⁵¹

PARTNERSHIP - Op 31 januari 2006 werd de grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen vier partners, namelijk het CH de Dunkerque, het Koningin Elisabeth Instituut van Oostduinkerke, het AZ Sint-Augustinus Veurne en NUCLERIDIS Dunkerque. Het partnership breidt zich uit met het Hôpital maritime de Zuydcote.

FRANSE PATIËNTEN - Het aantal Franse patiënten in het AZ Sint-Augustinus is minimaal. Dit heeft volgens de algemene directeur de heer Vermeulen te maken met het feit dat de bewoners in de grensstreek nog altijd het liefst in hun bekende omgeving willen blijven. Ook kan de taal een probleem vormen.

IMPACT RICHTLIJN - De komst van de Richtlijn 2011/24 brengt volgens de algemene directeur niet veel voordelen met zich mee. Volgens de heer Vermeulen moet de toegang tot de zorg en de verloning van de artsen eerst en vooral geconcretiseerd zijn voor alle lidstaten. Wanneer alle lidstaten dezelfde normen nastreven, dan pas zal een samenwerking tussen de ziekenhuizen van enig nut zijn.

²⁵¹ Gesprek met de heer Lieven Vermeulen, algemeen directeur AZ Sint-Augustinus Veurne

Bijlage 10: Actualiteit

Kortrijks ziekenhuis rekent patiënten te veel aan

31/07/2013, bron: De Standaard

In Kortrijk rekent het ziekenhuis AZ Groeninge in achtentwintig kamers de prijzen van eenpersoonskamers aan, terwijl het volgens de ombudsman en de ziekenhuiskoepel om veertien tweepersoonskamers gaat. Dat meldt De Standaard in zijn ochtendeditie.

De bal ging aan het rollen toen de ouders van een tweejarig jongetje een hoge ziekenhuisfactuur kregen. Hun zoontje Kas lag in het AZ Groeninge in een ontdeubbelde tweepersoonskamer, een tweepersoonskamer die met een scheidingswand in twee was verdeeld, maar waarbij badkamer en toilet wel gedeeld worden.

Volgens het ziekenhuis is dat een eenpersoonskamer, en mogen dus ereloonsupplementen worden aangerekend.

De ouders stapten naar de ombudsman, die hen gelijk gaf. Ook de ziekenhuiskoepel Icuro volgt de redenering van de ouders. 'In een eenpersoonskamer heb je alle privacy. Je deelt er dus niet het sanitair met iemand anders.'

De ouders kregen het te veel betaalde bedrag inmiddels terugbetaald. Maar dat is volgens het AZ Groeninge geen schuldbekentenis. Het ziekenhuis wijzigt zijn beleid dus niet structureel.

Bron: X, Kortrijks ziekenhuis rekent patiënten te veel aan, *De Standaard* 31 juli 2013.

Discussiepunt: Men kan zich de vraag stellen of dit verenigbaar is met de overeenkomsten die het AZ Groeninge heeft afgesloten? Indien de overeenkomst dit zou verbieden, betekent dit dat de buitenlandse patiënten beter af zijn dan de Belgische patiënten die wel een surplus moeten betalen. In dat opzicht zouden de Belgische patiënten nadeel ondervinden.