

Observatoire
Mobilité des patients

3
1
0
2

Rapport annuel



RIZIV
INAMI



Observatoire de la mobilité des patients

RAPPORT ANNUEL 2013

Table des matières

Avant-propos.....	2
1. <i>Création, composition et missions</i>.....	3
2. <i>Patients étrangers en Belgique</i>	5
3. <i>Rapports d'activités</i>.....	30
3.1 Généralités.....	30
3.2 RHMbis.....	31
3.3 Contrats de soins (fil conducteur).....	32
3.4 Enregistrement des délais d'attente.....	33
4. <i>Conclusion</i>.....	35
Annexe 1 Loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients, version consolidée à la date du 30 avril 2013.....	37
Annexe 2 Composition de l'Observatoire de la mobilité des patients, à la date du 30 avril 2013	40
Annexe 3 Circulaire aux hôpitaux concernant un fil conducteur pour la conclusion de contrats de soins avec des partenaires étrangers.....	42

Avant-propos

L'Observatoire de la mobilité des patients créé par la loi du 4 juin 2007 a pour mission de contrôler l'afflux de patients étrangers dans les hôpitaux belges. Dans le cadre de la libre circulation des patients, il convient d'examiner dans quelle mesure cet afflux pourrait avoir un impact sur l'offre de nos institutions de soins.

Le chapitre 1^{er} décrit les diverses missions de l'Observatoire, parmi lesquelles le dépôt chaque année avant le 1^{er} juillet d'un rapport annuel rédigé par le biais d'une collaboration entre l'INAMI et le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Le chapitre 2 porte sur une actualisation des chiffres ayant trait aux « patients étrangers en Belgique », sur la base du dernier résumé hospitalier minimum disponible pour la période 2009-2011. L'analyse a été prolongée jusqu'à l'année 2011 incluse, dans l'attente du nouvel enregistrement obligatoire RHMBis à partir de 2013.

Le nombre de séjours de patients non-résidents dans les hôpitaux belges est limité : il s'élève à 1,5% pour les hospitalisations classiques et à 1,3% pour les hospitalisations de jour, le nombre le plus élevé provenant de nos pays voisins, à savoir les Pays-Bas (57,4%) et la France (20,5%).

Le chapitre 3 du rapport annuel donne un aperçu des travaux de l'Observatoire au cours de l'année 2013.

L'an dernier, l'Observatoire s'est principalement concentré sur la poursuite et l'implémentation des systèmes d'enregistrement de données développés l'année précédente dans le but de fournir des informations aussi exactes et complètes que possible quant à l'afflux de patients étrangers dans les hôpitaux belges.

Comme annoncé l'an dernier, l'Observatoire s'est attelé à l'élaboration d'un fil conducteur pour les hôpitaux belges ; il peut s'agir d'un instrument pratique durant les négociations avec les acteurs de soins étrangers, ce qui permet de convenir de certains points essentiels au moment de l'admission de patients étrangers.

Le groupe de travail « Enregistrement des délais d'attente » a également enregistré des progrès. Un consensus s'est ainsi dégagé sur la méthodologie à suivre pour le contrôle des listes d'attente dans le cas de certaines interventions et présentations techniques en milieu hospitalier.

Bonne lecture à toutes et tous.

Veuillez agréer l'expression de mes salutations distinguées,

Christiaan Decoster,

Président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Directeur-général de la Direction générale Soins de Santé du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

1. *Création, composition et missions*

La loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients a été adoptée le 4 juin 2007¹ (ci-après : la loi du 4 juin 2007). Cette loi du 4 juin 2007, qui devait initialement entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2008 au plus tard, a été modifiée à plusieurs reprises et n'est finalement entrée en vigueur que le 1^{er} juillet 2010.

La loi du 4 juin 2007, qui est le fruit d'une initiative parlementaire, vise d'une part à éliminer les obstacles qui existent par rapport au traitement des patients étrangers dans les hôpitaux belges (en modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et entre-temps remplacée par la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 – ci-après : la "loi sur les hôpitaux") afin de rationaliser l'afflux de patients étrangers, et d'autre part, à veiller à ce que les délais d'attente ne soient pas allongés pour les patients belges suite à l'afflux des patients étrangers. A cette fin, un Observatoire de la mobilité des patients (ci-après: "l'Observatoire") a été créé auprès de l'INAMI et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE).

L'Observatoire a effectivement commencé ses activités dans le courant de l'année 2011.

Bien que la loi du 4 juin 2007 prévoit que le subventionnement de l'Observatoire soit fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres², il a été décidé que, dans un premier temps, les moyens de fonctionnement de l'Observatoire soient pris en charge par l'Administration (INAMI et SPF SPSCAE).

Les missions dévolues à l'Observatoire selon la loi du 4 juin 2007 sont les suivantes³:

- 1° collecter les données relatives à la mobilité des patients et plus précisément : le nombre de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge qui sont traités dans des hôpitaux belges, le traitement qu'ils y reçoivent, le pays d'origine;
- 2° collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge;
- 3° faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers;
- 4° développer et offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix qui seront proposés par les hôpitaux sur le marché étranger;
- 5° conseiller le Gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification de l'offre médicale et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge.

L'Observatoire a pour mission de collecter des données concernant les patients qui viennent délibérément en Belgique dans le but de s'y faire soigner dans un hôpital belge, mais pas de créer lui-même de nouveaux systèmes d'enregistrement de données. Dans le cadre des missions précitées, la loi prévoit différents flux d'informations et de rapportage depuis et vers l'Observatoire consistant à ce que l'INAMI et le SPF SPSCAE transmettent à l'Observatoire les données dont ils disposent et que celui-ci juge nécessaires⁴.

¹ *Moniteur belge* du 25 juillet 2007.

² Article 4, §4, de la loi du 4 juin 2007.

³ Article 4, §2, de la loi du 4 juin 2007.

⁴ Article 4, §2, alinéas 3 et 5, de la loi du 4 juin 2007.

L'Observatoire se compose d'une représentation des acteurs suivants⁵:

- 1° cinq représentants des organisations représentatives des employeurs et organisations représentatives des travailleurs indépendants ;
- 2° cinq représentants des organisations représentatives des travailleurs salariés ;
- 3° cinq représentants des organismes assureurs ;
- 4° cinq représentants des dispensateurs de soins ;
- 5° un représentant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ;
- 6° un représentant du SPF Sécurité Sociale et Institutions publiques de Sécurité Sociale ;
- 7° un représentant de l'INAMI ;
- 8° un représentant de chaque Ministre régional ou communautaire ayant la Santé publique dans ses attributions ;
- 9° un représentant des Ministres fédéraux ayant la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions⁶.

Comme prévu par la loi, l'Observatoire a choisi un président parmi ses membres⁷: Monsieur Christiaan Decoster, Directeur général Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Finalement, la loi du 4 juin 2007 prévoit encore une dernière mission pour l'Observatoire : déposer chaque année, avant le 1^{er} juillet, un rapport annuel, au Gouvernement et aux Chambres législatives fédérales⁸.

⁵ Article 5 de la loi du 4 juin 2007.

⁶ Un représentant des Ministres fédéraux ayant la Santé Publique et les Affaires Sociales dans leurs attributions n'est prévu qu'à partir d'avril 2013 (Loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), *Moniteur belge* du 29 mars 2013).

⁷ Article 5, alinéa 2, de la loi du 4 juin 2007.

⁸ Article 4, §5, de la loi du 4 juin 2007.

2. *Patients étrangers en Belgique*

Ce chapitre est une mise à jour du rapport rédigé par le Service Data Management de la Direction générale Soins de Santé du SPF SPSCAE et publié dans le rapport annuel 2012 de l'Observatoire.

Les chiffres présentés ici concernent principalement les trois dernières années disponibles dans la banque de données RHM, soit 2009-2011.

Dans l'attente des données supplémentaires RHMBis conformément au nouvel enregistrement obligatoire à partir du RHM 2013, l'analyse a été prolongée jusqu'au RHM 2011 inclus.

Le RHM permet de distinguer les séjours de patients non-résidents des patients résidents, de même que les pays de domicile des non-résidents. Pour l'évolution du nombre de séjours, l'année 2008 a également été prise en considération.

Les sélections ont été faites sur les séjours classiques (inpatients : A2_HOSPTYPE_FAC='H') et de jour (day-cases : A2_HOSPTYPE_FAC= 'C' or 'D'), en excluant les séjours d'urgence ou les séjours de longue durée et aussi les séjours dans des hôpitaux de réhabilitation.

Dans ce chapitre figurent des tableaux, des figures et des cartes montrant :

- l'évolution 2008-2011 du nombre de séjours de non-résidents et de résidents ;
- les principaux pays où sont domiciliés les non-résidents ayant séjourné dans un hôpital belge, de même que l'évolution 2008-2011 du nombre de séjours de non-résidents par pays de domicile ;
- la distribution par âge et par sexe (2009-2011) pour les résidents et les non-résidents ;
- la liste des affections les plus fréquentes (2009-2011) pour lesquelles viennent se faire hospitaliser les non-résidents, en fonction de catégories de diagnostics (diagnostics principaux) ;
- la répartition géographique (2009-2011) par arrondissement d'hôpital pour les non-résidents en fonction du type d'hospitalisation et de la catégorie de diagnostic principal ;
- la liste des interventions les plus fréquentes qu'ont subies les patients non-résidents hospitalisés en Belgique (2009-2011).

Tableau 1. Nombre de séjours et nombre de journées en hospitalisation classique, nombre de séjours en hospitalisation de jour, chez les résidents et les non-résidents, RHM 2008-2011.

année	Nbr séjours classiques				Nbr journées classiques				Nbr séjours de jour			
	Non-résident		résident		Non-résident		résident		Non-résident		résident	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2008	27541	1,5	181615	98,2	16144	1,0	1399614	98,0	1931	1,3	151718	98,7
2009	27663	1,5	182963	98,7	15863	1,3	1379039	98,7	1972	1,2	159571	98,8
2010	29351	1,6	185101	98,1	16463	1,3	1373551	98,4	2379	1,3	180720	98,7
2011	28833	1,5	186124	98,5	15737	1,6	1369201	98,7	2430	1,3	190719	98,7
total	113388	1,5	735804	98,5	64208	1,2	5521406	98,7	87135	1,3	682729	98,7

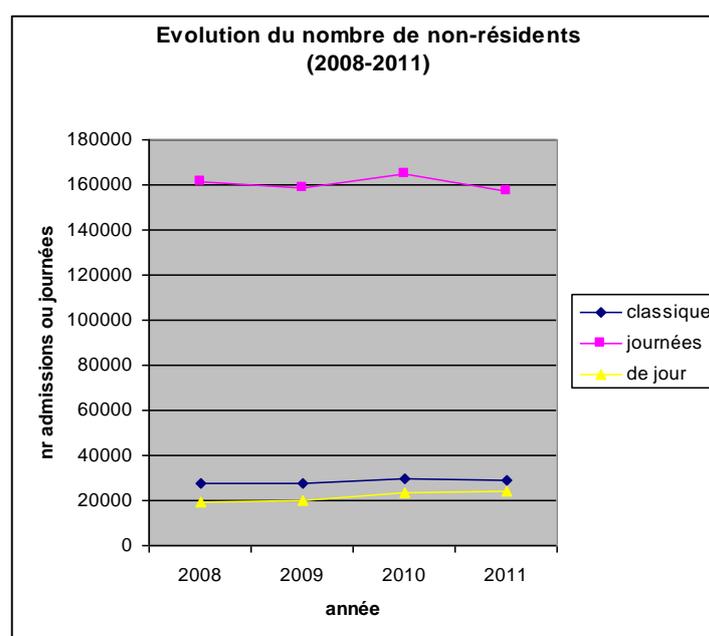


Figure 1. Evolution du nombre d'admissions et de journées en classique, et d'admissions de jour chez les non-résidents, Belgique, RHM 2008 – 2011.

De 2008 à 2011 chez les non-résidents, le nombre de séjours classiques (inpatients) a augmenté de 1292 et le nombre de séjours de jour (day-cases) de 4985. Le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 4064. Le pourcentage des séjours et des journées d'hospitalisation de non-résidents par rapport au total des séjours et au total des journées est resté stable (1,5% et 1,6%, voir tableau 1 et figure 1) en hospitalisation classique (résidents et non-résidents ensemble). En hospitalisation de jour, ce pourcentage a oscillé entre 1,2% et 1,3%. Cette stabilisation du pourcentage de séjours de non-résidents était déjà observée pour la période 2004-2006.

Tableau 2. 10 pays les plus fréquents : non-résidents, par pays de résidence, hospitalisation classique et de jour, RHM 2008-2011.

Pays de résidence	classique	de jour	Total	
	N	N	N	%
PAYS-BAS	62041	53388	115429	57,4
FRANCE	23572	17681	41253	20,5
GRAND-DUCHE LUXEMBOURG	5311	3852	9163	4,6
GRANDE BRETAGNE	2626	2657	5283	2,6
ITALIE	4135	1143	5278	2,6
ALLEMAGNE	2847	2319	5166	2,6
ESPAGNE	1533	1054	2587	1,3
POLOGNE	1300	393	1693	0,8
ROUMANIE	754	304	1058	0,5
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	677	286	963	0,5
Total (tous pays)	113388	87695	201083	100

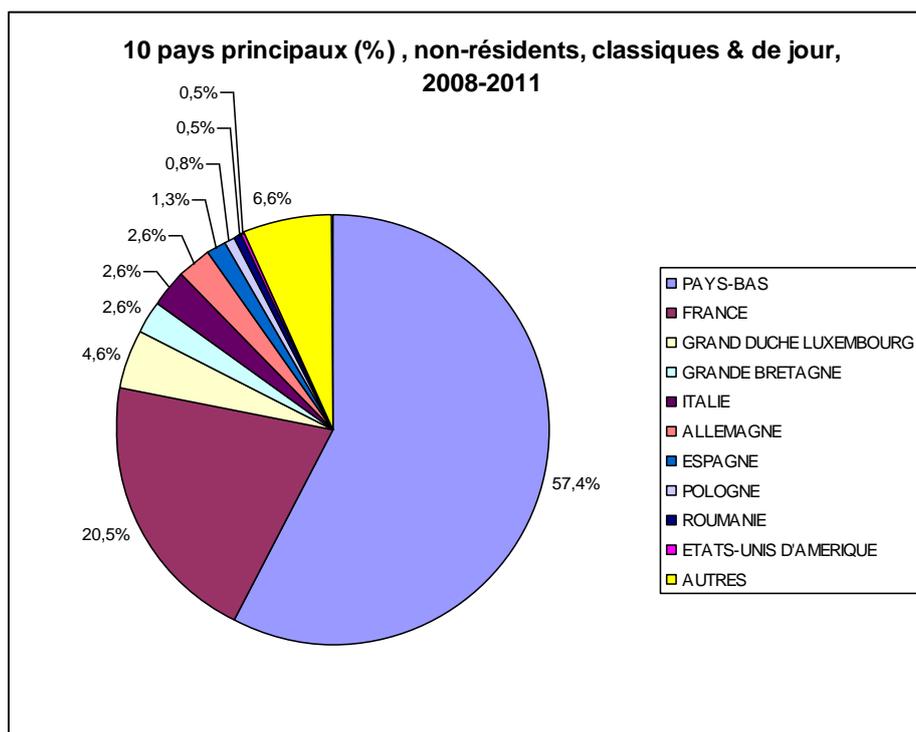


Figure 2. Pie-chart des 10 pays principaux, non-résidents, séjours classiques et de jour, Belgique, RHM 2008-2011.

Tableau 3. Evolution du nombre de non-résidents (séjours classiques et de jour) en provenance de pays voisins, RHM 2008-2011.

Pays	2008	2009	2010	2011
Allemagne	1243	1252	1402	1269
France	8474	9359	11448	11972
Grande-Bretagne	1569	1263	1285	1161
GD Luxembourg	2304	2182	2348	2329
Pays-Bas	27332	27734	30705	29658
Total	40922	41790	47188	46389

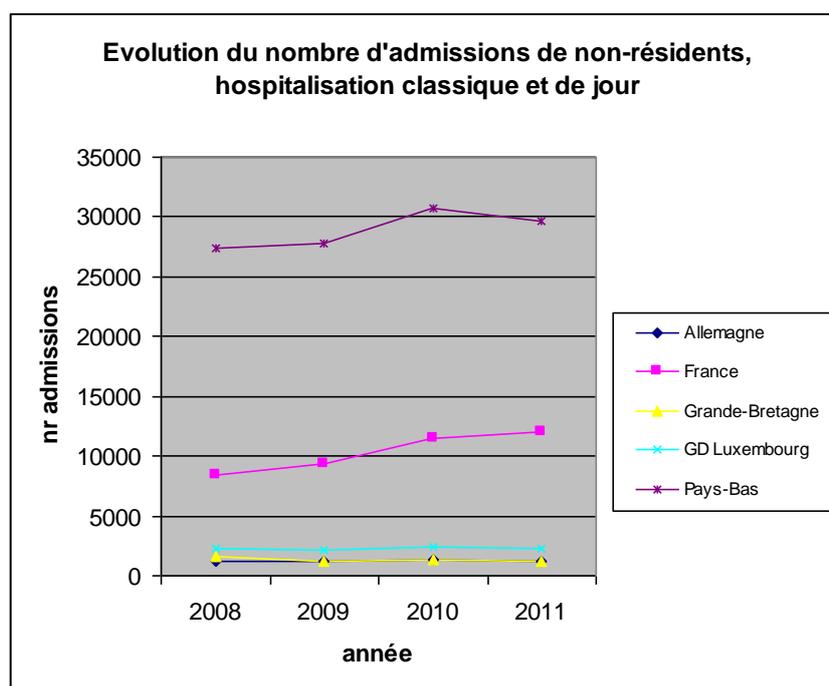
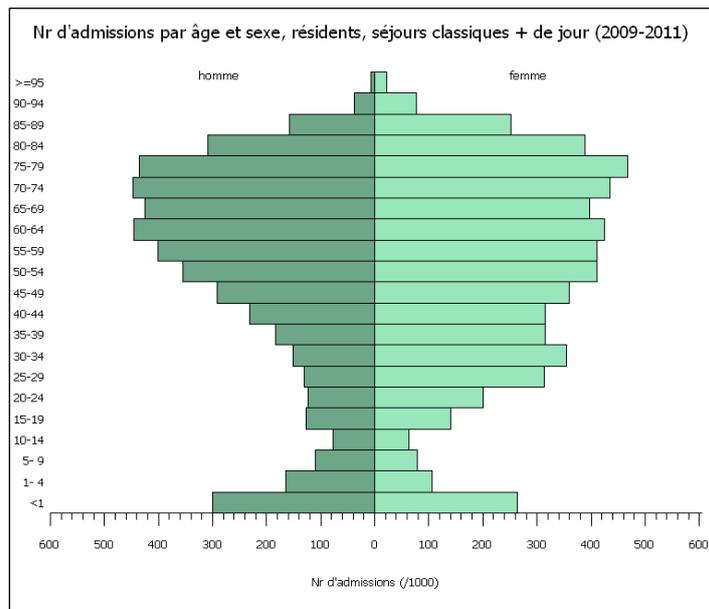
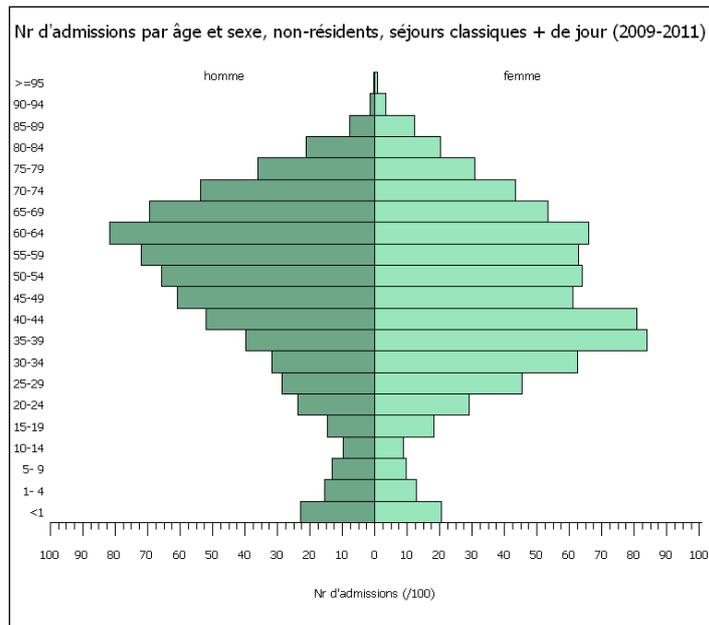


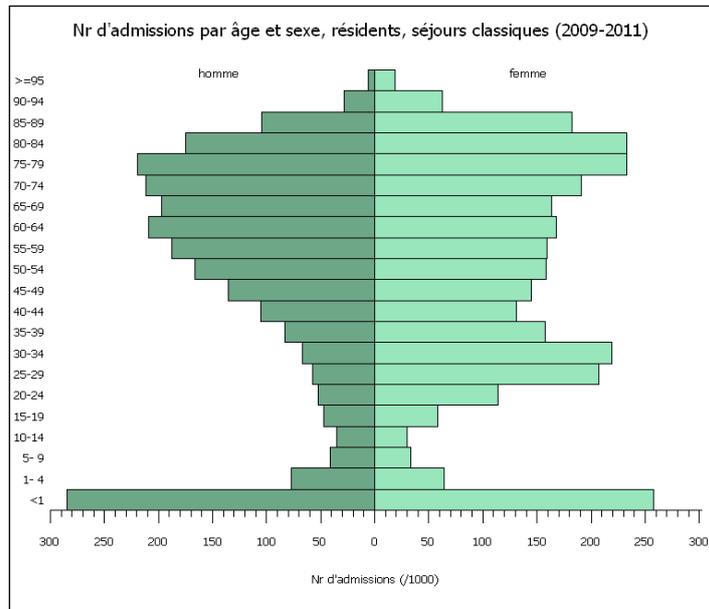
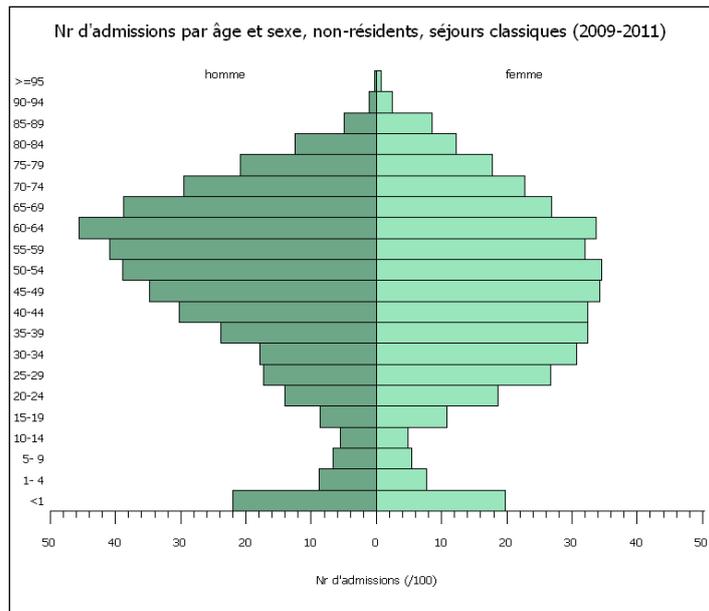
Figure 3. Evolution du nombre de non-résidents (séjours classiques et de jour) en provenance de pays voisins, Belgique, RHM 2008-2011.

La plupart des non-résidents qui viennent se faire soigner en Belgique sont domiciliés dans l'un des 10 pays représentés sur le tableau 2 et la figure 2. Les séjours hospitaliers de ces patients constituent 93,4% du total des séjours de non-résidents. Sans surprise, les pays voisins de la Belgique sont parmi les plus représentés, en particulier les Pays-Bas (57,4%) et la France (20,5%). On notera la présence, sur la liste du "Top 10", de la Pologne et de la Roumanie, sans doute une conséquence de la migration temporaire. Le nombre de séjours de patients domiciliés aux Pays-Bas qui était en augmentation jusqu'en 2010, diminue en 2011. Néanmoins, le nombre de séjours est passé de 27332 à 29658 séjours entre 2008 et 2011 (tableau 3 et figure 3).



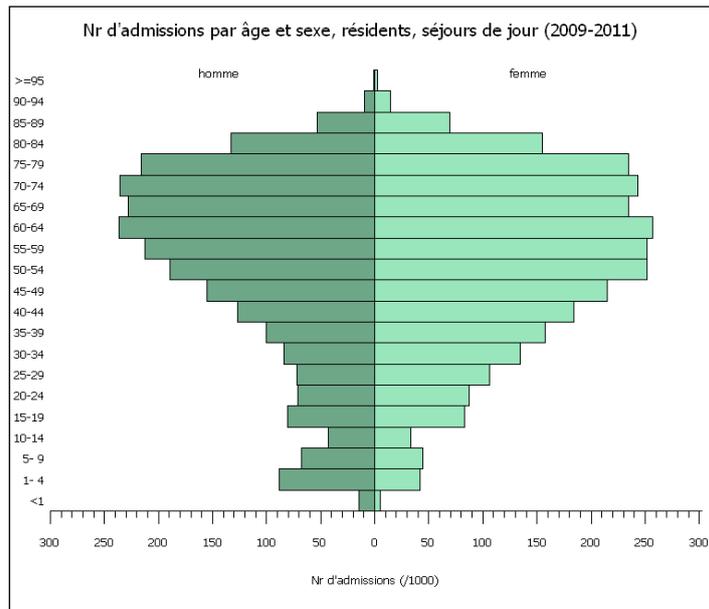
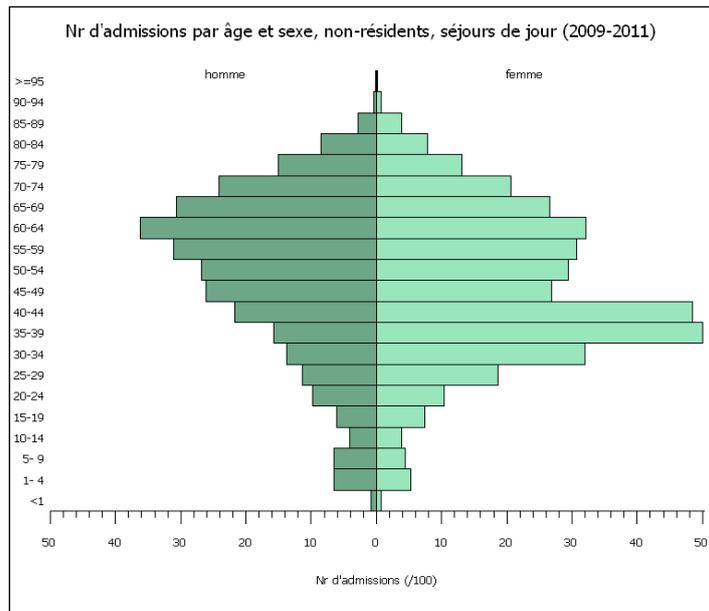
Figures 4 & 5. Nombre d'admissions classiques et de jour, chez les non-résidents et les résidents en Belgique, sexe et classe d'âge, Belgique, RHM 2009-2011.

La distribution par âge et par sexe pour tous les séjours (classiques et de jour) présente quelques différences entre non-résidents et résidents, notamment pour la tranche d'âge 35-39 et 40-44 chez les femmes, et les tranches d'âge <math><1</math> an, 70-74, 75-79 et 85-89 ans tant chez les hommes que les femmes (figures 4 & 5). A noter que les séjours peuvent être des réadmissions.



Figures 6 & 7. Nombre d'admissions classiques, chez les non-résidents et les résidents en Belgique, sexe et classe d'âge, Belgique, RHM 2009-2011.

Les différences sont également notoires entre la distribution par âge et sexe entre les séjours classiques de non-résidents et de résidents, notamment chez les femmes et chez les hommes pour les classes d'âge <1, 70-74 et 75-79 ans, de même que chez les femmes pour les classes d'âge 35-39, 40-44, 80-84 et 85-89 ans (figures 6 et 7). Rappelons que les séjours peuvent aussi être des réadmissions.



Figures 8 & 9. Nombre d'admissions de jour, chez les non-résidents et les résidents en Belgique, sexe et classe d'âge, RHM 2009-2011.

Les Figures 8 et 9 montrent également de notables différences entre les séjours (y compris les réadmissions, comme dans le cas des chimio- et radiothérapies) de non-résidents et de résidents, en particulier chez les hommes âgés de moins de 20 ans et de plus de 70 ans, et chez les femmes âgées de plus de 30 ans.

Tableau 4. Nombre de séjours classiques et de jours chez les non-résidents et les résidents par chapitre ISHMT, RHM 2009-2011.

Catégorie de diagnostic ISHMT	Classique				De jour			
	Origine							
	non-résident		résident		non-résident		résident	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0100	1517	1,1	134978	98,9	221	0,9	25379	99,1
0200	5707	1,5	364232	98,5	4297	1	435599	99
0300	446	0,9	47371	99,1	1010	0,8	126489	99,2
0400	5470	3,1	170653	96,9	410	1,1	36770	98,9
0500	1002	0,8	119121	99,2	276	1,8	15400	98,2
0600	3691	1,3	276274	98,7	3113	1,2	256680	98,8
0700	959	2,3	41170	97,7	4423	1,2	377133	98,8
0800	586	1,7	34148	98,3	549	0,7	83179	99,3
0900	10332	1,6	649186	98,4	2981	1,8	164049	98,2
1000	3491	0,8	430676	99,2	1024	0,7	138344	99,3
1100	6683	1,3	526665	98,7	5871	0,8	718234	99,2
1200	598	1,3	44185	98,7	340	0,7	48326	99,3
1300	14101	3	461898	97	11176	1,4	804433	98,6
1400	3882	1,3	295852	98,7	3812	1,5	247193	98,5
1500	3707	0,8	439517	99,2	658	1,1	60086	98,9
1600	217	1,4	15331	98,6	7	0,6	1222	99,4
1700	1370	4,6	28167	95,4	426	1,3	32996	98,7
1800	2657	1,2	222468	98,8	1175	1,1	104638	98,9
1900	10886	2	522306	98	3817	2,1	178466	97,9
2100	8545	1,2	717695	98,8	22659	1,5	1488489	98,5
total	85847	1,5	5541893	98,5	68245	1,3	5343105	98,7

0100 = Certain infectious and parasitic diseases ; 0200 = Neoplasms ; 0300 = Diseases of the blood and bloodforming organs and certain disorders involving the immune mechanism ; 0400 = Endocrine, nutritional and metabolic diseases ; 0500 = Mental and behavioural disorders ; 0600 = Diseases of the nervous system ; 0700 = Diseases of the eye and adnexa ; 0800 = Diseases of the ear and mastoid process ; 0900 = Diseases of the circulatory system ; 1000 = Diseases of the respiratory system 1100 = Diseases of the digestive system ; 1200 = Diseases of the skin and subcutaneous tissue ; 1300 = Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue ; 1400 = Diseases of the genitourinary system ; 1500 = Pregnancy, childbirth and the puerperium ; 1600 = Certain conditions originating in the perinatal period ; 1700 = Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities ; 1800 = Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified ; 1900 = Injury, poisoning and certain other consequences of external causes ; 2100 = Factors influencing health status and contact with health services

Le tableau 4 donne, pour les hospitalisations classiques et de jour, le nombre et le pourcentage de séjours pour les patients non-résidents et résidents. Les catégories de diagnostics utilisés ici sont reprises de la liste des "chapitres" ISHMT (voir ci-dessus la « short list ») et basées sur l'extraction de codes ICD-9-CM de diagnostics principaux. Les nombres bruts ont leur utilité pour des analyses économiques ou administratives (gestion), tandis que les pourcentages donnent la possibilité de comparaisons internationales. Les différences de pathologies entre non-résidents et résidents peuvent, en partie, être dues à des différences de structure d'âge et de sexe, en plus de raisons d'offre de soins (que nous ne pouvons, dans cette étude, mettre en évidence) ou d'assurabilité (que nous n'avons pas étudiée dans cette courte étude).

Tableau 5. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitres ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques uniquement, RHM 2009-2011.

Code chapitre ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	Proportion séjours sur total des chapitres ISHMT**
1300	Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif	14101	476002	3.0	16.4
1900	Lésions, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	10886	533196	2.0	12.7
0900	Maladies du système circulatoire	10332	659518	1.6	12.0
2100	Facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	8545	726251	1.2	10.0
1100	Maladies du système digestif	6683	533355	1.3	7.8
0200	Néoplasmes	5707	369940	1.5	6.6
0400	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5470	176123	3.1	6.4
1400	Maladies du système genito-urinaire	3882	299735	1.3	4.5
1500	Grossesse, naissance et puerperium	3707	443235	0.8	4.3
0600	Diseases of the nervous system	3691	279966	1.3	4.3

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / 85847) x 100. Ici 85847 correspond au total des séjours de non-résidents en hospitalisation classique pour le chapitre, comme figurant dans la ligne du total du tableau 4.

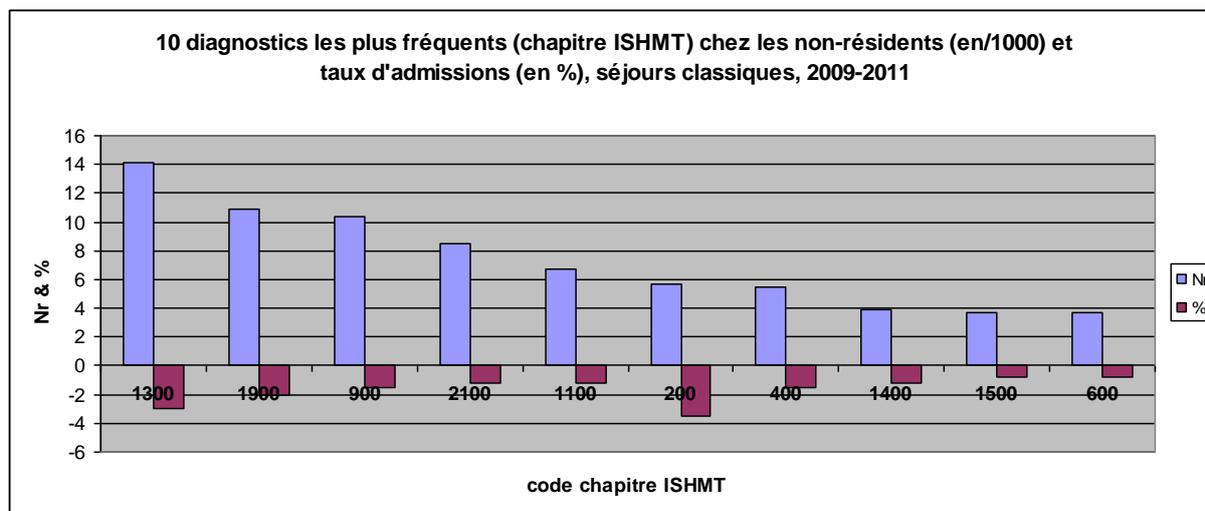


Figure 10. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents, séjours classiques, RHM 2009-2011.

Le tableau 5 et la figure 10 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents ("chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours classiques (inpatients), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur la figure 10, le nombre de séjours est exprimé en nombre pour 1000, et les pourcentages sont exprimés en négatif pour figurer sur le même graphique. Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (code 0400) et du système locomoteur/tissu conjonctif (code 1300) ont les taux de séjours (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés. Les groupes 1300, 1900, 0900 et 2100 représentent plus de 50% des séjours hospitaliers de non-résidents pour les chapitres ISHMT.

Tableau 6. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, RHM 2009-2011.

Code chapitre ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	Proportion séjours sur total des chapitres ISHMT**
2100	Facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	22659	1511149	1,5	33
1300	Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif	11176	815611	1,4	16
1100	Maladies du système digestif	5871	724109	0,8	8,6
0700	Maladies des yeux et des annexes	4423	381556	1,2	6,5
0200	Néoplasmes	4297	439897	1	6,3
1900	Lésions, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	3817	182284	2,1	5,6
1400	Maladies du système genito-urinaire	3812	251007	1,5	5,6
0600	Maladies du système nerveux	3113	259793	1,2	4,6
0900	Maladies du système circulatoire	2981	167030	1,8	4,4
1800	Symptômes, signes et anomalies cliniques et de laboratoire, non classifiés ailleurs	1175	105814	1,1	1,7

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / 68245) x 100. Ici 68245 correspond au total des séjours de non-résidents en hospitalisation de jour pour le chapitre, comme figurant dans la ligne du total du tableau 4.

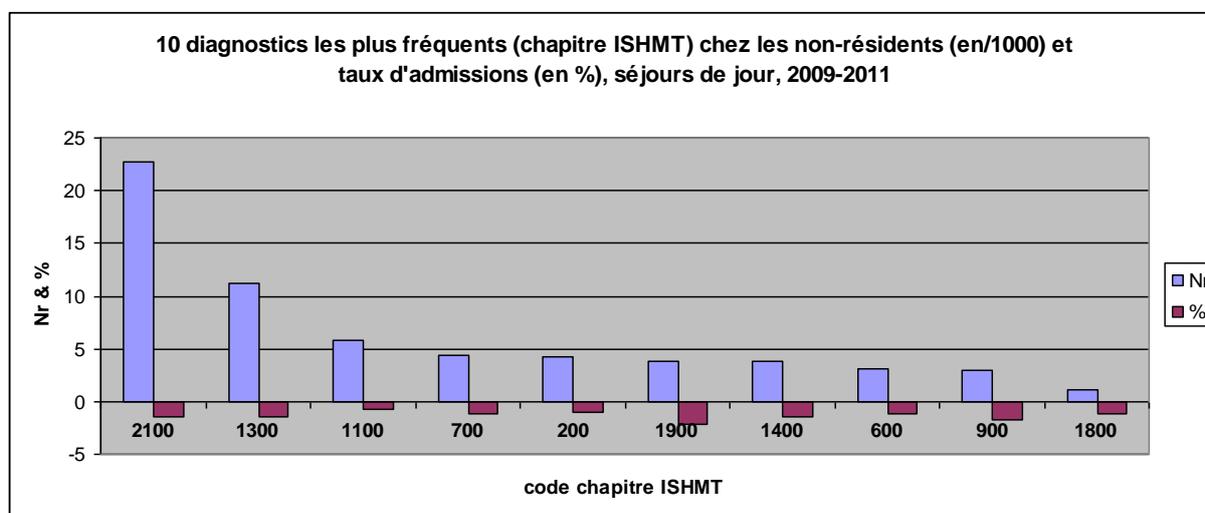


Figure 11. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents, séjours de jour, RHM 2009-2011.

Le tableau 6 et la figure 11 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents ("chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours de jour (day-cases), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur la figure 11, le nombre de séjours est exprimé en nombre pour 1000, et les pourcentages sont exprimés en négatif. Les maladies du système circulatoire (code 0900) et les affections liées aux blessures, empoisonnement et autres causes externes (code 1900) ont les taux de séjours (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés. Les groupes 2100 et 1300 représentent pratiquement 50% des séjours hospitaliers de non-résidents pour les chapitres ISHMT.

Tableau 7. 10 catégories de diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, RHM 2009-2011.

Code ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	Proportion séjours sur total des chapitres ISHMT**
0402	Autres affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5021	118382	4,2	5,8
1307	Lésions des disques intervertébraux	4344	89597	4,8	5,1
1906	Autres lésions	3477	168338	2,1	4,1
1909	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non spécifiés ailleurs	3255	116950	2,8	3,8
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	3161	183271	1,7	3,7
0904	Autres maladies cardiaques ischémiques	2779	120352	2,3	3,2
2103	Enfants nés vivants selon endroit de naissance (nouveau-nés sains)	2756	381170	0,7	3,2
0209	Autres néoplasmes malins	2652	123680	2,1	3,1
0605	Autres affections du système nerveux	2595	192262	1,3	3
1503	Complications de la grossesse, principalement dans la période anténatale	2296	250982	0,9	2,7

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des chapitres (correspond au total des séjours de non-résidents en hospitalisation classique pour le chapitre, comme figurant dans la ligne du total du tableau 4).

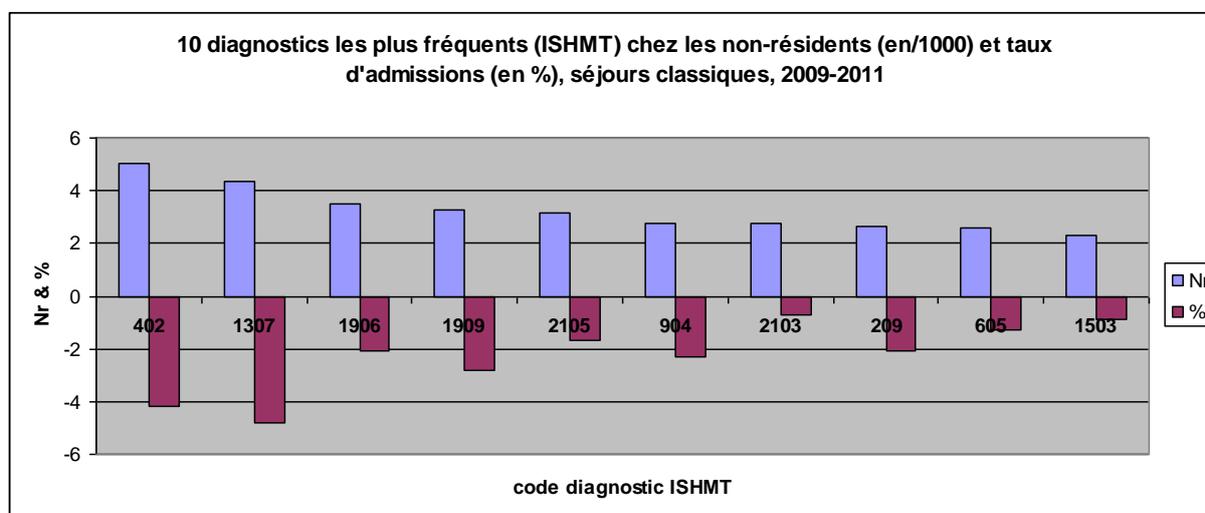


Figure 12. 10 catégories de diagnostics les plus fréquents (codes ISHMT), non-résidents, séjours classiques, RHM 2009-2011.

Le Tableau 7 et la figure 12 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents (codes ISHMT à granularité plus élevée que celle des "chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours classiques (inpatients), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur la figure 12, le nombre de séjours est exprimé en nombre pour 1000 et les pourcentages sont exprimés en négatif pour figurer sur le même graphique. Les diagnostics du groupe 0402 (affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques) et 1307 (lésion des disques intervertébraux) ont les taux de séjours (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés.

Tableau 8. 10 catégories de diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, RHM 2009-2011.

Code ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	Proportion séjours sur total des chapitres ISHMT**
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	11581	380628	3	17
2104	Autres soins médicaux (y compris sessions de radio- et chimiothérapie)	10587	1066636	1	16
0701	Cataracte	3477	319724	1,1	5,1
0605	Autres maladies du système nerveux	2897	234438	1,2	4,2
1303	Désordre interne du genou	2354	104567	2,3	3,4
1906	Autres lésions	2291	106597	2,1	3,4
1307	Lésions du disque intervertébral	2102	210709	1	3,1
1101	Désordres dentaires	2026	343948	0,6	3
1308	Dorsalgie	1837	131447	1,4	2,7
0209	Other malignant neoplasms	1688	130118	1,3	2,5

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des chapitres (correspond au total des séjours de non-résidents en hospitalisation de jour pour le chapitre, comme figurant dans la ligne du total du tableau 4).

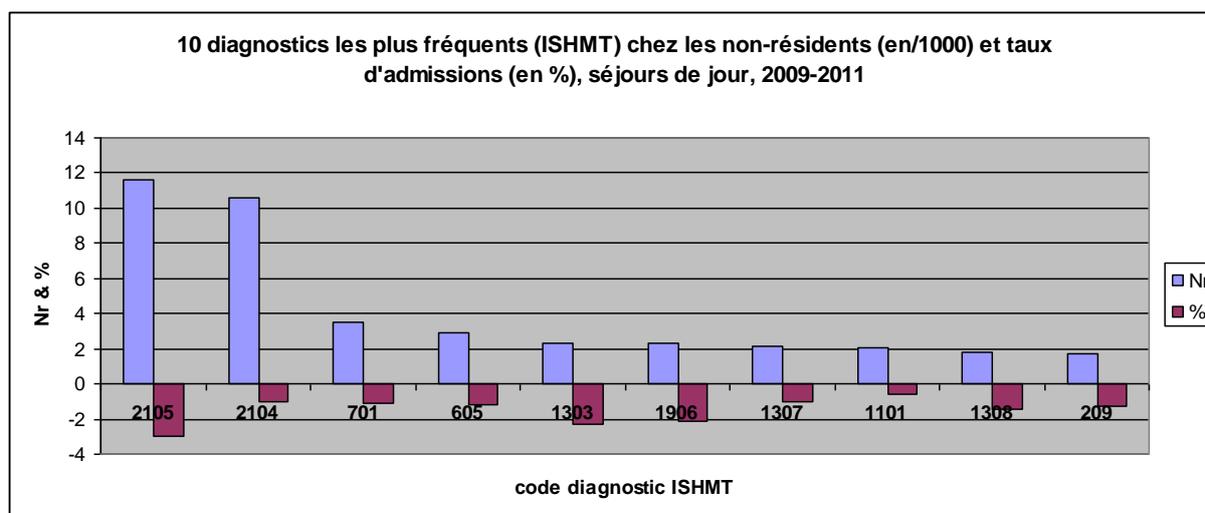
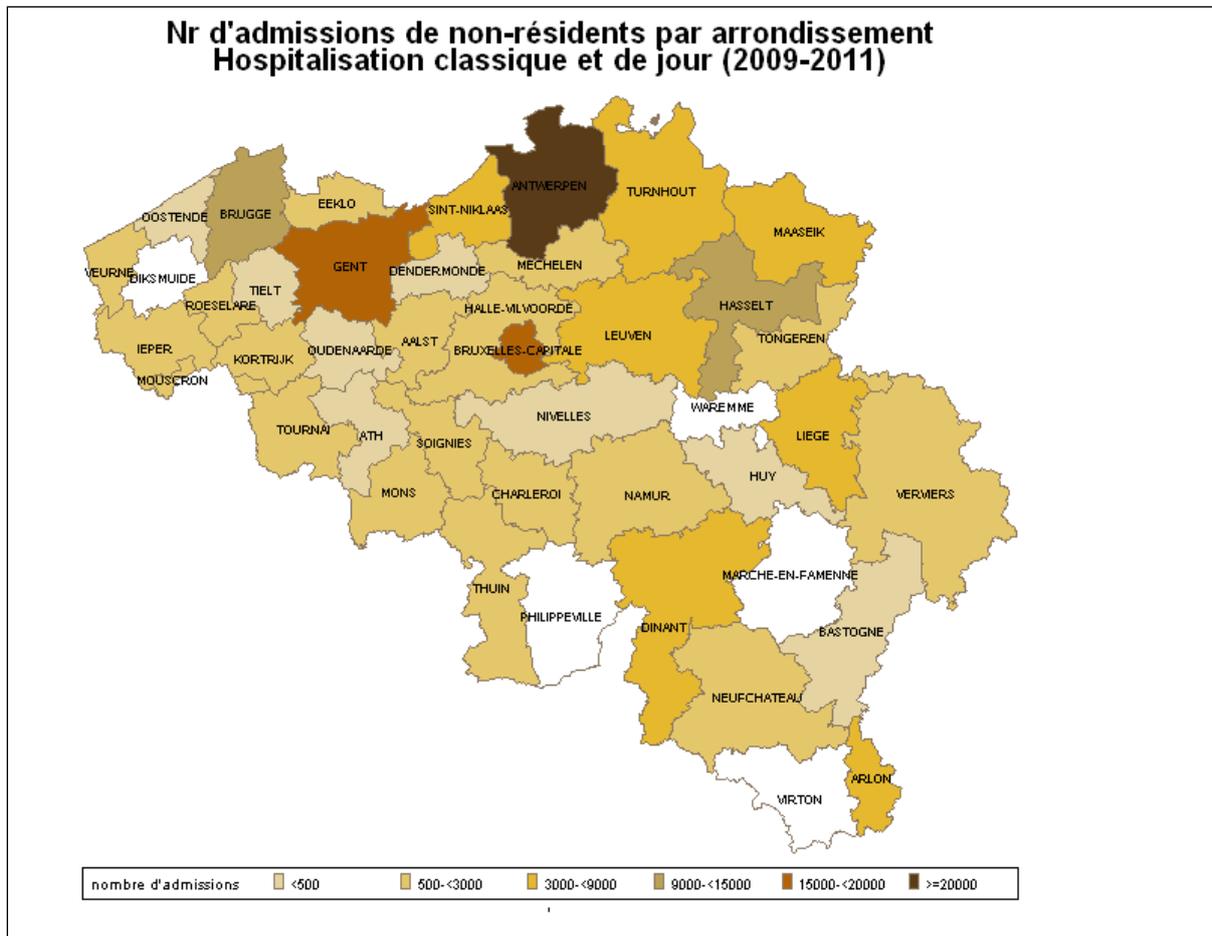


Figure 13. 10 catégories de diagnostics les plus fréquents (codes ISHMT), non-résidents, séjours de jour, RHM 2009-2011.

Le tableau 8 et la figure 13 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents (codes ISHMT à granularité plus élevée que celle des "chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours de jour (day-cases), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur la figure 13, le nombre de séjours est exprimé en nombre pour 1000 et les pourcentages sont exprimés en négatif pour figurer sur le même graphique. Les diagnostics du groupe 2105 (autres affections influençant l'état de santé) et 2104 (autres soins médicaux, y compris sessions de radiothérapie et chimiothérapie) ont les taux de séjours (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés. Les groupes 2105 et 2104 représentent plus de 30% des séjours hospitaliers de non-résidents en ce qui concerne les diagnostics avec codes ISHMT.

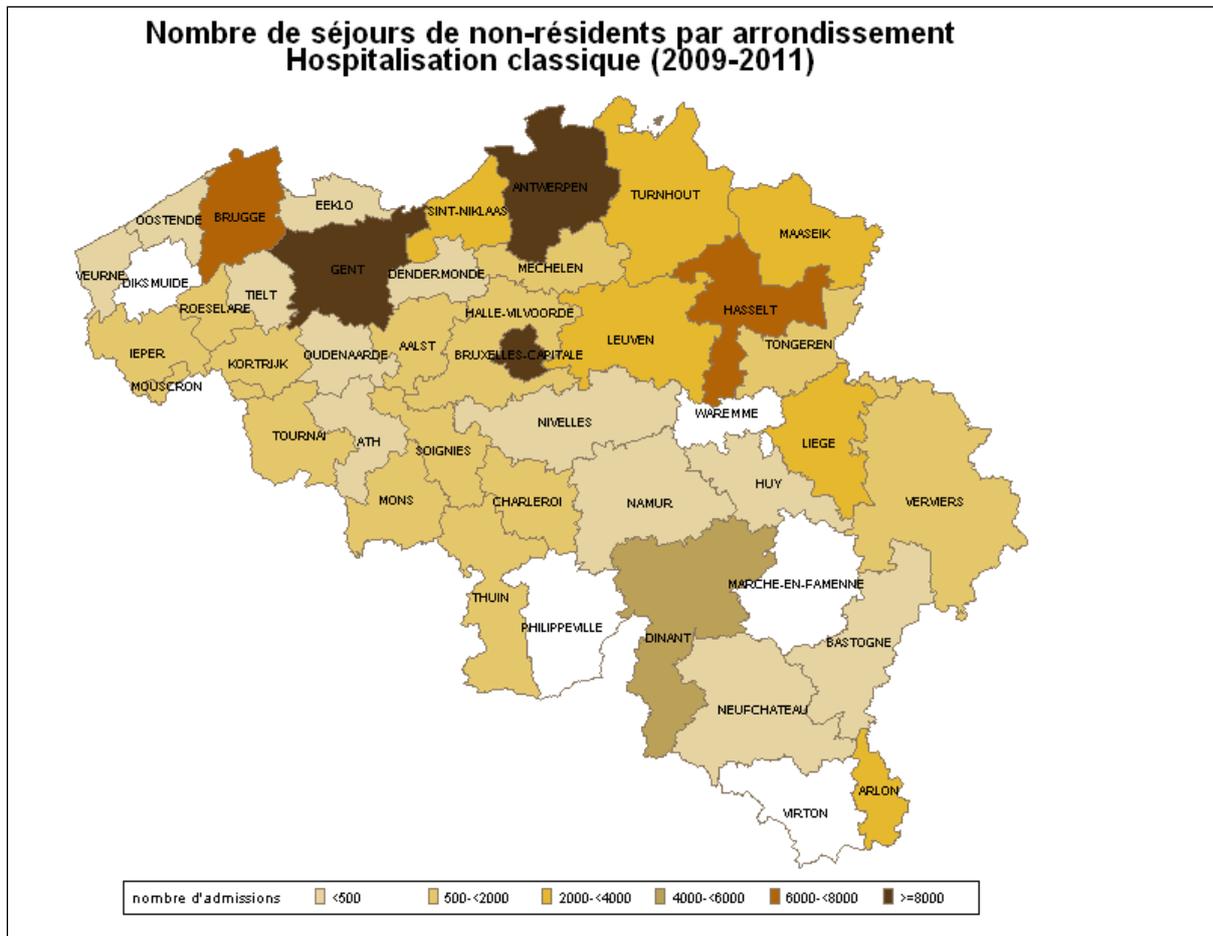


Carte 1. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique et de jour, RHM 2009-2011.

La carte 1 illustre la répartition géographique du nombre de séjours hospitaliers totaux (classiques et de jour) dans le cas des patients non-résidents. Il s'agit ici d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients.

Plus un arrondissement présente une couleur de tonalité foncée, plus le nombre de séjours hospitaliers est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

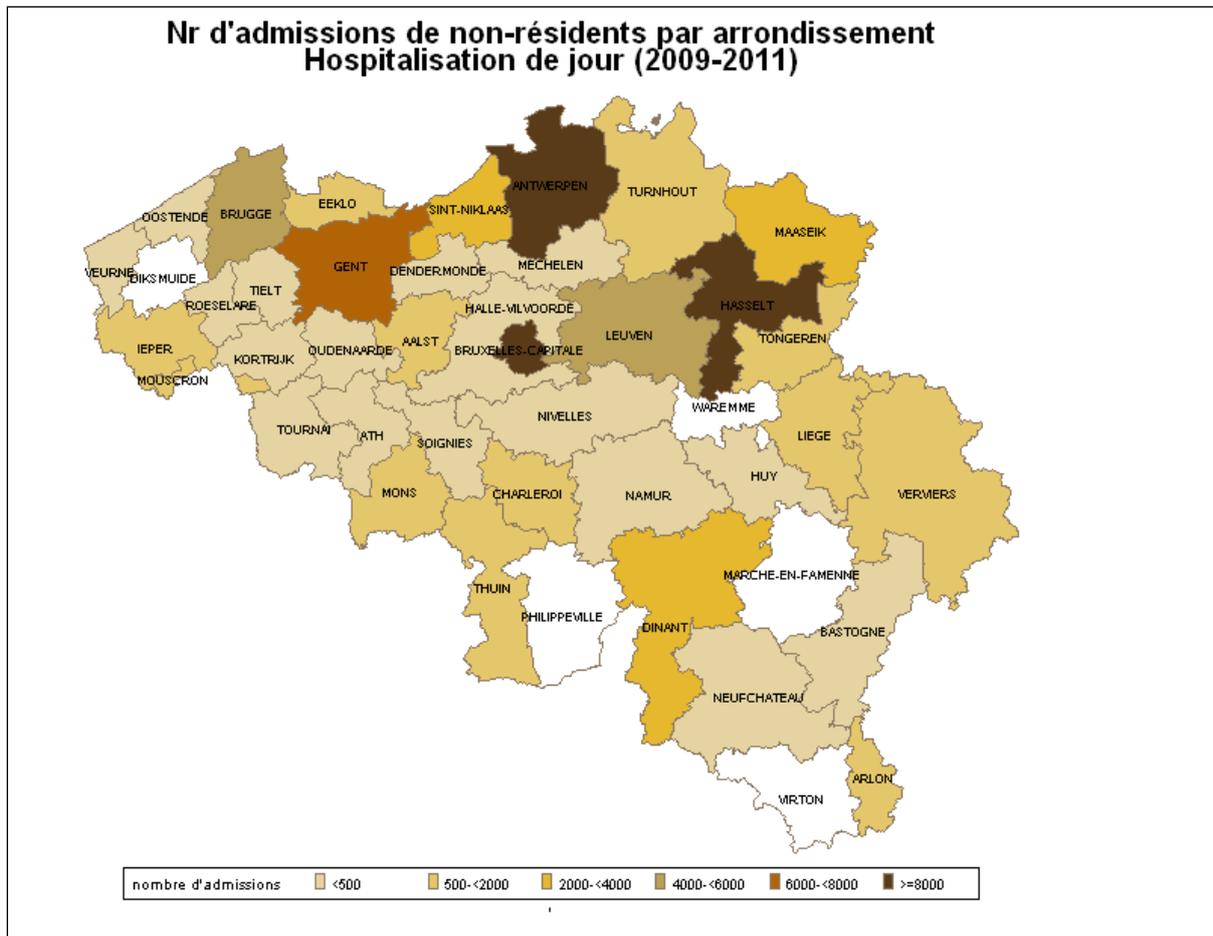
Les arrondissements d'Anvers, Bruxelles-Capitale, Gand, Bruges et Hasselt ont le plus de séjours hospitaliers classiques et de jours de non-résidents, suivis de Dinant.



Carte 2. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, RHM 2009-2011.

La carte 2 illustre la répartition par arrondissement du nombre de séjours hospitaliers classiques (inpatients) dans le cas des patients non-résidents. Ici aussi, il s'agit d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients. Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements d'Anvers, Bruxelles-Capitale, Gand, Bruges, Hasselt ont le plus de séjours hospitaliers classiques de non-résidents, suivis de Dinant.

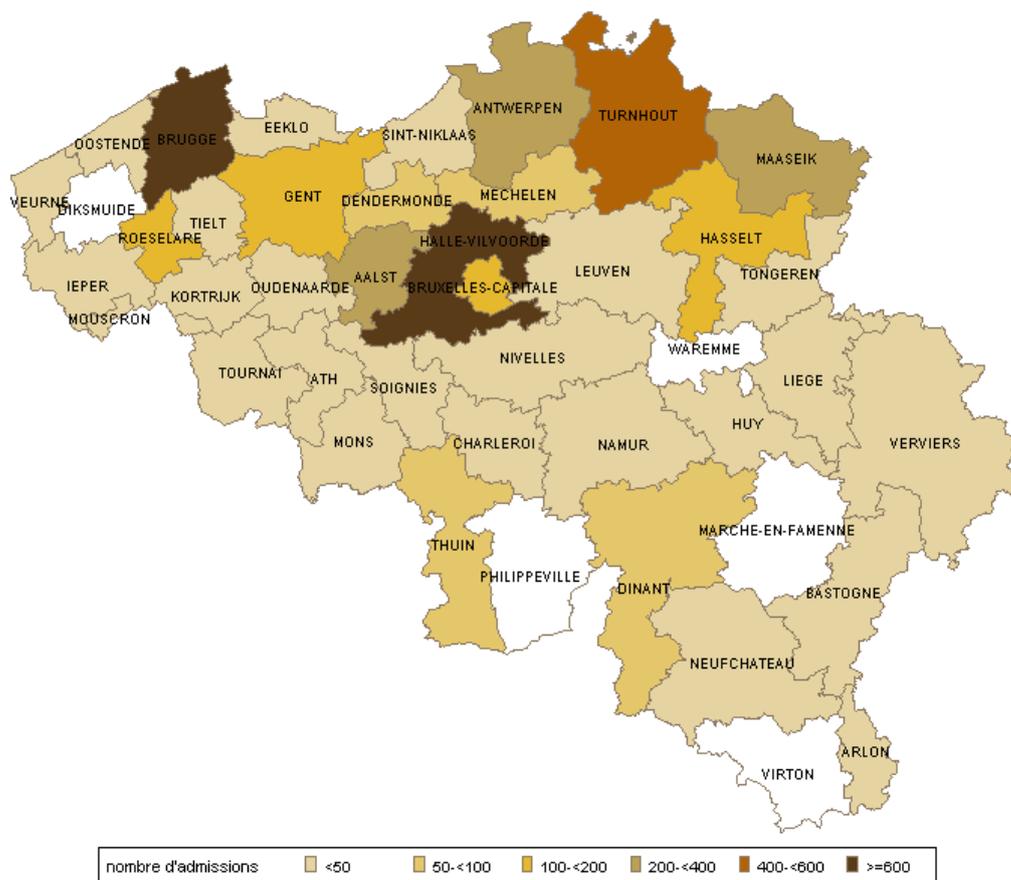


Carte 3. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, RHM 2009-2011.

Sur la carte 3, la distribution géographique concerne les hospitalisations de jour (day-cases) des non-résidents. Comme pour les cartes précédentes, il s'agit d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients. Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements d'Anvers, Bruxelles-Capitale, Gand et Hasselt ont le plus de séjours hospitaliers (de jour) de non-résidents, suivis par Bruges et Louvain.

**Admissions de non-résidents par arrond. - hosp. classique (2009-2011)
0402. Autres affections endocrin., nutrit. & métaboliques**

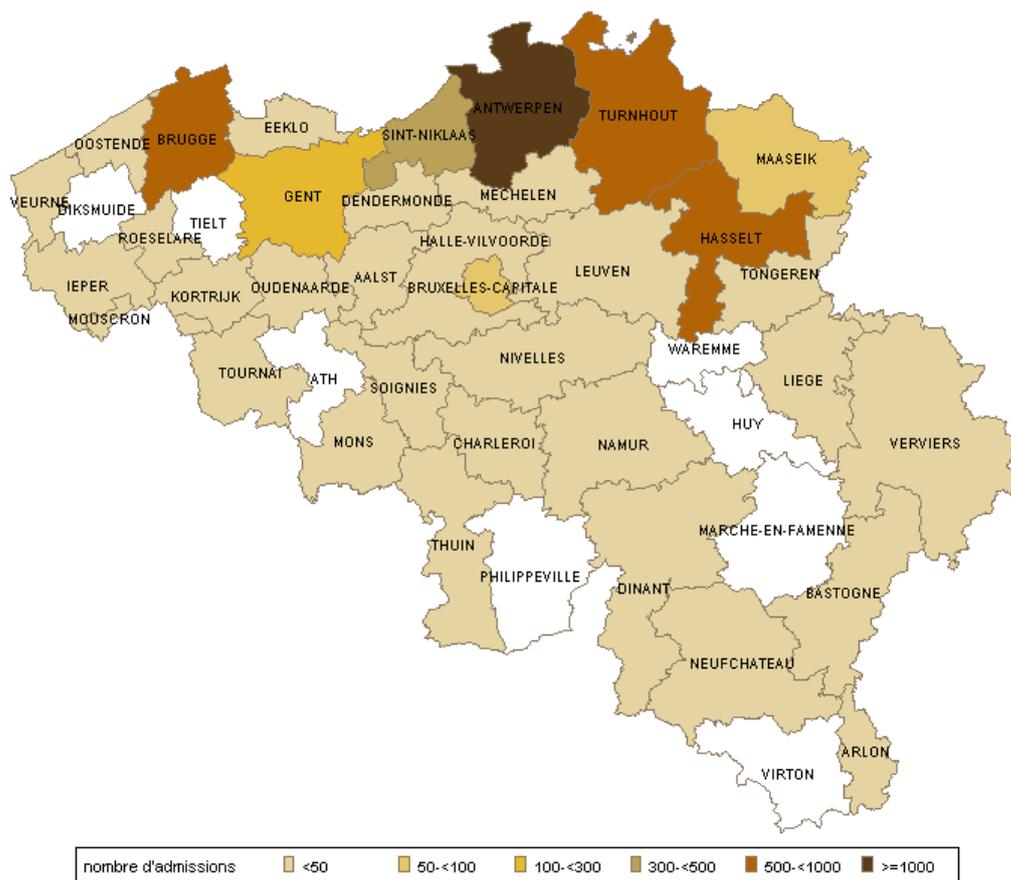


Carte 4. Code IHSMT 0402. Autres affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, RHM 2009-2011.

La carte 4 montre la distribution du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 0402 (Autres affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements de Bruges, Halle-Vilvorde et Turnhout présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers de type classique pour cette affection, suivis par Alost, Anvers et Maaseik.

**Admissions de non-résidents par arrond. - hosp. classique (2009-2011)
1307. lésions des disques intervertébraux**

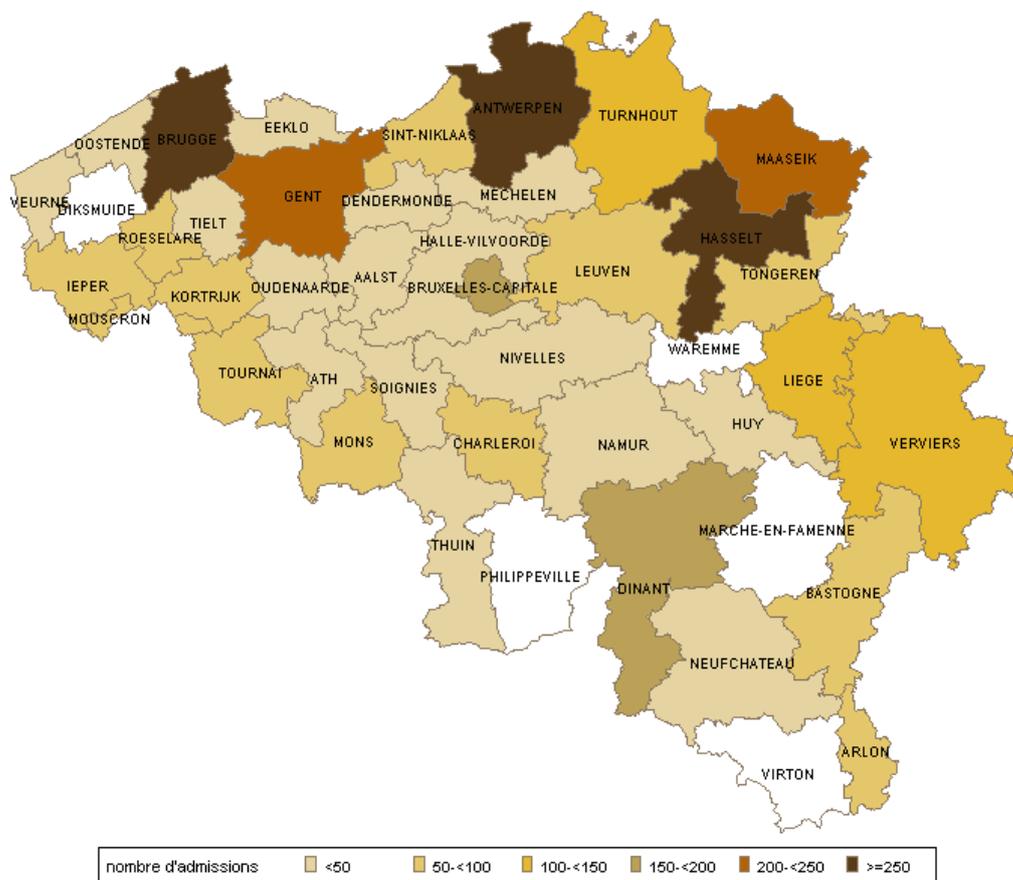


Carte 5. Code IHSMT 1307. Lésions des disques intervertébraux : Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, RHM 2008-2010.

La carte 5 montre la distribution du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 1307 (lésions des disques intervertébraux) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements d'Anvers, Bruges, Turnhout et Hasselt présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers de type classique pour cette affection, suivis par Saint-Nicolas.

Admissions de non-résidents par arrond. - hosp. classique (2009-2011) 1906. Autres lésions

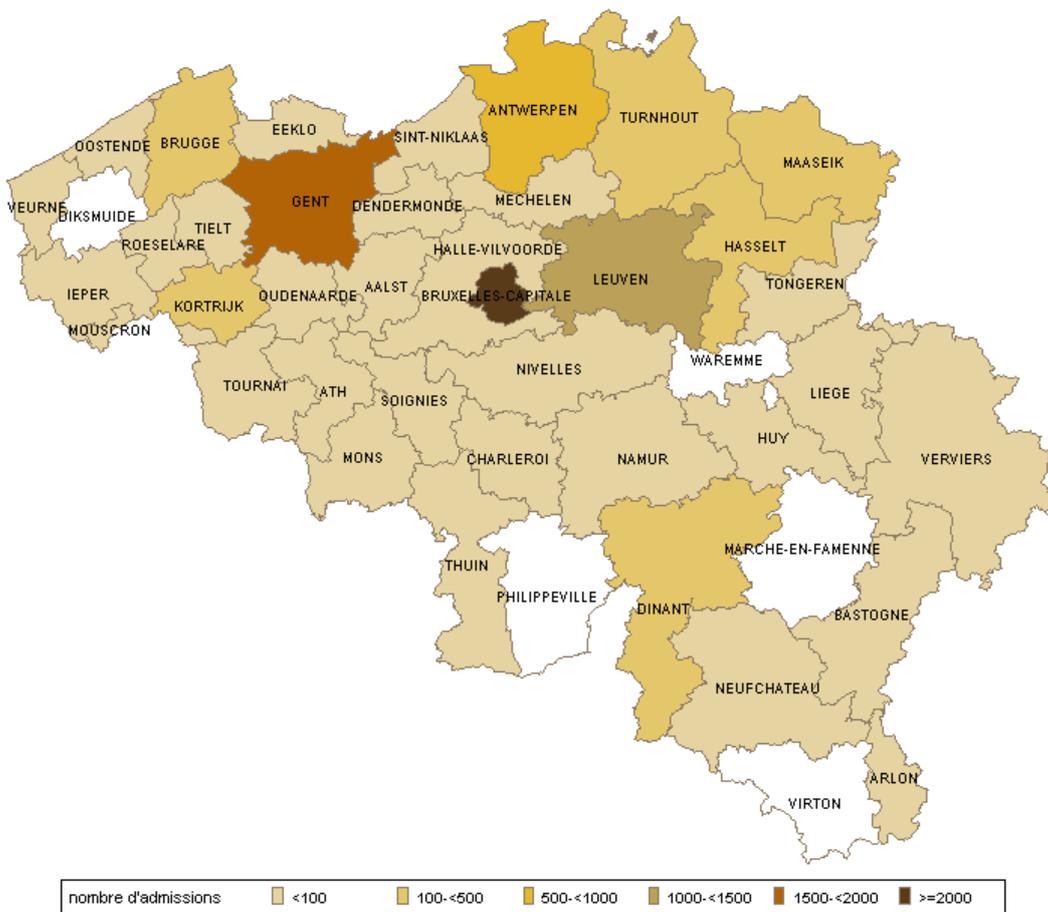


Carte 6. Code IHSMT 1906. Autres lésions: Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, RHM 2009-2011.

La carte 6 montre la distribution géographique du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 1906 (Autres lésions) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements d'Anvers, Bruges, Gand, Hasselt et Maaseik ont le plus grand nombre de séjours hospitaliers de type classique pour cette affection, suivis par Dinant et Bruxelles-Capitale.

**Admissions de non-résidents par arrond. - hospi. de jour (2009-2011)
2105. Autres facteurs influençant l'état de santé**

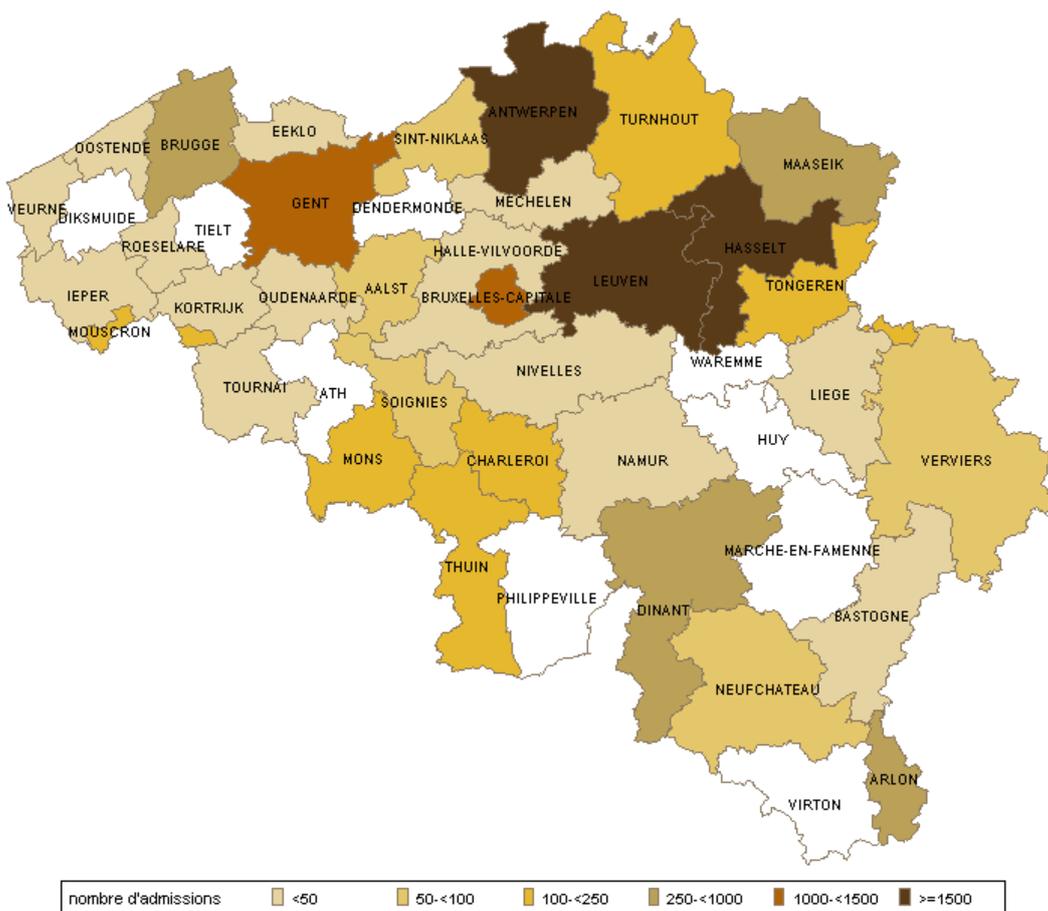


Carte 7. Code ICHSM 2105. Autres facteurs influençant l'état de santé: Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, RHM 2009-2011.

La carte 7 montre la distribution géographique (par arrondissement d'hôpital) du nombre de séjours de jour (day-cases) pour la catégorie de diagnostic ICHSM 2105 (Autres facteurs influençant l'état de santé), présente dans la liste du « top 10 » (tableau 8). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements de Bruxelles-Capitale et Gand présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers de jour pour cette affection.

**Admissions de non-résidents par arrond. - hospi. de jour (2009-2011)
2104. Autres soins médicaux**

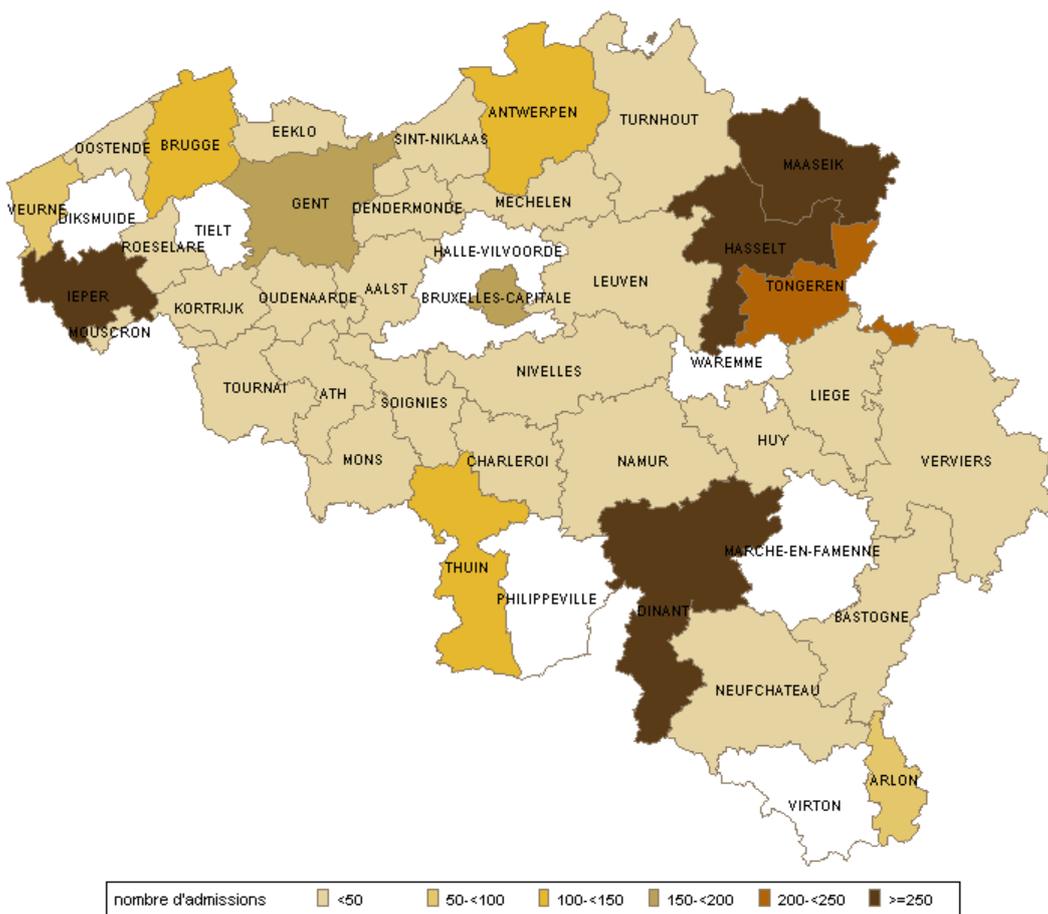


Carte 8. Code IHSMT 2104. Autres soins médicaux : Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, RHM 2009-2011.

La carte 8 montre la distribution géographique du nombre de séjours de jour (day-cases) pour la catégorie de diagnostic ISHMT 2104 (Autres soins médicaux), présente dans la liste du « top 10 » (tableau 8). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements de Hasselt, Bruxelles-Capitale, Gand, Louvain, Hasselt et Anvers présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers de jour pour cette affection, suivis par Bruges, Dinant et Maaseik.

Admissions de non-résidents par arrond. - hospi. de jour (2009-2011) 0701. Cataracte



Carte 9. Code IHSMT 0701. Cataracte : Distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, RHM 2009-2011.

La carte 9 montre la distribution géographique (par arrondissement d'hôpital) du nombre de séjours de jour (day-cases) pour la catégorie de diagnostic ISHMT 0701 (Cataracte), présente dans la liste du « top 10 » (tableau 8). Plus la couleur d'un arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours est élevé. Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Les arrondissements de Dinant, Maaseik, Hasselt, Tongres et Ypres présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers de jour pour cette affection, suivis par Bruxelles-Capitale et Gand. On remarquera la présence importante (en nombre de séjours) de deux arrondissements frontaliers, notamment Ypres et Dinant.

Tableau 9. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, RHM 2009-2011.

code procédure ICD-9-CM	Procédure	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	% procédures sur total Nr adm. **
99	TECHNIQUES NON-OPERATOIRES, AUTRES	39753	1896697	2,1	15
89	ANAMNESES, CONSULTATIONS, EXPERTISES ET EXAMENS	23986	1355143	1,8	9,2
88	RADIOLOGIES DIAGNOSTIQUES ET TECHNIQUES APPARENTEES, AUTRES	23264	1110542	2,1	8,9
93	MEDECINES PHYSIQUE ET RESPIRATOIRE, REHABILITATION ET TECHNIQUES ANNEXES	13037	663390	2	5
87	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	12152	582839	2,1	4,7
00	PROCEDURES ET INTERVENTIONS NON CLASSEES AILLEURS	11225	398452	2,8	4,3
81	REPARATIONS ET OPERATIONS PLASTIQUES D'ARTICULATION	11067	317285	3,5	4,2
38	INCISIONS, EXCISIONS ET OCCLUSIONS DE VAISSEAU	10478	432807	2,4	4
39	OPERATIONS DE VAISSEAU, AUTRE	9773	331607	2,9	3,7
96	INTUBATIONS ET IRRIGATIONS NON OPERATOIRES	7038	286839	2,5	2,7

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des procédures (correspond au total des procédures chez les non-résidents en hospitalisation classique).

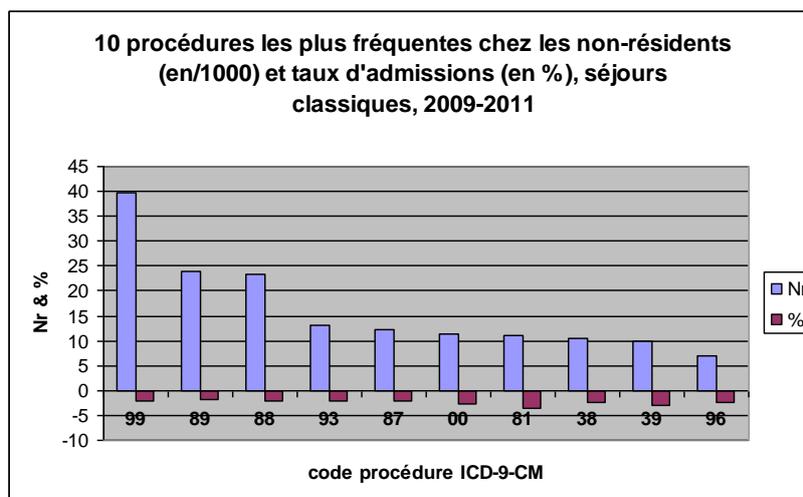


Figure 14. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents, séjours classiques, RHM 2009-2011.

Les catégories de procédures utilisées pour établir cette liste des 10 principales interventions pratiquées sur des patients non-résidents ayant séjourné en hospitalisation classique en Belgique ont été directement reprises de la classification internationale ICD-9-CM en utilisant une sélection basée sur les codes à 2 digits. La sélection a été établie en évitant les doublons de procédures 2-digits par séjour. Comme on le remarque sur le tableau 9, cette sélection met en tête de la liste du nombre de séjours les procédures appartenant au chapitre ICD-9-CM « Techniques non opératoires, autres », qui ne sont pas spécifiques à une affection particulière. On remarquera néanmoins la présence d'interventions vasculaires ou cardiaques, de même que sur les articulations. Sur la figure 14, les chiffres bruts sont exprimés en nombre pour 1000 et les pourcentages sont exprimés en négatif afin de figurer sur le graphique.

Tableau 10. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, RHM 2009-2011.

code procédure ICD-9-CM	Procédure	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	% procédures sur total Nr adm. **
99	TECHNIQUES NON-OPERATOIRES, AUTRES	18795	1647661	1,1	20
65	OPERATIONS DE L'OVAIRE	8115	64478	12,6	8,4
13	OPERATIONS SUR LE CRISTALLIN	7171	638842	1,1	7,4
45	INCISIONS, EXCISIONS ET ANASTOMOSES INTESTINALES	5806	671489	0,9	6
88	RADIOLOGIES DIAGNOSTIQUES ET TECHNIQUES APPARENTEES, AUTRES	5530	162753	3,4	5,7
03	OPERATIONS DE LA MOELLE EPINIÈRE ET DES AUTRES STRUCTURES DU CANAL RACHIDIEN	5455	428418	1,3	5,7
80	INCISIONS ET EXCISIONS DES STRUCTURES ARTICULAIRES	4717	209946	2,2	4,9
23	EXTRACTION ET RESTAURATION DENTAIRE	2235	376276	0,6	2,3
00	PROCÉDURES ET INTERVENTIONS NON CLASSIFIÉES AILLEURS	2222	31585	7	2,3
86	OPERATIONS DE PEAU ET DE TISSU SOUS-CUTANÉ	2135	181701	1,2	2,2

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des procédures (correspond au total des procédures chez les non-résidents en hospitalisation de jour).

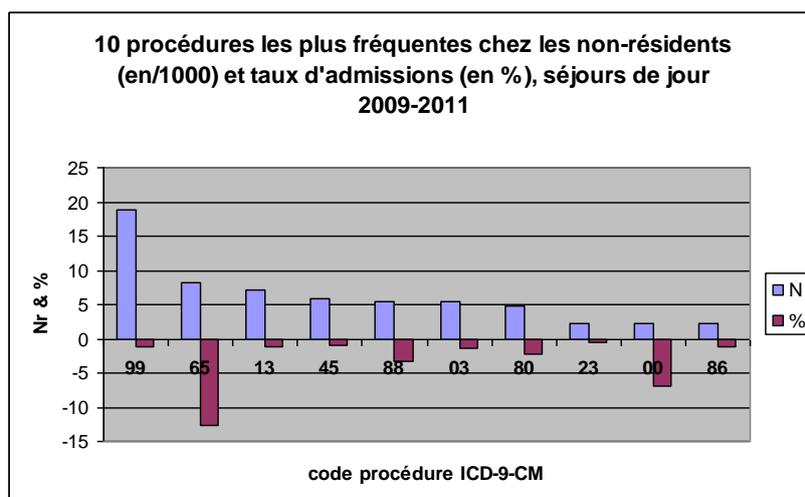


Figure 15. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents, séjours de jour, RHM 2009-2011.

La même méthode de sélection via les codes de procédures ICD-9-CM à 2 digits a été utilisée pour établir la liste des principaux séjours de patients non-résidents en hospitalisation de jour (day-cases). On observe ici la présence d'interventions sur les ovaires, le cristallin, les articulations, la moelle épinière et l'intestin; des interventions dentaires également.

Sur la figure 15, les chiffres bruts sont exprimés en nombre pour 1000 et les pourcentages sont exprimés en négatif afin de figurer sur le graphique.

Tableau11. 10 catégories de procédures sélectionnées les plus fréquentes, non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, RHM 2009-2011.

Code HDP	procédures	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	% procédures sur total Nr adm. **
300	Discectomie	3829	62788	6,1	
2700	Remplacement de hanche	1628	70211	2,3	
2800	Remplacement total de genou	1322	58079	2,3	
900	Diagnostic bronchoscopique avec ou sans biopsie	1085	68289	1,6	
1600	Colonoscopie avec ou sans biopsie	1020	123943	0,8	
1900	Cholécystectomie	922	66916	1,4	
1100	CABG	867	22868	3,8	
2500	Césarienne	660	74979	0,9	
1800	Appendicectomie	648	47610	1,4	
2400	Hystérectomie	459	44074	1	

°HDP : Hospital Data Project

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des procédures (correspond au total des procédures chez les non-résidents en hospitalisation classique).

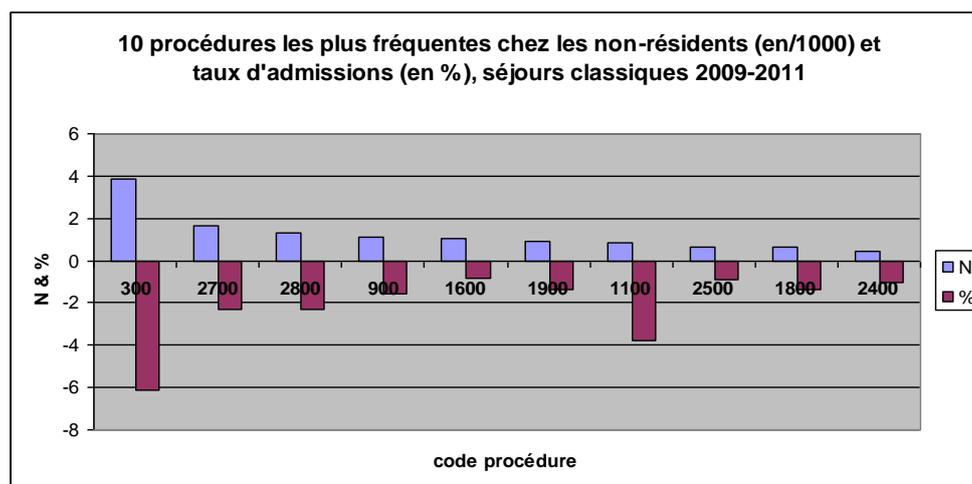


Figure 16. 10 catégories de procédures sélectionnées, non-résidents, séjours classiques, RHM 2009-2011.

La sélection utilisée ici reprend les interventions figurant sur la liste établie par le Health Data Project (HDP2), projet auquel a participé la Belgique et fourni sa contribution. Pour l'hospitalisation classique des non-résidents, on remarque l'importance des discectomies, des placements de prothèse de hanche ou de genou, des interventions sur le système digestif (curatives ou diagnostiques), cardiaque, de même que des césariennes ou hystérectomies.

Sur la figure 16, les chiffres bruts sont exprimés en nombre pour 1000 et les pourcentages sont exprimés en négatif afin de figurer sur le graphique.

Tableau12. 10 catégories de procédures sélectionnées les plus fréquentes, non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, RHM 2009-2011.

Code HDP	procédures	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% séjours par rapport au total*	% procédures sur total Nr adm. **
0500	Chirurgie de cataracte	3632	322200	1,1	
1600	Colonoscopie avec ou sans biopsie	3189	385829	0,8	
0700	Amygdalectomie	285	54672	0,5	
0900	Diagnostic bronchoscopique avec ou sans biopsie	272	31367	0,9	
2000	Réparation du canal inguinal	196	13729	1,4	
1900	Cholécystectomie	100	1894	5,3	
2900	Excision partielle de la glande mammaire	79	9554	0,8	
2300	Prostatectomie transurétrale	7	89	7,9	
3000	Mastectomie	6	517	1,2	
1800	Appendicectomie	5	318	1,6	

° HDP : Hospital Data Project

* Mode de calcul: (colonne 1 / colonne 2) x 100

** Mode de calcul: (colonne 1 / Total des procédures (correspond au total des procédures chez les non-résidents en hospitalisation de jour).

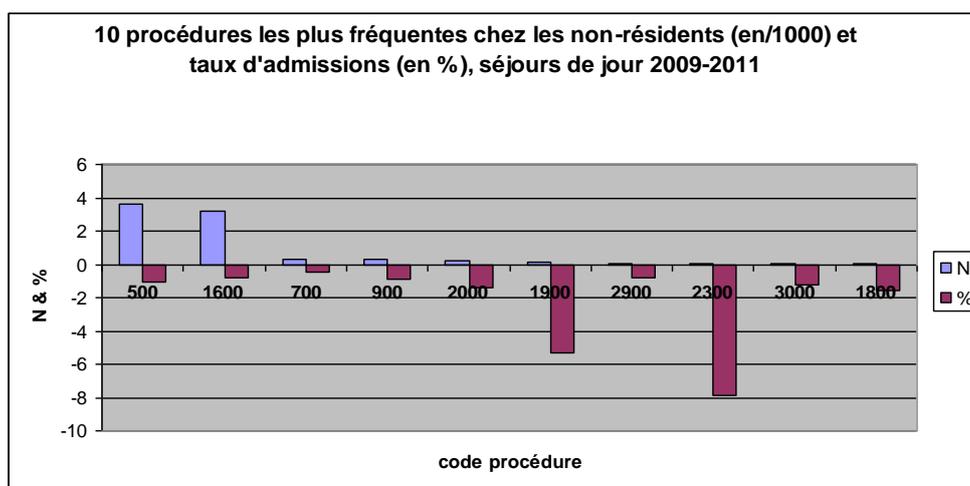


Figure 17. 10 catégories de procédures sélectionnées, non-résidents, séjours de jour, RHM 2009-2011.

Pour les hospitalisations de jour de non-résidents (day-cases), on note l'importance en volume des interventions chirurgicales pour la cataracte, pour l'ablation des amygdales et pour les procédures sur le système digestif.

La figure 17 illustre les chiffres bruts, exprimés en nombre pour 1000, les pourcentages sont exprimés en négatif afin de figurer sur le graphique.

3. Rapports d'activités

3.1 Généralités

L'Observatoire de la Mobilité des patients s'est réuni à deux reprises (le 27 mars 2013 et 25 septembre 2013).

Depuis le début de ses activités, l'Observatoire s'est surtout concentré sur la mission consistant à collecter les données relatives à la mobilité des patients et plus précisément le nombre de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge qui sont traités dans des hôpitaux belges, le traitement qu'ils y reçoivent et le pays d'origine⁹. Pour que l'Observatoire puisse réaliser pleinement sa mission, d'une part, et dans le souci d'une plus grande transparence de l'afflux de patients étrangers, d'autre part, les hôpitaux ont été informés des modifications et des affinements qui doivent être apportés en ce qui concerne l'enregistrement du type de patient et de son statut d'assurance dans le RHM d'une part et dans Finhosta d'autre part¹⁰. Les hôpitaux ont l'obligation légale d'enregistrer et de communiquer à partir de 2013 les données relatives aux patients étrangers. Le secrétariat de l'Observatoire espère pouvoir soumettre dans le courant de 2015 une analyse de l'afflux de patients étrangers dans les hôpitaux belges sur la base du nouvel enregistrement de données (voir rubrique 3.2).

Dans le cadre de la mission relative à la facilitation, la négociation et l'accompagnement des conventions avec les assureurs de soins étrangers¹¹, un fil conducteur a été tracé, sur la base des résultats de l'analyse des contrats de soins conclus par les hôpitaux belges avec les assureurs de soins étrangers, à l'intention des hôpitaux belges pour la conclusion de tels contrats avec des acteurs étrangers (voir rubrique 3.3).

En ce qui concerne la mission consistant à collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge¹², un accord a été obtenu au sein de l'Observatoire sur la méthodologie proposée par l'AIM en vue de contrôler les délais d'attente lors de certaines interventions chirurgicales et prestations techniques en milieu hospitalier. Les interventions chirurgicales et les prestations techniques qui ont été retenues pour les analyses ont également été fixées (voir rubrique 3.4).

Lors de plusieurs réunions, l'Observatoire a également pris note de l'état d'avancement de la transposition de la *Directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* (ci-après : la Directive 2011/24/UE)¹³ dans la réglementation nationale belge. Avec cette directive, l'Union européenne vise à renforcer la confiance dans les soins de santé transfrontaliers, améliorer les droits des patients en matière de remboursement des soins de santé transfrontaliers et promouvoir la coopération entre les États membres dans le domaine des soins de santé.

Les principales dispositions de la Directive, comme par ex. l'accès et le droit au remboursement des soins médicaux reçus dans un autre Etat membre, ont été transposées le 25 octobre 2013 – date ultime pour la transposition – dans la législation belge. A cet égard, référence peut également être faite à la création d'un Point de contact national *Soins de santé transfrontaliers*. Celui-ci est un centre de contact pour les citoyens de l'UE voulant se faire soigner en Belgique qui regroupe des informations sur la qualité des soins, l'accessibilité aux soins, le droit d'exercer un métier de la santé, les droits des patients, etc.

⁹ Article 4, §2, 1°, de la loi du 4 juin 2007.

¹⁰ Rapport annuel 2012 de l'Observatoire de la mobilité des patients.

¹¹ Article 4, §2, 3°, de la loi du 4 juin 2007.

¹² Article 4, §2, 2°, de la loi du 4 juin 2007.

¹³ Journal officiel de l'Union européenne L 88 du 4 avril 2011.

En plus de fournir des informations aux citoyens de l'UE, le point de contact belge offre des informations aux assurés belges qui se rendent dans d'autres pays de l'UE pour se faire soigner, principalement sur les remboursements. Le point de contact national est équipé d'un call-center et d'un site internet www.crossborderhealthcare.be en 4 langues (FR, NL, DE, EN)¹⁴.

3.2 RHMbis

En vertu de la loi du 4 juin 2007, le Service Data Management (DSS) du SPF SPSCAE a dû effectuer certaines adaptations de l'enregistrement du RHM afin de permettre à l'Observatoire de disposer des données nécessaires pour remplir ses missions.

Les éléments suivants ont été analysés en détail, adaptés et mis en œuvre au cours de l'exercice 2013:

3.2.1 Adaptation de la réglementation

La réglementation relative à la communication des montants de facturation, tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation et les médicaments que les prestations médicales, a été adaptée par le biais de « l'arrêté royal du 28 mars 2013 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ». Cet AR modifie « l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions » et a été publié au Moniteur belge en date du 2 avril 2013 (entrée en vigueur le 1^{er} avril 2013).

3.2.2 Adaptations techniques RHM

Outre l'adaptation de l'arrêté royal du 27 avril 2007 précité, il a fallu également adapter le lay-out du RHM afin de communiquer ces données supplémentaires (les montants de facturation tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation et les médicaments que les prestations médicales). Trois nouveaux fichiers ont été créés, à savoir les fichiers PROCRI30 (données relatives aux journées d'hospitalisation), PROCRI40 (données relatives aux produits pharmaceutiques) et PROCRI50 (données relatives aux prestations) regroupés logiquement dans un sixième domaine au RHM, intitulé "Données de facturation". Outre le lay-out, des contrôles nécessaires et des données de référence ont également été prévus.

Les hôpitaux ont déjà pu à partir du RHM 2012 livrer leurs données pour ce sixième domaine. Aucun hôpital ne l'a fait pour le RHM 2012. A partir du RHM 2013, l'introduction du sixième nouveau domaine est une obligation. Les dates butoirs pour l'introduction du RHM 2013 n'étaient pas encore échues au cours de l'exercice 2013 de sorte qu'aucune décision n'a pu être prise dans ce sens.

3.2.3 Communication envers le secteur

Le Service Data Management a transmis au secteur les communications suivantes: Circulaire du 1^{er} octobre 2013 intitulée "Info et planning RHM 2013".

Les communications suivantes sont disponibles sur le site web du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement:

¹⁴ Vous pouvez contacter le Point de contact par téléphone (+32 (0)2/290 28 44) ou par e-mail information@crossborderhealthcare.be.

www.sante.belgique.be → Soins de santé → Institutions de soins → Systèmes d'enregistrement → RHM → Directives RHM → Circulaires

3.3 Contrats de soins (fil conducteur)

3.3.1 Introduction

Il incombe à l'Observatoire pour la mobilité des patients de collecter les données relatives au flux de patients étrangers dans les hôpitaux belges et de faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers.¹⁵ Lors de l'installation de l'Observatoire, on s'est très rapidement aperçu qu'il y avait trop peu d'informations pour accomplir correctement ces deux missions. L'un des problèmes posés lors de la collecte de données par le SPF SPSCAE et l'INAMI est la mobilité des patients générée par les contrats conclus entre des hôpitaux belges et certains acteurs étrangers des soins de santé en vue de l'admission de patients étrangers dans ces hôpitaux.

La loi relative aux hôpitaux a été complétée par un nouvel article 92/1 contraignant les gestionnaires des hôpitaux à communiquer l'ensemble des conventions conclues en matière de mobilité transfrontalière des patients à la Ministre de la Santé Publique¹⁶. La nouvelle disposition est entrée en vigueur le 12 juin 2010.

Le secrétariat de l'Observatoire a réclamé et analysé ces conventions dans le courant de l'année 2012. Vous en trouverez des échos dans le rapport annuel 2012 de l'Observatoire de la mobilité des patients¹⁷. L'analyse a clairement démontré que les conventions conclues accordaient peu d'attention à certains éléments du processus de soins : la posture, la communication avec le patient,...

3.3.2 Un fil conducteur pour les hôpitaux

Au cours des réunions de l'Observatoire, il a été décidé que sa mission de « faciliter, négocier et accompagner » les conventions avec les assureurs de soins étrangers pouvait le mieux s'accomplir en offrant aux hôpitaux un instrument utile qui n'accroît pas en même temps la charge administrative pour les hôpitaux.¹⁸ Cet instrument devrait consister en un faisceau de lignes directrices que les hôpitaux peuvent appliquer lors des négociations menées au sujet des contrats de soins.

Le secrétariat de l'Observatoire a dès lors élaboré un fil conducteur à partir des constatations résultant de l'analyse des contrats de soins existants. Le fil conducteur est constitué de lignes directrices dont l'Observatoire pense qu'elles sont réalistes, plausibles mais aussi nécessaires pour établir un bon contrat de soins. Il importe cependant aussi de garder à l'esprit que les directives ne sont pas exhaustives : il a été procédé à une sélection des items dont l'Observatoire juge qu'ils doivent certainement figurer dans une convention, mais bien évidemment, l'objet du contrat ou la situation spécifique de l'hôpital peuvent requérir encore d'autres clauses.

¹⁵ Points 1° et 3° de l'article 4, §2 de la loi du 4 juin 2007.

¹⁶ Artikel 92/1 zoals ingevoegd door artikel 34 van de wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid (*Belgisch Staatsblad* van 2 juni 2010).

¹⁷ <https://riziv.fgov.be/information/nl/studies/study67/pdf/rapport.pdf> of http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@mixednews/documents/ie2divers/19087195_nl.pdf

¹⁸ L'option d'un contrat type a été envisagée mais n'a pas été retenue étant donné qu'on estime qu'un contrat type offre trop peu de flexibilité. Dans certains cas, un contrat type peut s'avérer peu utile en raison de la spécificité d'un contrat de soins.

Finalement, on peut dire que les lignes directrices:

- (i) sont inspirées sur l'*accord-cadre en matière de mobilité transfrontalière des patients entre la Belgique et l'Angleterre* du 3 février 2003 qui a inspiré les *Lignes directrices pour l'acquisition de soins à l'étranger*, approuvées le 9 novembre 2005 ;
- (ii) tiennent compte des obligations de l'État membre de traitement qui résultent de la *directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* ;
- (iii) et peuvent être importantes à la lumière des missions et des objectifs de l'Observatoire.

Vous pouvez trouver le document d'orientation (fil conducteur) à l'annexe 3 du présent rapport annuel. En voici déjà les différents thèmes traités :

- dispositions contractuelles générales ;
- responsabilité ;
- soins (*dont traite le contrat*) ;
- relation avec le patient ;
- garantie de l'offre de soins¹⁹ ;
- règlement financier.

Le document d'orientation a été envoyé dans le courant du mois de décembre 2013 par voie de circulaire à tous les hôpitaux belges en leur demandant d'utiliser ce fil conducteur lors de la conclusion de nouveaux contrats ou de la renégociation de contrats de soins existants.

3.3.3 *Suivi*

L'Observatoire espère que les hôpitaux auront fait usage du fil conducteur pour la conclusion de contrats de soins dès le début de 2014. Aux fins de vérifier si cet exercice a été utile, une enquête auprès des hôpitaux s'impose. Le fil conducteur est conçu comme un instrument d'aide pour les hôpitaux et donc seuls les hôpitaux peuvent apprécier le document. Comme l'analyse a révélé que le nombre de contrats de soins est relativement limité (seuls quelques nouveaux contrats sont conclus par an), la réalisation d'une enquête en 2014 aurait peu de sens. L'Observatoire vise, dès lors, l'année 2015 pour organiser une enquête et analyser si une adaptation du fil conducteur est nécessaire.

3.4 *Enregistrement des délais d'attente*

Ce groupe de travail s'est réuni une seule fois au cours de l'année 2013, à savoir le 26 juin 2013. Il y a été décidé que l'AIM élaborerait une proposition sur le contrôle des délais d'attente pour certaines interventions et présentations techniques en milieu hospitalier. Cette note a été discutée par les membres de l'Observatoire au cours de la réunion du 25 septembre 2013.

L'Observatoire a approuvé la méthodologie proposée par l'AIM, à condition qu'il soit tenu compte des remarques suivantes :

- (i) l'échantillon portera sur les 10 traitements les plus couramment programmés ;
- (ii) le contrôle aura lieu par semestre ;
- (iii) le délai d'attente sera mesuré au niveau de l'institution ;
- (iv) l'analyse sera réalisée sur base des données de facturation ;

¹⁹ L'offre en établissements de soins a été programmée en fonction des besoins de la population belge. L'hospitalisation de patients étrangers qui ne nécessitent pas d'aide médicale urgente ne peut se faire au détriment de l'offre en faveur du patient belge. Les hôpitaux devraient tenir compte des problèmes de capacité lorsqu'ils s'engagent à prendre en charge des patients étrangers. Ceci peut, par exemple, prendre la forme d'une clause par laquelle on peut refuser temporairement l'admission de patients étrangers lorsqu'un problème de capacité se pose dans l'hôpital.

- (v) il faut faire la distinction entre « hospitalisation classique » et « hospitalisation de jour », et
- (vi) lorsque, pour les interventions de la cataracte, la durée entre les interventions aux deux yeux est supérieure à six mois, cela est considéré comme un nouveau trajet de traitement.

Les résultats de l'analyse de l'AIM sont attendus dans le courant de l'année 2014.

4. Conclusion

L'Observatoire de la mobilité des patients créé par la loi du 4 juin 2007 s'est vu attribuer une série de missions spécifiques décrites au chapitre 1^{er} du présent rapport annuel. Cette conclusion vise à donner un aperçu des travaux engagés en 2013 dans le cadre de ses missions légales et de la façon dont leur mise en œuvre peut être poursuivie au cours des prochaines années.

Durant l'année de lancement 2012, les bases ont été jetées en vue d'assurer le bon fonctionnement de l'Observatoire pour l'avenir.

Le travail ne peut pas se faire en un tour de main mais nécessitera un certain temps.

L'attention était surtout portée sur le suivi et l'implémentation de missions déjà entamées :

Missions déjà entamées :

Dans un premier temps, les bases ont été jetées en ce qui concerne les missions suivantes :

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

Comme dans le précédent rapport annuel 2012, une analyse a été réalisée dans le présent rapport sur la base des dernières données RHM disponibles. Le chapitre 2 du présent rapport annuel porte sur une actualisation des chiffres avec une prolongation jusqu'en 2011.

Le cadre juridique pour l'enregistrement RHM modifié, le « RHMbis », a été mis sur pied. Tandis que pour l'année 2012, les hôpitaux avaient la possibilité de fournir ces données RHMbis sur une base volontaire, il s'agit d'une obligation à partir de 2013.

Puisque les dates limites pour le dépôt du RHM 2013 n'étaient pas encore échues au cours de l'année 2013, l'Observatoire sera en mesure de réaliser des analyses approfondies de ces flux de patients étrangers sur base du nouvel enregistrement seulement à partir de 2014 avec intégration dans le rapport annuel 2014.

- 2° « Collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'une assurance belge »

Dans le courant de l'année 2013, le groupe de travail « Enregistrement des délais d'attente » a défini la méthodologie relative au contrôle des listes d'attente pour certaines interventions et présentations techniques en milieu hospitalier.

Ici encore, 2014 sera une année charnière : nous aurons seulement les premiers résultats des analyses qui nous aiguilleront en vue d'identifier les listes d'attente éventuelles. Le rapport annuel 2014 apportera plus de clarté sur le sujet.

- 3° « Faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers ». À cet égard, un fil conducteur a été mis à la disposition des hôpitaux belges en appui de leurs négociations de contrats de soins avec des acteurs de soins étrangers.

Une nouvelle analyse des contrats avec des organismes d'assurance soins de santé étrangers sera réalisée en 2015, ce qui nous permettra de contrôler s'il a effectivement été tenu compte de ce fil conducteur.

Missions à entamer :

4° « Développer et offrir l'expertise nécessaire pour la fixation du prix des traitements qui seront proposés par les hôpitaux sur le marché étranger ». À cet égard, nous ne disposons pas encore de suffisamment d'informations pour pouvoir démarrer cette mission.

L'extension du RHM et les informations dans les contrats doivent d'abord être mises au point pour appréhender correctement la fixation des prix. Il serait peut-être recommandé de mener une étude approfondie afin de permettre à l'Observatoire d'acquérir une expertise sur la façon dont les prix sont fixés de manière à pouvoir formuler des recommandations le cas échéant.

5° « Conseiller le gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge ». À cet égard, l'Observatoire doit tout d'abord avoir une idée plus précise des flux de patients et des éventuelles listes d'attente afin de pouvoir formuler des recommandations concernant l'offre de soins.

En conclusion, on peut dire qu'au cours de cette deuxième année, l'accent a principalement été mis sur le suivi et l'implémentation des mesures prises en 2012, ce qui permettra à l'Observatoire de continuer à remplir ses missions légales.

2014 sera à nouveau une année attendue avec grand intérêt...

Christiaan Decoster,
Président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Benoît COLLIN,
Vice-président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Annexe 1

Texte consolidé

4 JUIN 2007. - Loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients.

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE I^{er} - Disposition générale

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE II. - Modifications de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

Art. 2. [Abrogé]¹

Art. 3. [² L'article 116 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, est remplacé comme suit :

" Art. 116. § 1^{er}. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1^{er}, et dont les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers.

Nonobstant toute stipulation contraire, le prix qui peut être facturé est le prix qui est fixé par le Roi, conformément aux dispositions de l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1^{er}, et dont les soins hospitaliers ne donnent pas lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix minimal par paramètre d'activité, notamment sur la base du budget des moyens financiers.]²

CHAPITRE III. - Observatoire de la mobilité des patients

Art. 4. § 1^{er}. Il est créé [³ auprès de l'INAMI et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement]³ un Observatoire de la mobilité des patients, ci-après dénommé " l'Observatoire ".

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

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

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

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

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

5° conseiller le Gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification

et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge;

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

[⁴ L'INAMI et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement communiquent à l'Observatoire toutes les données que ce dernier juge nécessaires à l'accomplissement de ses missions énumérées à l'alinéa 1er. Ces données, dont la communication est soumise à l'accord préalable de la section Santé du Comité sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé, définie à l'article 37 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale, ne peuvent contenir aucune donnée permettant l'identification directe de la personne physique à laquelle elles se rapportent. L'Observatoire ne peut poser aucun acte visant à relier les données à la personne physique à laquelle elles se rapportent.]⁴

[⁴ Le Roi définit les conditions et les règles qui s'appliquent à la communication des données visées à l'alinéa 3, après avis de la Commission de la protection de la vie privée.]⁴

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

§ 3. [Abrogé]⁴

§ 4. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, le subventionnement de l'Observatoire [⁴ ...]⁴.

§ 5. L'Observatoire transmet chaque année, avant le [⁴ 1er juillet]⁴, un rapport annuel au Gouvernement et aux Chambres législatives fédérales.

§ 6. [Abrogé]⁴

Art. 5. L'Observatoire est composé de :

1° cinq membres représentant les organisations représentatives des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants;

2° cinq membres représentant les organisations représentatives des travailleurs salariés;

3° cinq membres représentant les organismes assureurs;

4° cinq membres représentant les dispensateurs de soins, dont trois gestionnaires d'établissements hospitaliers et deux représentants des médecins;

5° un représentant du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;

6° un représentant du Service Public Fédéral Sécurité Sociale et Institutions Publiques de Sécurité Sociale;

7° un représentant de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité;

8° [⁵ un représentant de chaque Ministre régional ou communautaire ayant la Santé Publique dans ses attributions]⁵

[⁶ 9° un représentant des Ministres fédéraux ayant la Santé Publique et les Affaires sociales dans leurs attributions.]⁶

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

CHAPITRE IV. - Entrée en vigueur

Art. 6. [⁷ La présente loi entre en vigueur au 1er juillet 2010.]⁷

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 4 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires Sociales,

R. DEMOTTE

Scellé du sceau de l'Etat :

La Ministre de la Justice,

Mme L. ONKELINX

- ¹ Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, *Moniteur belge* du 2 juin 2010, art. 30, 004; en vigueur : 12 juin 2010.
- ² Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, *Moniteur belge* du 2 juin 2010, art. 31, 004; en vigueur : 12 juin 2010.
- ³ Loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé, *Moniteur belge* du 31 décembre 2009, art. 6, 003; en vigueur : 1^{er} juillet 2010, selon l'interprétation de Justel.
- ⁴ Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, *Moniteur belge* du 2 juin 2010, art. 32, 004; en vigueur : 12 juin 2010.
- ⁵ Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, *Moniteur belge* du 2 juin 2010, art. 33, 004; en vigueur : 12 juin 2010.
- ⁶ Loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), *Moniteur belge* du 29 mars 2013, art. 72, 002; en vigueur : 8 avril 2013.
- ⁷ Loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé, *Moniteur belge* du 31 décembre 2009, art. 5, 003; en vigueur : 1^{er} juillet 2010, selon l'interprétation de Justel.

Annexe 2

Composition de l'Observatoire de la mobilité des patients (dd. 30 avril 2013)

L'Observatoire, qui compte 30 membres, se compose comme suit :

1° cinq représentants des organisations représentatives des employeurs et organisations représentatives des travailleurs indépendants :

- Madame Bernadette ADNET (FEB - Fédération des Entreprises de Belgique)
- Madame Caroline DEITEREN (UNIZO)
- Madame Rita THYS (FEB - Fédération des Entreprises de Belgique)
- Monsieur Herwig FLEERACKERS (FEB - Fédération des Entreprises de Belgique)
- Monsieur Jean RUWET (UCM – Fédération nationale des Unions de Classes Moyennes)

2° cinq représentants des organisations représentatives des travailleurs salariés :

- Madame Ann VAN LAER (ACV - CSC)
- Madame Celien VANMOERKERKE (ABVV - FGTB)
- Monsieur Christian MASAI (ABVV - FGTB)
- Monsieur Paul PALSTERMAN (ACV - CSC)
- Monsieur Hugo VAN LANCKER (ACLVB - CGSLB)

3° cinq représentants des organismes assureurs :

- Monsieur Yves ADRIAENS (LNM - UNMN)
- Monsieur Joeri GUILLAUME (NVSM - UNMS)
- Monsieur Christian HOREMANS (MLOZ)
- Monsieur Jos KESENNE (LCM - ANMC)
- Monsieur Michel THONARD (LLM - UN Lib)

4° cinq représentants des prestataires de soins :

- Madame Nathalie NOEL (BVAS - ABSyM)
- Madame Miek PEETERS (Zorgnet Vlaanderen)
- Monsieur Dirk BERNARD (Het Kartel - Le Cartel)
- Monsieur Yves SMEETS (Santhea)
- Monsieur Pierre SMIETS (FIH - Fédération des Institutions Hospitalières)

5° un représentant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :

- Monsieur Christiaan DECOSTER, également président de l'Observatoire

6° un représentant du SPF Sécurité Sociale et des IPSS :

- Monsieur Pieter RAES

7° un représentant de l'INAMI :

- Monsieur Benoît COLLIN, également vice-président de l'Observatoire

8° un représentant des Ministres régionaux ou communautaires ayant la Santé publique dans leurs attributions (1 par Ministre compétent) :

- Dr Yolande HUSDEN (Communauté française)
- Madame Isabelle PAUL (Région wallonne)
- Madame Christine VAN DER HEYDEN (Vlaamse Gemeenschap)
- Madame Marlies VOS (GGC)
- Monsieur Philippe HENRY (COCOM)
- Monsieur Alfred VELZ (Communauté germanophone)

9° un représentant du Ministre Fédéral ayant la Santé Publique dans ses attributions :

- Monsieur Alban ANTOINE

Secrétariat de l'Observatoire :

- Monsieur Chris SEGAERT (INAMI)
- Madame Lieve VAN TITTELBOOM (SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)

Annexe 3



Observatoire de la mobilité des patients

DATE : 10/12/2013
RÉF. : OvP-OMP/O-C/2013/001
ANNEXES : 1

Au gestionnaire de l'hôpital

CONTACT : Bernard Verheyden ou Chris Segaert
TÉL. : 02/524.85.22 ou 02/739.73.15
E-MAIL : bernard.verheyden@sante.belgique.be
chris.segaert@inami.fgov.be

OBJET: Circulaire aux hôpitaux concernant un fil conducteur pour la conclusion de contrats de soins avec des partenaires étrangers

Madame, Monsieur,

Vous trouverez en annexe à la présente circulaire un document rédigé par l'Observatoire de la mobilité des patients pour servir de fil conducteur aux hôpitaux lors de la conclusion de contrats de soins avec des partenaires étrangers.

Nous vous invitons à prendre connaissance de ce document et à l'utiliser à partir du 1^{er} janvier 2014 lors de la négociation et de la conclusion d'éventuels nouveaux contrats de soins.

Le contexte de la rédaction de ce fil conducteur, de même que les missions et le fonctionnement de l'Observatoire de la mobilité des patients, sont décrits dans le premier rapport annuel (voir lien dans le document en annexe).

Notre espoir est que ce fil conducteur soit un instrument utile pour les hôpitaux. À l'avenir, l'Observatoire continuera d'assurer un suivi de cette matière et d'apporter une aide si nécessaire.

Vous remercions de l'expression de nos salutations cordiales.

C. DECOSTER
Président

B. COLLIN
Vice-président

Guide pour la conclusion de conventions relatives à la mobilité des patients avec les acteurs de soins étrangers

I. Introduction

La loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients est parue au Moniteur belge le 4 juin 2007 et est entrée en vigueur le 1er juillet 2010.²⁰ Cette loi prévoit la création d'un Observatoire de la mobilité des patients dont l'objectif est de proposer des mesures permettant de réguler le flux entrant de patients étrangers et de veiller à ce que les délais d'attente des patients belges n'augmentent pas en raison de ce flux. L'Observatoire a entamé ses activités en 2011.

L'une des missions spécifique de l'Observatoire est de "*faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers*" (article 4, §2 de la loi du 4 juin 2007). Pour mener à bien cette mission, l'Observatoire a décidé de demander aux hôpitaux belges une copie des conventions qu'ils ont conclues avec les acteurs de soins étrangers en vue de procéder à une analyse. Les résultats de cette analyse sont accessibles sur les sites web du SPF Santé Publique et de de l'INAMI.

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/19087216?fodnlang=fr>

<http://www.riziv.fgov.be/information/fr/studies/study67/index.htm>

Un constat important tiré de l'analyse des contrats est que les hôpitaux accordent la plus grande attention au "volet financier" de la mobilité transfrontalière des patients prévue dans le cadre de ces contrats. C'est compréhensible, mais l'Observatoire estime qu'il est préférable de tenir également compte d'autres aspects liés à la mobilité transfrontalière des patients, comme par exemple la relation avec les patients étrangers, le trajet de soins, les conséquences de ce flux entrant sur l'offre de soins pour les patients belges, ...

D'autres instances partagent ce point de vue. En effet, en 2005, le *Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux* a publié un document concernant les *Lignes directrices pour l'acquisition de soins à l'étranger*. Ce document est issu de la réflexion d'un groupe d'experts émanant de l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne.

Dans l'intervalle, l'Union européenne a édicté, le 9 mars 2011, la *Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* (ci-après : la Directive 2011/24/UE).²¹ Cette directive prescrit aux Etats membres où a lieu le traitement ainsi qu'aux prestataires de soins (en ce compris les établissements de soins) une série d'obligations relatives à la transparence des prix, à la continuité des soins, aux droits des patients, à la responsabilité civile, à la transparence en matière de qualité,... Les conventions relatives aux soins des patients de l'Union européenne devront certainement tenir compte des dispositions prévues dans cette directive.

L'Observatoire de la mobilité des patients estime que la meilleure façon de remplir sa mission légale est de mettre à la disposition des hôpitaux belges un guide servant de cadre pour la négociation de conventions avec les acteurs de soins étrangers.

²⁰ Loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients, B.S. 25 juillet 2007, 39891

²¹ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, Pb L 88/45 du 4 avril 2011

Par ailleurs, vous trouverez ci-après plusieurs lignes directrices non contraignantes, mais qui ont cependant été jugées comme étant pertinentes par l'Observatoire et qui méritent donc une attention, en vue d'assurer la bonne gestion de l'hôpital, la qualité des soins et compte tenu du nouveau cadre légal européen.

II. Lignes directrices

1. Dispositions contractuelles générales

Les contrats déterminent le droit applicable et le juge compétent en cas de conflit concernant la mise en œuvre de l'accord. Par ailleurs, il convient de spécifier que les soins de santé seront dispensés conformément au cadre légal du pays de traitement ; il s'agit, en l'occurrence, de la législation belge. Enfin, il faut envisager une clause relative à la durée du contrat et aux mécanismes de poursuite ou de non-renouvellement du contrat.

2. Responsabilité

Bien entendu, le droit privé international détermine quel droit doit être appliqué et quel juge est territorialement compétent en cas de procès concernant la responsabilité pour erreur médicale. Cependant, les parties contractantes doivent veiller à souscrire, pour l'ensemble des services de santé dispensés dans le cadre du contrat, une assurance en responsabilité civile ou une autre assurance adéquate contre les négligences médicales. A cet égard, il est utile de demander une attestation d'une assurance en responsabilité civile suffisante. Il peut également s'avérer important de préciser le statut des prestataires de soins par rapport à l'établissement de soins (s'agit-il de prestataires indépendants ou d'employés ? Y a-t-il une responsabilité centrale ?). Du reste, les prestataires de soins ont l'obligation, conformément à la Directive 2011/24/UE de fournir au patient des informations claires sur leur couverture d'assurance.

3. Soins

Il est préférable de déterminer clairement l'"objet du contrat": le type de soins de santé sur lequel porte le contrat, le nombre de journées-lit, les procédures, le diagnostic, le traitement, ...

Compte tenu des dispositions de la Directive 2011/24/UE, il est recommandé que les parties contractantes s'accordent sur les informations à donner aux patients en vue de garantir la transparence sur la qualité et la sécurité des soins, les différentes possibilités de traitement, la procédure en cas de plainte et le statut en matière d'autorisation et d'enregistrement des prestataires de soins et de l'institution.

4. Relation avec le patient

L'échange d'informations est un élément crucial pour le traitement adéquat du patient et la continuité de soins. Cependant, l'échange doit se faire dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée et, en ce qui concerne la Belgique, conformément aux dispositions prévues dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Il est préférable que la convention prévoie des accords précis en vue d'assurer la sécurité de l'échange des données médicales utiles entre les prestataires de soins (et/ou le patient).

Par ailleurs, il est préférable que le contrat mentionne une disposition relative à la responsabilité en matière d'échange d'information claire et compréhensible et à la communication avec les patients lors des étapes suivantes :

- admission : p.ex. ce que les patients doivent emmener, les résultats des diagnostics, ... ;
- traitement : p.ex. comment les patients doivent se préparer, ce qui sera réalisé, ... ;
- voyage : p.ex. comment le patient doit se rendre chez le prestataire de soins dans un autre pays, ... ;
- financement : p.ex. ce que le patient ou éventuellement l'assureur devrait probablement payer, ... ;
- suivi et échange d'informations avec le médecin du patient dans le pays où réside le patient.

Attention, si le contrat concerne la médecine esthétique ou la chirurgie esthétique, il faut alors tenir compte des dispositions de la loi du 23 mai 2013.²² Cette loi impose certaines obligations en termes d'information, ainsi l'obligation de transmettre au patient une estimation des coûts.

5. Garantie de l'offre

Il incombe aux parties contractantes de prévenir tout conflit entre les besoins des patients belges et les patients d'autres Etats membres ; cela doit être pris en considération avant la conclusion du contrat. Il est fortement recommandé d'inclure dans le contrat une clause de sauvegarde en vue d'éviter une trop grande demande en soins à l'hôpital par les patients étrangers. Une telle clause n'est pas contradictoire avec la Directive 2011/24/UE (voir article 4, alinéa 3, en rapport avec la considération (21) de la Directive 2011/24/UE). En outre, il pourrait être envisagé de mentionner explicitement dans le contrat le nombre indicatif de patients, de traitements ou de procédures sur lequel ce contrat porte.

6. Règlement financier

Il n'est pas possible de prévoir des tarifs dérogatoires pour les citoyens européens. A cet égard, la Directive 2011/24/UE comprend une interdiction de discrimination très claire. La convention doit comporter une clause indiquant les tarifs en vigueur dans le pays où les soins sont dispensés, c'est-à-dire la Belgique.

D'ordinaire, l'autre partie contractante règle l'administration avec le patient. Le cas échéant, il faut s'accorder en détail sur les procédures et l'échange de données. Par ailleurs, l'établissement de factures claires joue un rôle important. Du reste, ce dernier point est explicitement prévu dans la Directive 2011/24/UE.

En ce qui concerne le règlement financier, les éléments suivants méritent une attention :

- le moment où a lieu le paiement : p.ex. après le traitement, au moment du retour du patient, régulièrement, ... ;
- qu'est-ce qui fait partie du paiement et comment cela est-il calculé : p. ex. la durée de l'hospitalisation, la procédure, le coût de capital, la médication, les frais généraux, ... ;
- la propre contribution financière du patient : p.ex. la médication, l'appareillage médical, les repas, les frais de téléphone, les frais de voyage, la modification du traitement planifié, ... ;
- et les règlementations pour les personnes accompagnatrices.

²² Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, *B.S.* 2 juillet 2013, 41511