

Leidraad voor afsluiten van overeenkomsten inzake patiëntenmobiliteit met buitenlandse zorgactoren

I. Inleiding

Op 4 juni 2007 werd de *Wet tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit* gepubliceerd.¹ Deze wet is in werking getreden op 1 juli 2010. De wet voorziet in de oprichting van een Observatorium voor patiëntenmobiliteit dat als doel heeft maatregelen voor te stellen om de instroom van buitenlandse patiënten te stroomlijnen en erover te waken dat de wachttijden voor Belgische patiënten niet toenemen ingevolge deze instroom. In 2011 is dit Observatorium gestart met haar werkzaamheden.

Eén van de specifieke opdrachten van het Observatorium is “*het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars*” (artikel 4, §2 van de wet van 4 juni 2007). Om deze opdracht naar behoren te kunnen uitvoeren heeft het Observatorium beslist om eerst bij de Belgische ziekenhuizen de bestaande overeenkomsten met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg op te vragen en deze te analyseren. U kan de resultaten van deze analyse nalezen op de websites van de FOD Volksgezondheid of het RIZIV.

Een belangrijke vaststelling na de analyse van de contracten was dat ziekenhuizen vooral aandacht hebben voor het ‘financiële luik’ van de grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten die op gang gebracht wordt door het contract. Dit valt te begrijpen, maar het Observatorium is van mening dat men best ook rekening houdt met andere aspecten verbonden aan grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit, zoals de relatie met de buitenlandse patiënt, het zorgtraject, de gevolgen van de instroom voor het aanbod aan Belgische patiënten, ...

Het Observatorium staat niet alleen met deze mening. In 2005 bracht de *High Level Group on Health Services and Medical Care* een document uit met *Richt snoeren voor de inkoop van behandelingen in het buitenland*. Dit document was het resultaat van een denkoefening onder experts uit alle EU-lidstaten.

Intussen heeft de Europese Unie ook de *Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg* (hierna: Richtlijn 2011/24/EU)², uitgevaardigd. Deze richtlijn legt aan de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt evenals aan zorgverleners (waaronder zorginstellingen begrepen zijn) een aantal verplichtingen op inzake transparantie over prijzen, nabehandeling, patiëntenrechten, aansprakelijkheid, transparantie over kwaliteit,... Overeenkomsten die het verzorgen van patiënten uit de Europese Unie beogen, zullen zeker rekening moeten houden met de bepalingen van deze richtlijn.

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit meent dat ze haar wettelijke opdracht die hierboven werd beschreven het best kan vervullen door de Belgische ziekenhuizen een leidraad aan te bieden die kan gebruikt worden als kader bij het onderhandelen van overeenkomsten met buitenlandse actoren in de gezondheidszorg.

Hierna vindt u dan ook een aantal richtsnoeren die niet-bindend zijn, maar waarvan het Observatorium denkt dat deze toch aandacht verdienen in het licht van een goed beheer van het ziekenhuis, een kwaliteitsvolle zorgverlening en het nieuwe Europeesrechtelijk kader.

¹ Wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit, *B.S.* 25 juli 2007, 39891

² Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, *Pb L* 88/45 van 4 april 2011

II. Richtsnoeren

1. Algemene contractsbepalingen

De contracten leggen best het toepasselijke recht en de bevoegde rechter vast ingeval van een conflict bij de tenuitvoerlegging van de overeenkomst. Er moet verder gespecificeerd worden dat de gezondheidszorg zal worden verstrekt overeenkomstig het wettelijke kader van het land waarin de zorg wordt verstrekt, in casu de Belgische wetgeving. Tot slot zal er moeten nagedacht worden over een clause inzake de looptijd van het contract en de mechanismen voor vernieuwing of beëindiging van het contract.

2. Aansprakelijkheid

Uiteraard zal het internationaal privaatrecht bepalen welk recht moet toegepast worden en welke rechter territoriaal bevoegd is in het geval er zich een rechtszaak voordoet waarbij de aansprakelijkheid omwille van een medische fout beoordeeld wordt. Maar de contracterende partijen moeten er wel voor zorgen dat voor alle in het kader van het contract verleende gezondheidsdiensten een aansprakelijkheidsverzekering of een andere adequate verzekering tegen medische nalatigheid wordt afgesloten. Het vragen van een bewijs van voldoende aansprakelijkheidsverzekering is een goede praktijk. Verduidelijking van het statuut van de zorgverleners ten aanzien van de zorginstelling kan ook belangrijk zijn (Is er sprake van zelfstandige zorgverleners of zijn het werknemers? Is er centrale aansprakelijkheid?). Op grond van de Richtlijn 2011/24/EU hebben zorgverleners trouwens de verplichting om aan de patiënt duidelijke informatie te verschaffen over hun verzekeringsdekking.

3. Zorg

Het 'voorwerp' van het contract wordt bij voorkeur duidelijk vastgelegd: type gezondheidszorg waarop het contract betrekking heeft, aantal beddagen, procedures, diagnose, behandeling,...

Rekening houdend met de bepalingen van Richtlijn 2011/24/EU is het aangewezen dat de contracterende partijen afspraken maken over modaliteiten om patiënten transparantie te verschaffen inzake de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de mogelijke behandelingen, de klachtmechanismen en de vergunnings- en registratiestatus van de zorgverleners en de instelling zelf.

4. Relatie met de patiënt

Uitwisseling van informatie is cruciaal voor een correcte behandeling en de continuïteit van zorg. De uitwisseling zal echter moeten gebeuren met respect voor de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en wat België betreft ook de bepalingen vervat in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De overeenkomst bevat best duidelijke afspraken voor een veilige uitwisseling van de noodzakelijke medische gegevens tussen zorgverleners (en/of patiënt).

Verder valt het aan te raden in het contract een bepaling op te nemen over de verantwoordelijkheid voor duidelijke en begrijpelijke informatieverstrekking aan en communicatie met patiënten in volgende fasen:

- opname: bv. wat de patiënten moeten meebrengen, diagnoseresultaten, ... ;
- behandeling: bv. hoe de patiënten zich moeten voorbereiden, wat zal worden gedaan, ... ;
- reis: bv. hoe de patiënt bij de zorgverlener in een andere land moet geraken, ... ;
- financiering: bv. wat de patiënt of eventueel de verzekeraar naar verwachting zal moeten betalen, ... ;
- follow-up en uitwisseling van informatie met de arts van de patiënt in het land waar de patiënt woont.

Let op, indien het contract esthetische geneeskunde of esthetische chirurgie als onderwerp heeft, dan moet men ook rekening houden met de bepalingen van de wet van 23 mei 2013. Deze wet legt een aantal extra

informatieverplichtingen op, alsook de verplichting om een kostenraming aan de patiënt over te maken.³

5. Vrijwaring van het aanbod

De verantwoordelijkheid voor het vermijden van conflicten tussen de behoeften van binnenlandse patiënten en patiënten uit andere lidstaten ligt bij de contractsluitende partijen en moet vóór het sluiten van het contract in overweging worden genomen. Het opnemen van een vrijwaringsclausule in het contract om een overbevraging van het ziekenhuisaanbod door buitenlandse patiënten te vermijden, is ten zeerste aanbevolen. Een dergelijke vrijwaringsclausule is niet in strijd met Richtlijn 2011/24/EU (zie artikel 4, lid 3, in samenhang met overweging (21) van de Richtlijn 2011/24/EU). Verder zou men er ook aan kunnen denken om in het contract het indicatieve aantal patiënten, behandelingen of procedures waarop het contract betrekking heeft, uitdrukkelijk op te nemen.

6. Financiële afhandeling

Het is niet mogelijk om afwijkende tarieven te hanteren voor Europese burgers. Richtlijn 2011/24/EU bevat op dat vlak een heel duidelijk discriminatieverbod. De overeenkomst dient een clausule te bevatten dat de tarieven van het land waar de zorg verstrekt wordt, i.e. België, van toepassing zijn.

Veelal handelt de andere contracterende partij de administratie af met de patiënt. In dat geval dienen goede afspraken gemaakt te worden over procedures en gegevensuitwisseling. Ook het opmaken van duidelijke facturen speelt hierin een belangrijke rol. Dit laatste punt wordt trouwens uitdrukkelijk geëist door de Richtlijn 2011/24/EU.

Volgende praktische elementen in de financiële afhandeling verdienen zeker aandacht:

- wanneer de betaling zal plaatsvinden: bv. nadat de behandeling heeft plaatsgevonden, wanneer de patiënt terugkeert, regelmatig,...;
- wat deel uitmaakt van de betaling en hoe deze wordt berekend: bv. duur van het ziekenhuisverblijf, procedure, kapitaalkosten, medicatie, overheadkosten,...;
- eigen financiële bijdrage van de patiënt: bv. medicatie, medische apparatuur, maaltijden, telefoonkosten, reiskosten, wijziging van de geplande behandeling,...;
- en regelingen voor begeleidende personen.

³ Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, *B.S.* 2 juli 2013, 41511