

Observatoire
Mobilité des patients

2022

Rapport annuel

Observatoire de la mobilité des patients

RAPPORT ANNUEL

Table des matières

Avant-propos	2
1. Création, composition et missions	4
2. Patients étrangers en Belgique	6
3. Rapports d'activités	31
3.1 Généralités	31
3.2 Division en catégories de patients suivant le système de financement	32
3.3 <i>RHMbis</i>	36
3.4 FINHOSTA	38
3.5 Contrats de soins.....	39
3.6 Enregistrement des délais d'attente	45
4. Conclusion	50
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	53
Annexe 2 : Composition de l'Observatoire de la mobilité des patients, à la date du 30 avril 2013.....	56
Annexe 3 : Aperçu des conventions ZOAST	58
Annexe 4 : Soins programmés à des patients étrangers: impact sur le système belge de soins de santé. KCE Reports 169B.....	62

Avant-propos

Comme prévu, l'Observatoire de la Mobilité des Patients doit déposer chaque année avant le 1^{er} juillet un rapport dans lequel l'INAMI et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement communiquent toutes les informations nécessaires à l'Observatoire pour lui permettre de poursuivre l'exécution de ses missions (voir ci-après).

C'est la raison pour laquelle, j'ai le plaisir de vous présenter, ci-joint, le premier "Rapport annuel" dressant le bilan des travaux déjà réalisés par l'Observatoire depuis sa création.

Tout d'abord, on s'est efforcé d'**optimiser les systèmes d'enregistrement existants** dans le but de disposer d'informations aussi correctes et complètes que possible concernant le flux entrant de patients étrangers. À cette fin, une **nouvelle classification des diverses catégories de patients au sein des hôpitaux belges** a été définie, de façon à obtenir davantage de précisions sur la manière dont ces différents types de patients sont à relier aux diverses modalités de financement.

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 va favoriser la mobilité transfrontalière des patients. Ce phénomène mérite assurément notre attention.

Le phénomène des patients qui viennent se faire soigner en Belgique est tout sauf une nouveauté. Des patients néerlandais fréquentent en effet nos hôpitaux depuis la fin des années 1970. Mais ces dix à quinze dernières années :

- ce phénomène a fait l'objet d'une attention accrue en raison de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne, de différentes études, d'articles parus dans la presse, etc.
- il existe clairement un besoin réel et croissant de soins transfrontaliers du fait notamment que certains soins médicaux ne peuvent être dispensés dans certains pays en raison d'un manque de personnel qualifié ou de problèmes de capacité rendant impossible un traitement à bref délai avec pour conséquence l'apparition de listes d'attente. Pour remédier à ces problèmes, de nouveaux plans stratégiques ont été déployés dans le but, par exemple, de résorber les **listes d'attente. Une des options possibles est la conclusion de contrats** avec des prestataires ou des établissements de soins à l'étranger afin de prendre en charge les patients concernés.

Ce **besoin réel de soins transfrontaliers**, qui se manifeste dans certains Etats membres, offre par ailleurs diverses opportunités qu'il convient d'exploiter au mieux. Pour ce qui concerne la Belgique, et pour autant que les hôpitaux belges disposent encore d'une certaine capacité au niveau des structures et des prestataires de soins, l'admission de patients étrangers - par exemple dans le cadre d'un contrat conclu avec un organisme étranger d'assurance soins de santé - pourrait contribuer à optimiser l'utilisation de cette capacité.

Les chapitres qui vont suivre, décrivent les missions que l'Observatoire a déjà accomplies, répondant ainsi déjà dans une large mesure aux recommandations stratégiques formulées par le KCE dans le cadre de l'étude *"Elective care for foreign patients: potential impact on the Belgian healthcare system"*.

Il ne s'agit toutefois que d'un premier rapport annuel et d'un début. Il est évident que l'Observatoire continuera à l'avenir de s'acquitter des missions qui lui sont imparties.

Veillez croire en l'assurance de ma considération distinguée.

Christiaan Decoster,

Président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Directeur général 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 reproduction du rapport rédigé par le Service Data Management en 2010 sur la mobilité des patients non-résidents en Belgique en préparation de la première réunion de l'Observatoire.

Les chiffres présentés ici concernent principalement les trois dernières années disponibles dans la banque de données Recueil Hospitaliers Minimales (ci-après : RHM) des années 2008-2010. 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 2007 a également été prise en considération. Les sélections ont été faites sur les séjours classiques (*inpatients*) et de jour (*day-cases*), en excluant les séjours d'urgence ou les séjours de longue durée et aussi les séjours dans des hôpitaux de réhabilitation.

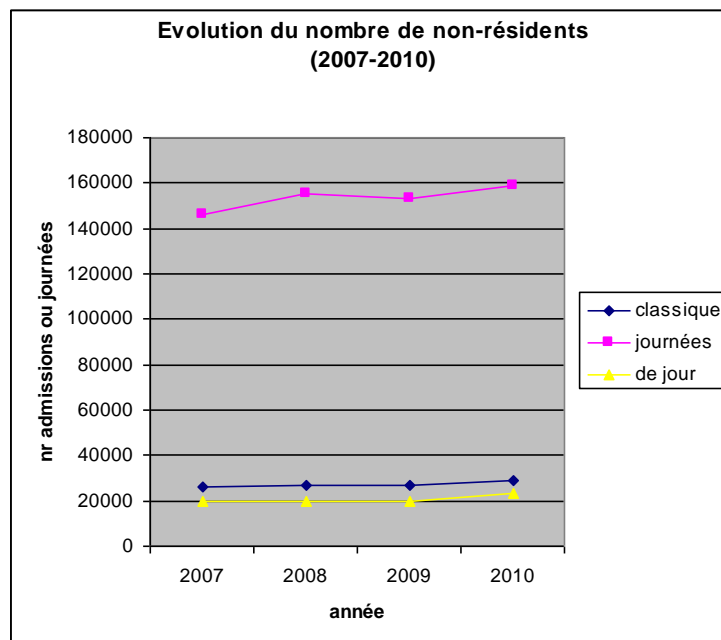
Dans ce chapitre figurent des tableaux, des graphiques et des cartes montrant :

- l'évolution 2007-2010 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 2007-2010 du nombre de séjours de non-résidents par pays de domicile ;
- la distribution par âge et par sexe (2008-2010) pour les résidents et les non-résidents ;
- la liste des affections les plus fréquentes (2008-2010) pour lesquelles viennent se faire hospitaliser les non-résidents, en fonction de catégories de diagnostics (diagnostics principaux) ;
- la répartition géographique (2008-2010) 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 (2008-2010).

Tableau 1. Nombre de séjours et nombre de journées en hospitalisation classique, nombre de séjours en hospitalisation de jour, par résidence, 2007-2010.

année	Nombre séjours classiques				Nombre journées classiques				Nombre séjours de jour			
	résident		non-résident		résident		non-résident		résident		non-résident	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	1747265	98,5	26401	1,5	12745270	98,5	145908	1,5	1411634	98,6	19415	1,4
2008	1809613	98,5	27111	1,5	13994410	98,5	155056	1,5	1505981	98,7	19508	1,3
2009	1818220	98,5	27158	1,5	13758730	98,5	153141	1,5	1578269	98,8	19716	1,2
2010	1829890	98,5	28690	1,5	13646036	98,5	158762	1,5	1779959	98,7	23623	1,3
total	7204988	98,5	109360	1,5	54144446	98,5	612867	1,5	6275843	98,7	82262	1,3

Graphique 1. Evolution du nombre d'admissions et de journées en classique, et d'admissions de jour chez les non-résidents, Belgique 2007 – 2010.



De 2007 à 2010, le nombre de séjours classiques (inpatients) a augmenté de 2.289 unités et le nombre de séjours de jour (day-cases) de 4.208 unités. Le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté de 12.854 unités. 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%) en hospitalisation classique (tableau 1 et graphique 1). En hospitalisation de jour, ce pourcentage a oscillé entre 1,2% et 1,4%. 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, 2008-2010.

Pays	Diagnostics		Total	
	classique	De jour	N	%
Pays-Bas	46078	39045	85123	58,4
France	16811	12123	28934	19,8
GD Luxembourg	3731	2822	6553	4,5
Italie	2052	2120	4172	2,9
Grande-Bretagne	3286	807	4093	2,8
Allemagne	2190	1661	3851	2,6
Espagne	1117	685	1802	1,2
Pologne	924	246	1170	0,8
Roumanie	523	182	705	0,5
Etats-Unis d'Amérique	493	192	685	0,5

Graphique 2. Pie-chart des 10 pays principaux, non-résidents, séjours classiques et de jour, Belgique, 2008-2010.

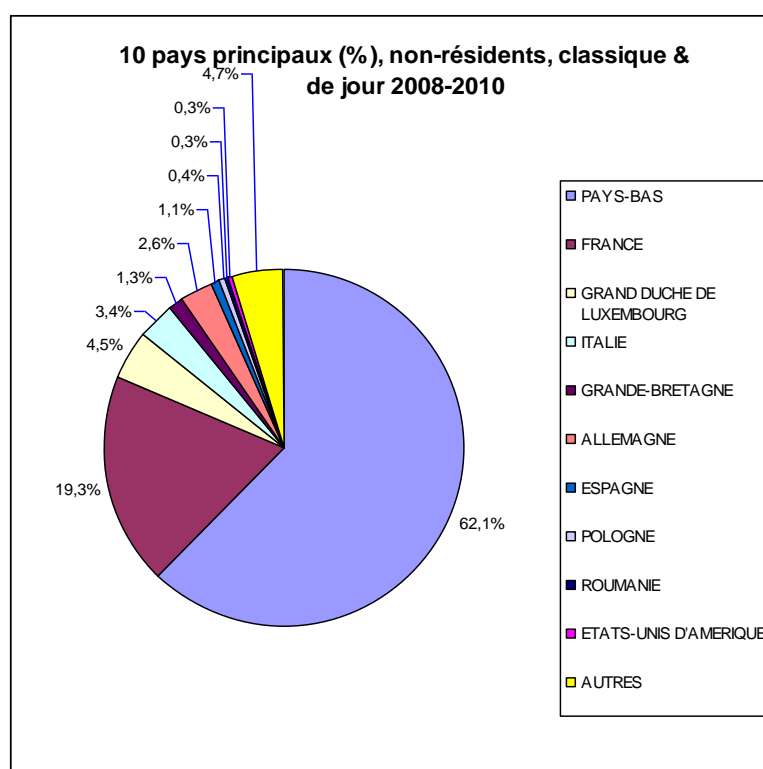
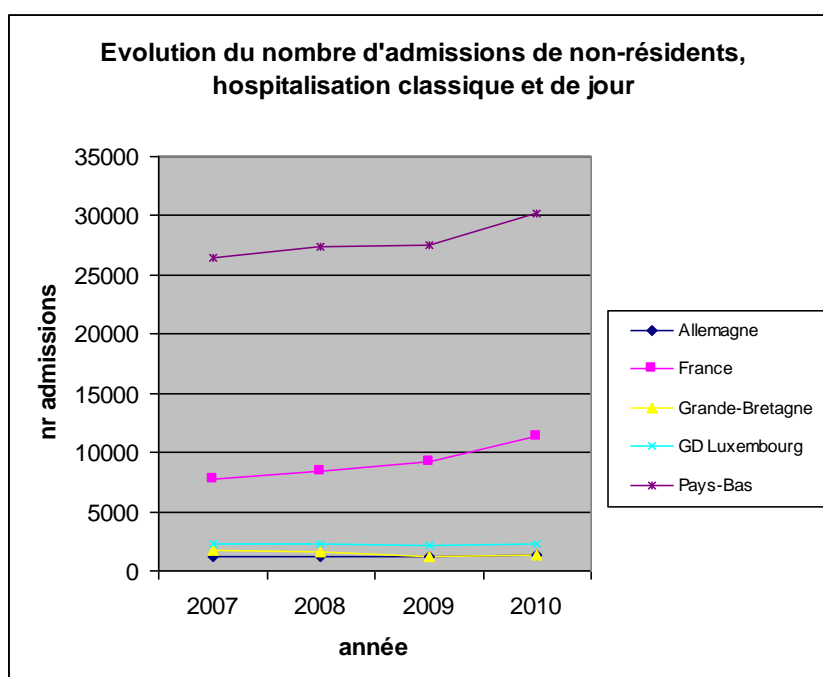


Tableau 3. Evolution du nombre de non-résidents (séjours classiques et de jour, tous diagnostics et procédures) en provenance de pays voisins, Belgique 2007-2010.

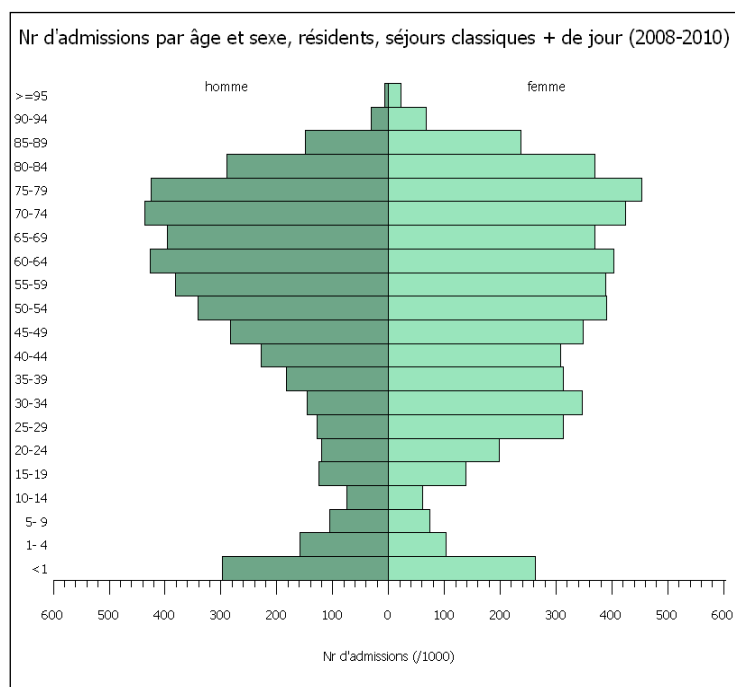
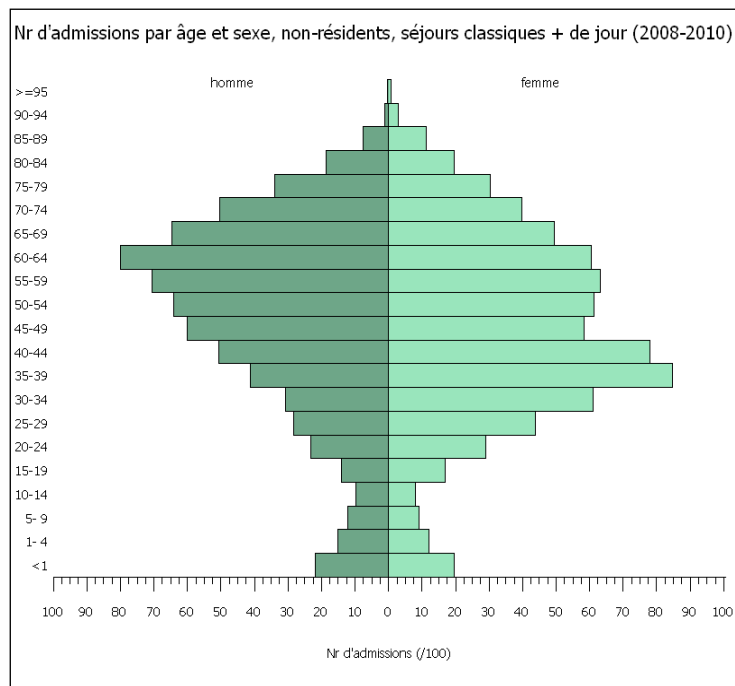
Pays	2007	2008	2009	2010
Allemagne	1138	1232	1241	1378
France	7742	8369	9237	11328
Grande-Bretagne	1765	1562	1254	1277
GD Luxembourg	2214	2210	2089	2254
Pays-Bas	26452	27425	27546	30152

Graphique 3. Evolution du nombre de non-résidents (séjours classiques et de jour, tous diagnostics et procédures) en provenance de pays voisins, Belgique 2007-2010.



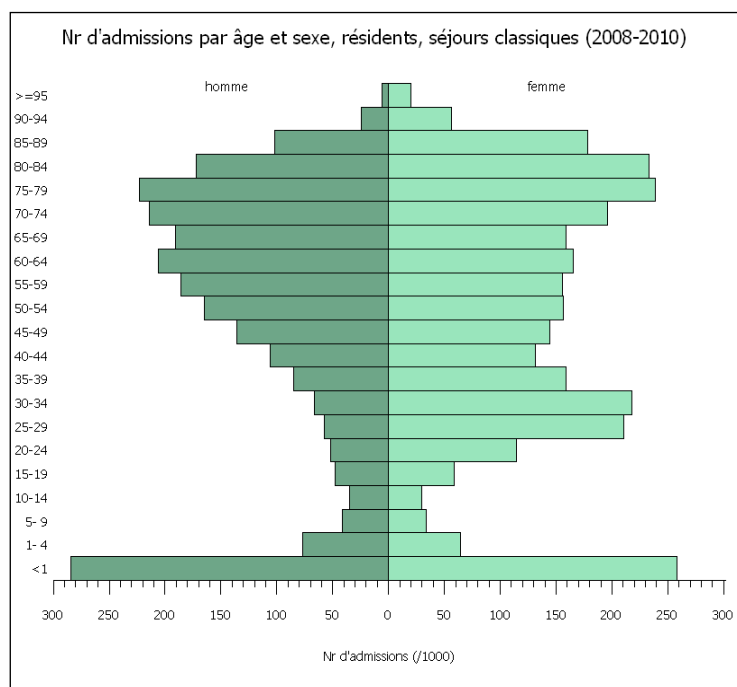
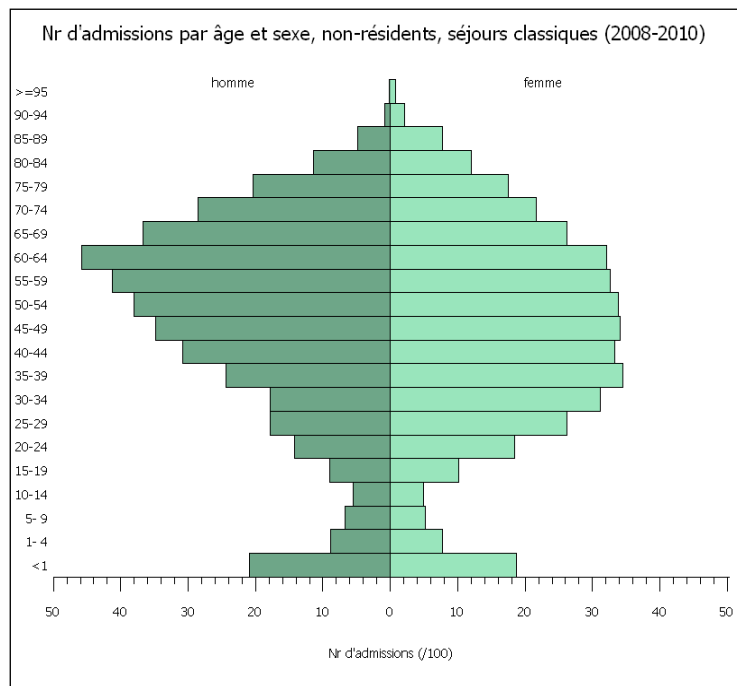
La plupart des non-résidents qui viennent se faire soigner en Belgique sont domiciliés dans l'un des 10 pays représentés sur la tableau 2 et le graphique 2. Les séjours hospitaliers de ces patients constituent 94% du total des séjours de non-résidents. Sans surprise, les pays voisins de la Belgique sont parmi les plus représentés, en particulier les Pays-Bas (58,4%) et la France (19,8%). 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 continue à augmenter, passant de 26.452 à 30.152 séjours entre 2007 et 2010 (tableau 3 et graphique 3).

Graphiques 4 & 5. Nombre d'admissions classiques et de jour, par résidence, sexe et âge, Belgique 2008-2010.



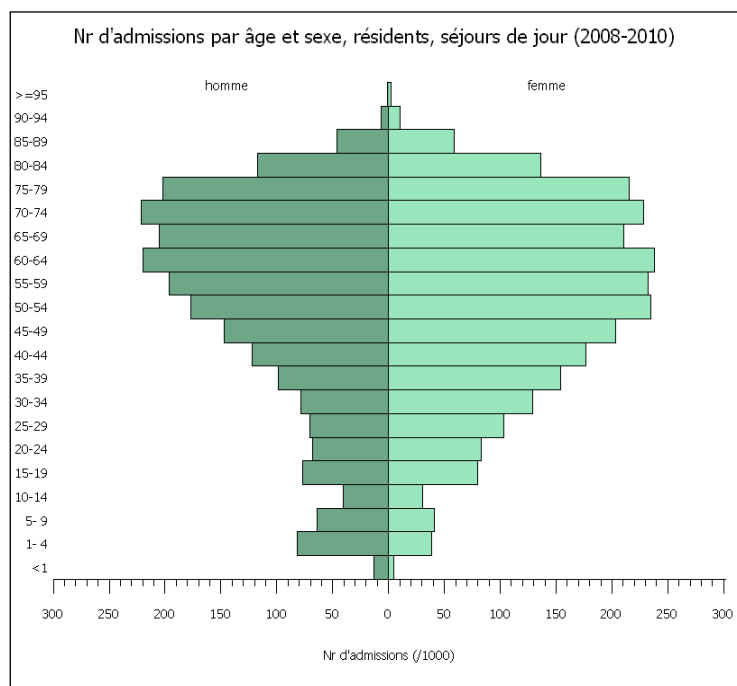
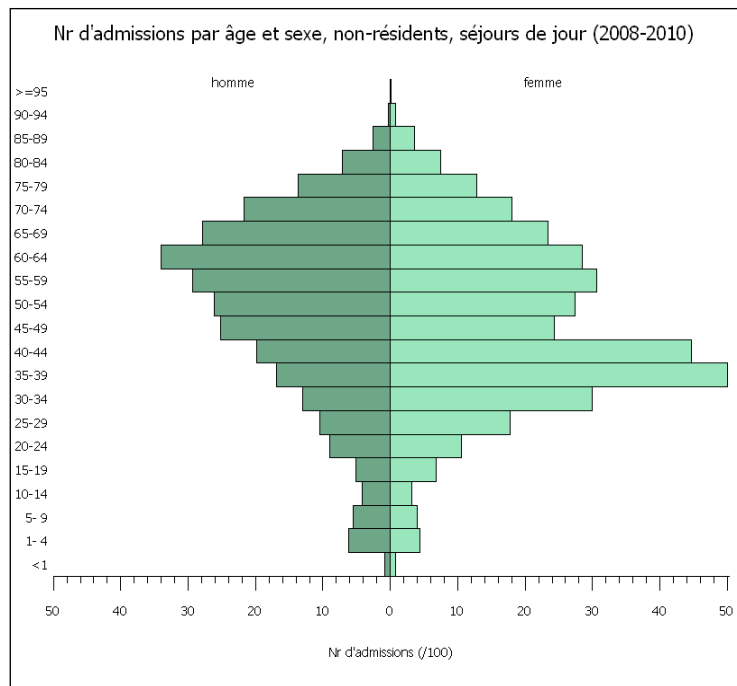
La distribution par âge et par sexe pour tous les séjours (classiques et de jour) présente quelques différences entre non-résidents et résidents, notamment pour la tranche d'âge 60-64 ans chez les hommes, la tranche d'âge 35-39 et 40-44 chez les femmes, et la tranche d'âge <1 an (graphiques 4 & 5). A noter que les séjours peuvent être des réadmissions.

Graphiques 6 & 7. Nombre d'admissions classiques, par résidence, sexe et âge, Belgique 2008-2010.



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, chez les hommes pour la classe d'âge 60-64 ans, également pour les <1 an (Graphiques 6 et 7). Rappelons que les séjours peuvent aussi être des réadmissions.

Graphiques 8 & 9. Nombre d'admissions de jour, par résidence, sexe et âge, Belgique 2008-2010.



Les graphiques 8 et 9 montrent également de notables différences entre les séjours (y compris les réadmissions, comme dans le cas des chimio- et radiothérapie) de non-résidents et de résidents, en particulier chez les enfants de 1-9 ans et les femmes.

Tableau 4. Nombre de séjours classiques et de jours par résidence et chapitre ISHMT, Belgique 2008-2010.

Catégorie de diagnostic ISHMT	Classique				De jour			
	origine							
	non-résident		résident		non-résident		résident	
	N	%	N	%	N	%	N	%
100	1493	1,1	134720	98,9	202	0,8	23852	99,2
200	5618	1,5	365412	98,5	3683	1	382790	99
300	455	0,9	47881	99,1	779	0,7	118439	99,3
400	6053	3,5	167800	96,5	373	1,1	33573	98,9
500	1056	0,9	121599	99,1	254	2	12374	98
600	3046	1,3	230611	98,7	2189	1,2	176984	98,8
700	976	2,3	41779	97,7	4186	1,2	359680	98,8
900	10179	1,5	656350	98,5	3430	2,1	157720	97,9
1000	3455	0,8	432004	99,2	918	0,7	133127	99,3
1100	6274	1,2	528290	98,8	5590	0,8	684700	99,2
1200	581	1,3	44578	98,7	334	0,7	46155	99,3
1300	14313	3	458448	97	11398	1,4	807142	98,6
1400	3660	1,2	295474	98,8	3440	1,4	239415	98,6
1500	3577	0,8	441561	99,2	603	1	61218	99
1600	191	1,2	16055	98,8	7	0,6	1162	99,4
1800	2722	1,1	240382	98,9	1041	1,1	91676	98,9
1900	10787	2	520946	98	3738	2,1	171618	97,9
2100	8523	1,2	713833	98,8	20682	1,5	1362584	98,5
total	82959	1,5	5457723	98,5	62847	1,3	4864209	98,7

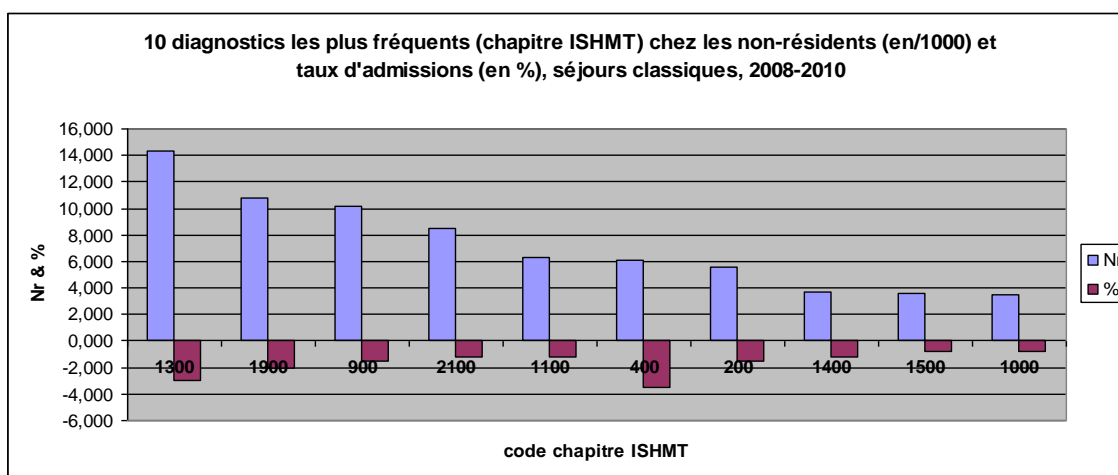
0100 = Certain infectious and parasitic diseases ; 0200 = Neoplasms ; 0300 = Diseases of the blood and bloodforming organs and certain disorders involving the immune mechanism ; 0400 = Endocrine, nutritional and metabolic diseases ; 0500 = Mental and behavioural disorders ; 0600 = Diseases of the nervous 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'assurance sociale (que nous n'avons pas étudiée dans cette courte étude).

Tableau 5. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, 2008-2010.

Code chapitre ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admission du Nr (1) / (2)x100	Proportion chapitre sur total Nr adm. (%)
1300	Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif	14313	472761	3	17,3
1900	Lésions, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	10787	531733	2	13,0
900	Maladies du système circulatoire	10179	666529	1,5	12,3
2100	Facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	8523	722356	1,2	10,3
1100	Maladies du système digestif	6274	534564	1,2	7,6
400	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	6053	173853	3,5	7,3
200	Néoplasmes	5618	371030	1,5	6,8
1400	Maladies du système génito-urinaire	3660	299134	1,2	4,4
1500	Grossesse, naissance et puerperium	3577	445148	0,8	4,3
1000	Maladies du système respiratoire	3455	435459	0,8	4,2

Graphique 10. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents, séjours classiques, 2008-2010.

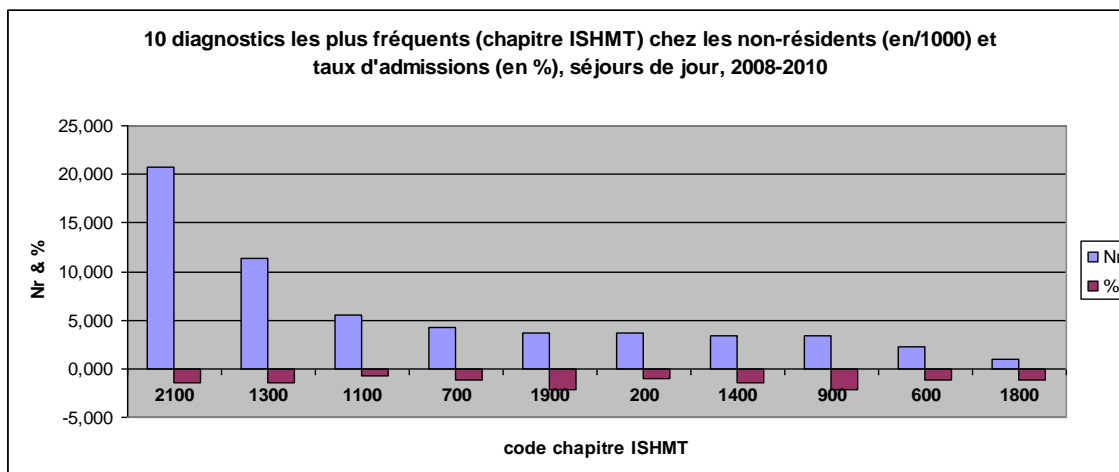


Le tableau 5 et le graphique 10 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents (“chapitres” ISHMT) dans le cas des séjours classiques (*inpatients*), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur le graphique 10, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000, et les pourcentages sont indiqués en négatif. Les maladies du système endocrinien (code 400) et du système locomoteur/tissu conjonctif (code 1300) ont les taux d’admission (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés. Les groupes 1300, 1900, 900 et 2100 représentent plus de 50% des séjours hospitaliers de non-résidents.

Tableau 6. Catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, 2008-2010.

Code chapitre ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admission du Nr (1) / (2)x100	Proportion chapitre sur total Nr adm. (%)
2100	Facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	20682	1383266	1,5	32,9
1300	Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif	11398	818540	1,4	18,1
1100	Maladies du système digestif	5590	690290	0,8	8,9
700	Maladies des yeux et des annexes	4186	363866	1,2	6,7
1900	Lésions, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	3738	175356	2,1	5,9
200	Néoplasmes	3683	386473	1	5,9
1400	Maladies du système génito-urinaire	3440	242855	1,4	5,5
900	Maladies du système circulatoire	3430	161150	2,1	5,5
600	Maladies du système nerveux	2189	179173	1,2	3,5
1800	Symptômes, signes et anomalies cliniques et de laboratoire, non classifiés ailleurs	1041	92717	1,1	1,7

Graphique 11. 10 catégories de diagnostics les plus fréquentes (chapitre ISHMT), non-résidents, séjours de jour, 2008-2010.

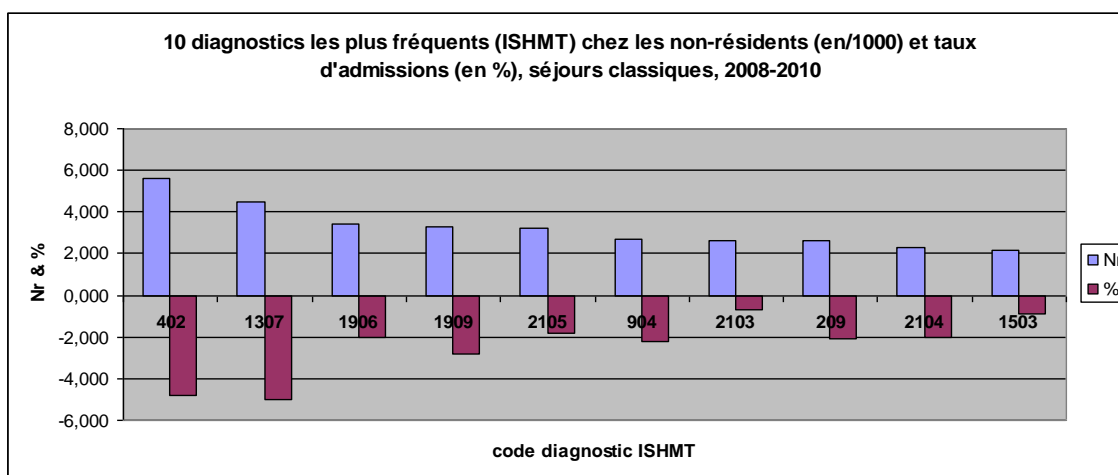


Le tableau 6 et le graphique 11 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents ("chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours de jour (*day-cases*), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur le graphique 11, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000, et les pourcentages sont indiqués en négatif. Les maladies du système circulatoire (code 900) et les affections liées aux blessures, empoisonnement et autres causes externes (code 1900) ont les taux d'admission (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés. Les groupes 2100 et 1300 représentent plus de 50% des séjours hospitaliers de non-résidents.

Tableau 7. 10 diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, 2008-2010.

Code ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admission du Nr (1) / (2)x100	Proportion chapitre sur total Nr adm. (%)
402	Autres affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5615	115867	4,8	6,8
1307	Lésions des disques intervertébraux	4473	89994	5	5,4
1906	Autres lésions	3429	168149	2	4,1
1909	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non spécifiées ailleurs	3271	115531	2,8	3,9
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	3235	179002	1,8	3,9
904	Autres maladies cardiaques ischémiques	2684	123397	2,2	3,2
2103	Enfants nés vivants selon endroit de naissance (nouveau-nés sains)	2607	379803	0,7	3,1
209	Autres néoplasmes malins	2595	125295	2,1	3,1
2104	Autres soins médicaux (y compris sessions de radio-et chimiothérapie)	2268	112599	2	2,7
1503	Complications de la grossesse, principalement dans la période anténatale	2175	244550	0,9	2,6

Graphique 12. 10 diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents, séjours classiques, 2008-2010.

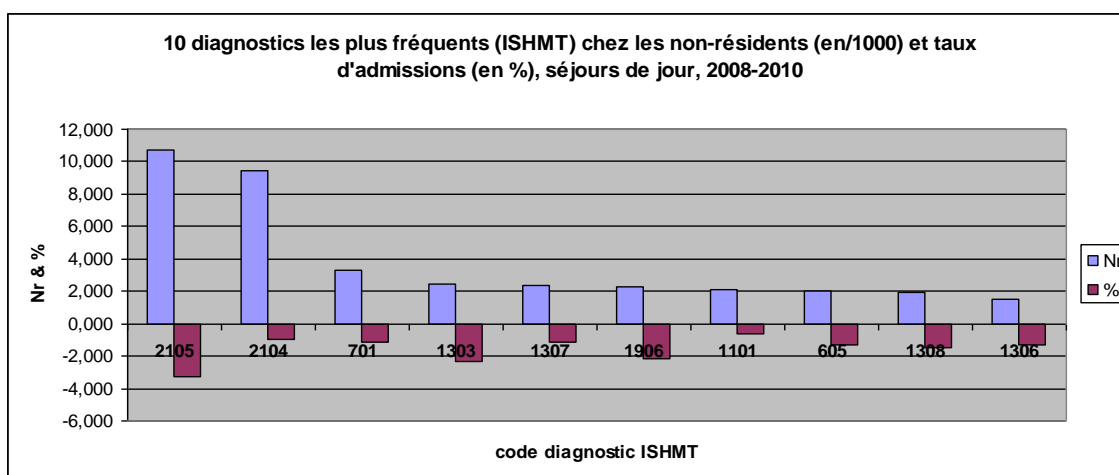


Le tableau 7 et le graphique 12 donnent la liste des 10 groupes de diagnostics les plus fréquents (codes ISHMT à granularité plus élevée que celle des "chapitres" ISHMT) dans le cas des séjours classiques (*inpatients*), tant pour les non-résidents que pour le total des résidents et non-résidents. Sur le graphique 12, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000 et les pourcentages sont indiqués en négatif. Les diagnostics du groupe 402 (affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques) et 1307 (lésion des disques intervertébraux) ont les taux d'admission (rapport séjours non-résident sur séjours totaux pour le groupe de diagnostics) les plus élevés.

Tableau 8. 10 diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, 2008-2010.

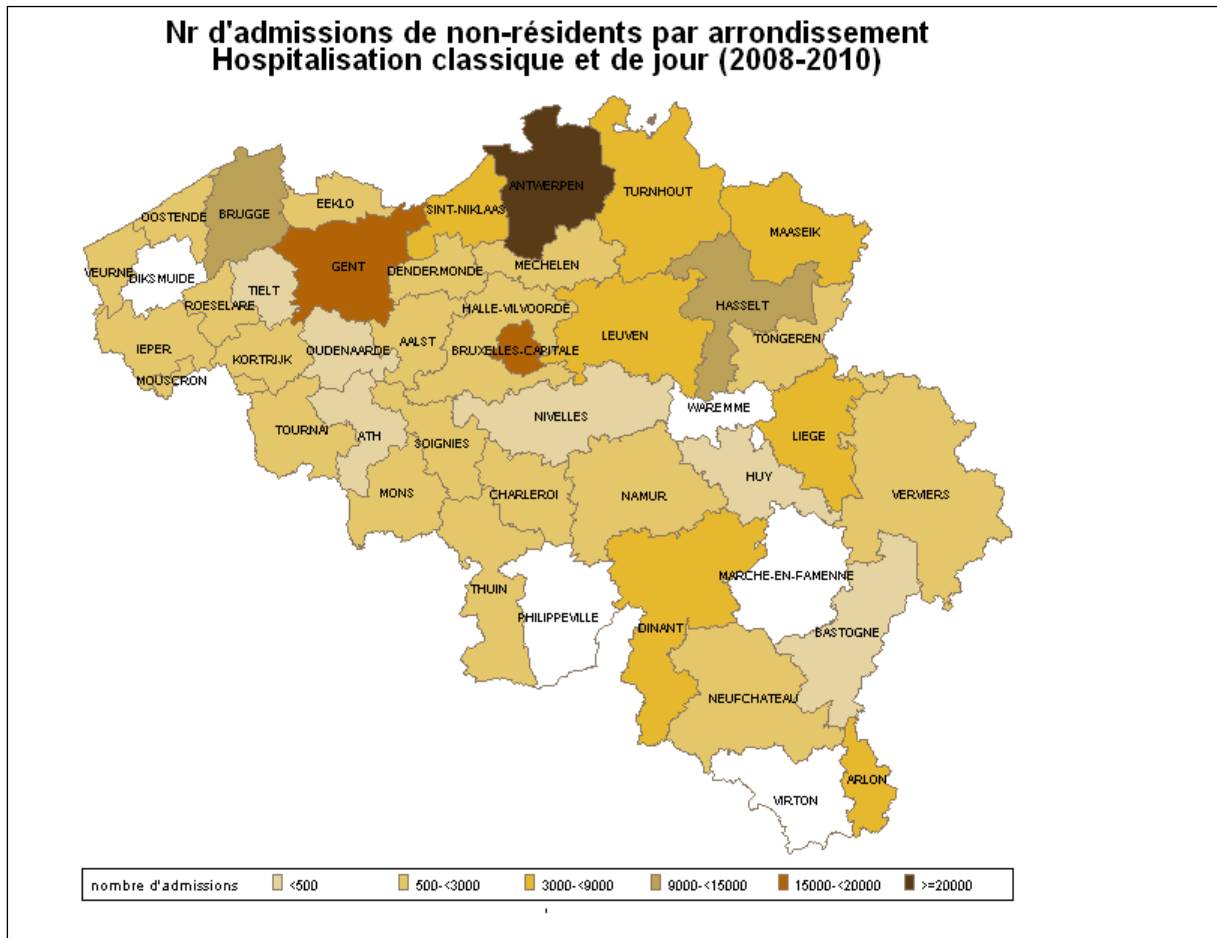
Code ISHMT	Diagnostic	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admission du Nr (1) / (2)x100	Proportion chapitre sur total Nr adm. (%)
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé	10709	324529	3,3	17
2104	Autres soins médicaux (y compris sessions de radio- et chimiothérapie)	9475	994064	1	15,1
701	Cataracte	3307	305347	1,1	5,3
1303	Désordre interne du genou	2417	103160	2,3	3,8
1307	Lésions du disque intervertébral	2359	224076	1,1	3,8
1906	Autres lésions	2313	103562	2,2	3,7
1101	Affections des dents et des gencives	2066	326102	0,6	3,3
605	Autres maladies du système nerveux	2038	161755	1,3	3,2
1308	Dorsalgie	1920	129275	1,5	3,1
1306	Dorsopathies déformantes et spondylopathies	1540	115908	1,3	2,5

Graphique 13. 10 diagnostics les plus fréquents (ISHMT), non-résidents, séjours de jour, 2008-2010.



Le tableau 8 et le graphique 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 le graphique 13, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000 et les pourcentages sont indiqués en négatif. 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 d'admission (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.

Carte 1. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique et de jour, Belgique 2008-2010.

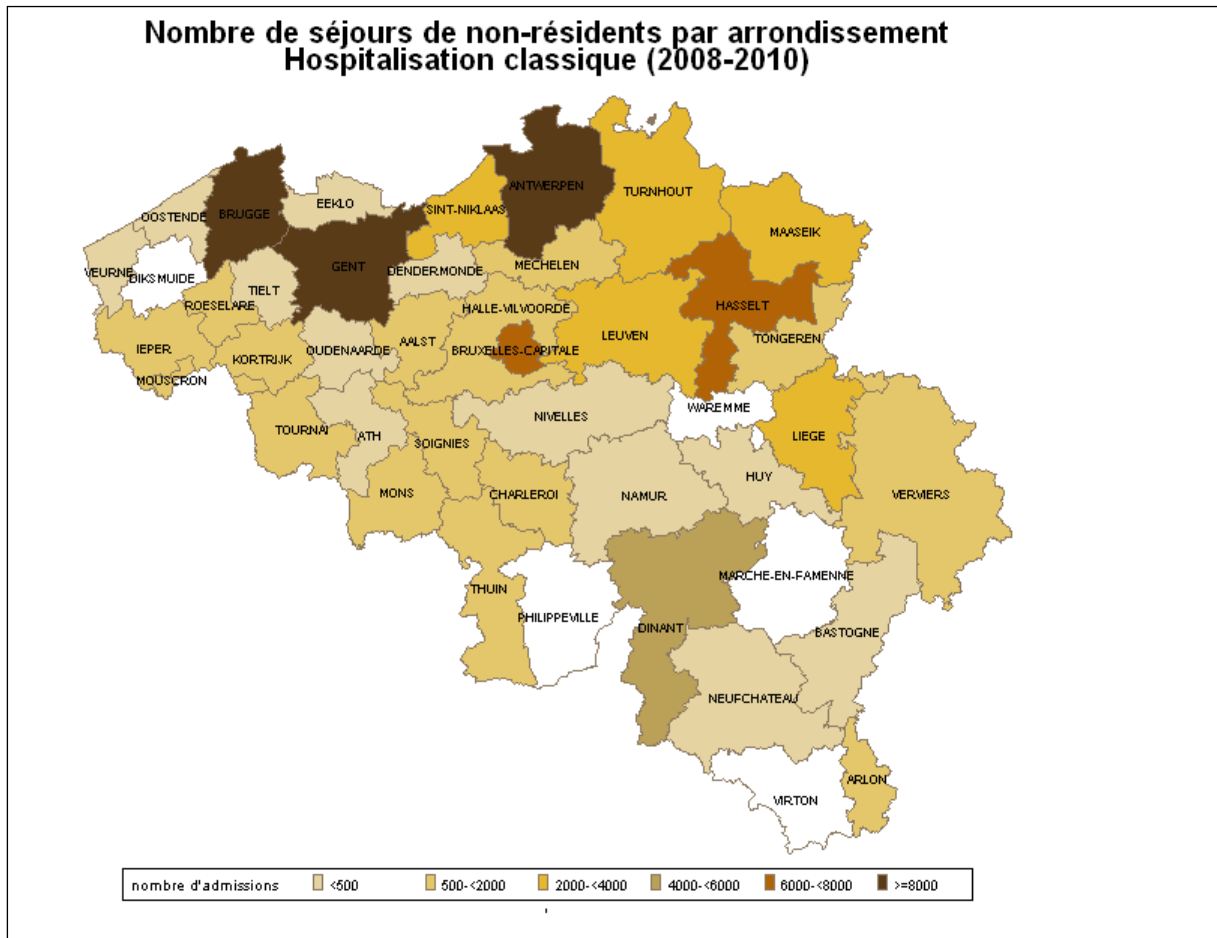


La carte 1 illustre la répartition géographique du nombre de séjours hospitaliers totaux (classiques et de jour) dans le cas des patients non-résidents. Il s'agit ici d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients.

Plus la couleur de l'arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours hospitaliers pour patients non-résidents est élevé. Dans les arrondissements représentés en blanc sur la carte, il n'y a eu aucun séjour de non-résidents.

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

Carte 2. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, Belgique 2008-2010.

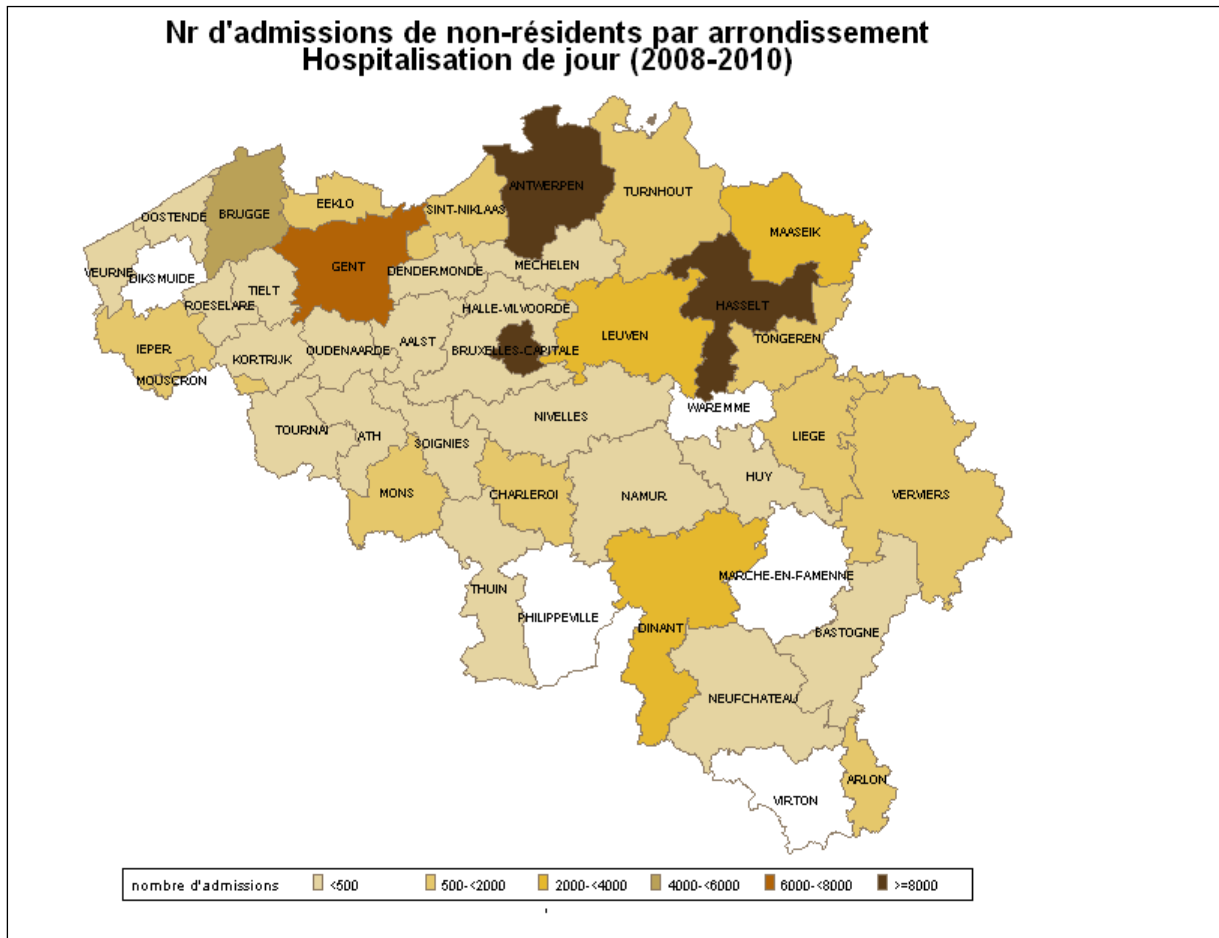


La carte 2 illustre la répartition par arrondissement du nombre de séjours hospitaliers classiques (*inpatients*) dans le cas des patients non-résidents. Ici aussi, il s'agit d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients.

Plus la couleur de l'arrondissement est foncée, plus le nombre de séjours hospitaliers pour patients non-résidents est élevé. Dans les arrondissements représentés en blanc sur la carte, il n'y a eu aucun séjour de non-résidents

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

Carte 3. Distribution géographique ; nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, Belgique 2008-2010.

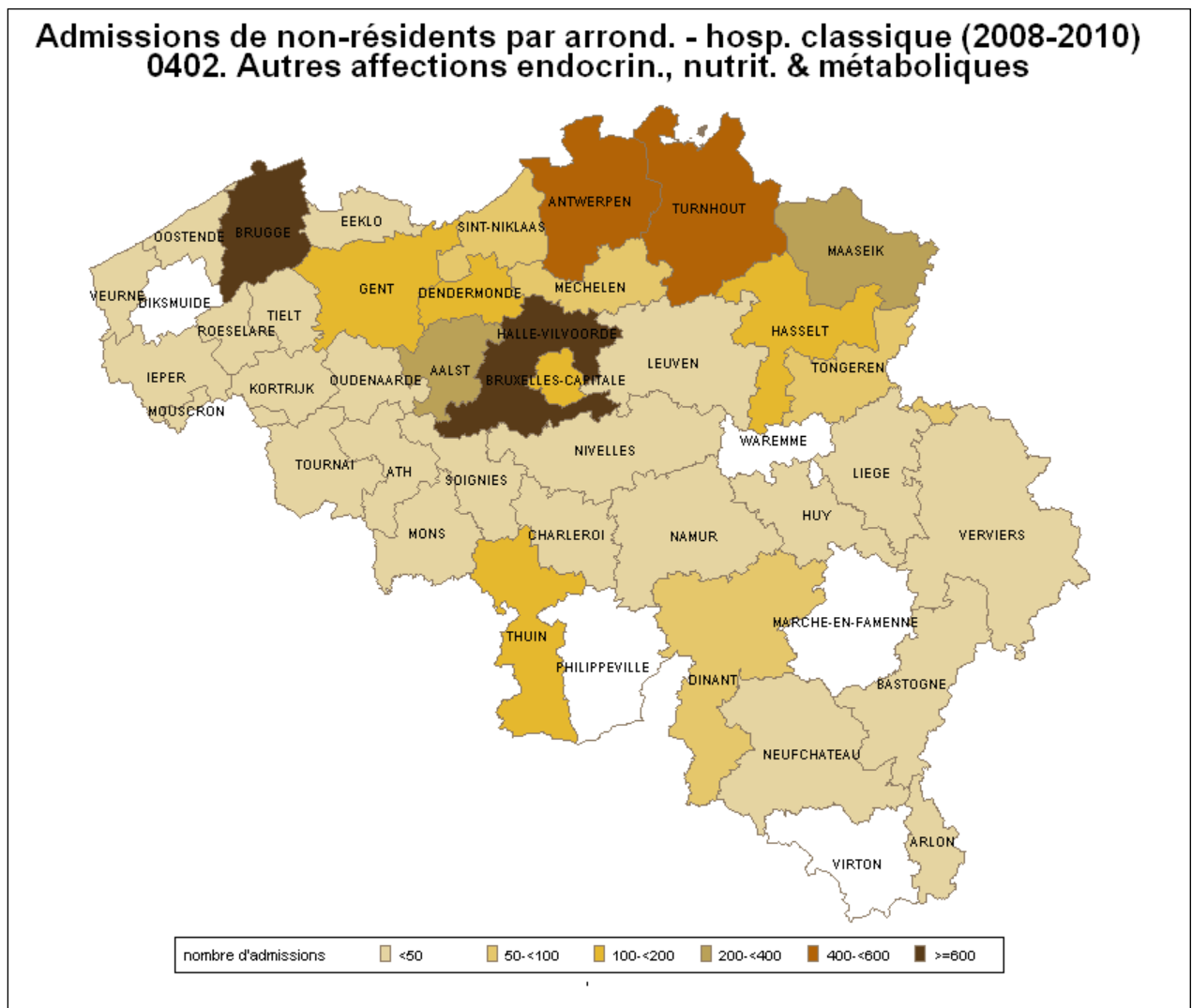


Sur la carte 3, la distribution géographique concerne les hospitalisations de jour (*day-cases*) des non-résidents. Comme pour les cartes précédentes, il s'agit d'arrondissements où se trouvent les hôpitaux où ont séjourné ces patients.

Les arrondissements d'Anvers, Bruxelles-Capitale, Gand, Bruges et Hasselt ont le plus de séjours hospitaliers de non-résidents et ont une couleur de tonalité plus foncée.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

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, Belgique 2008-2010.

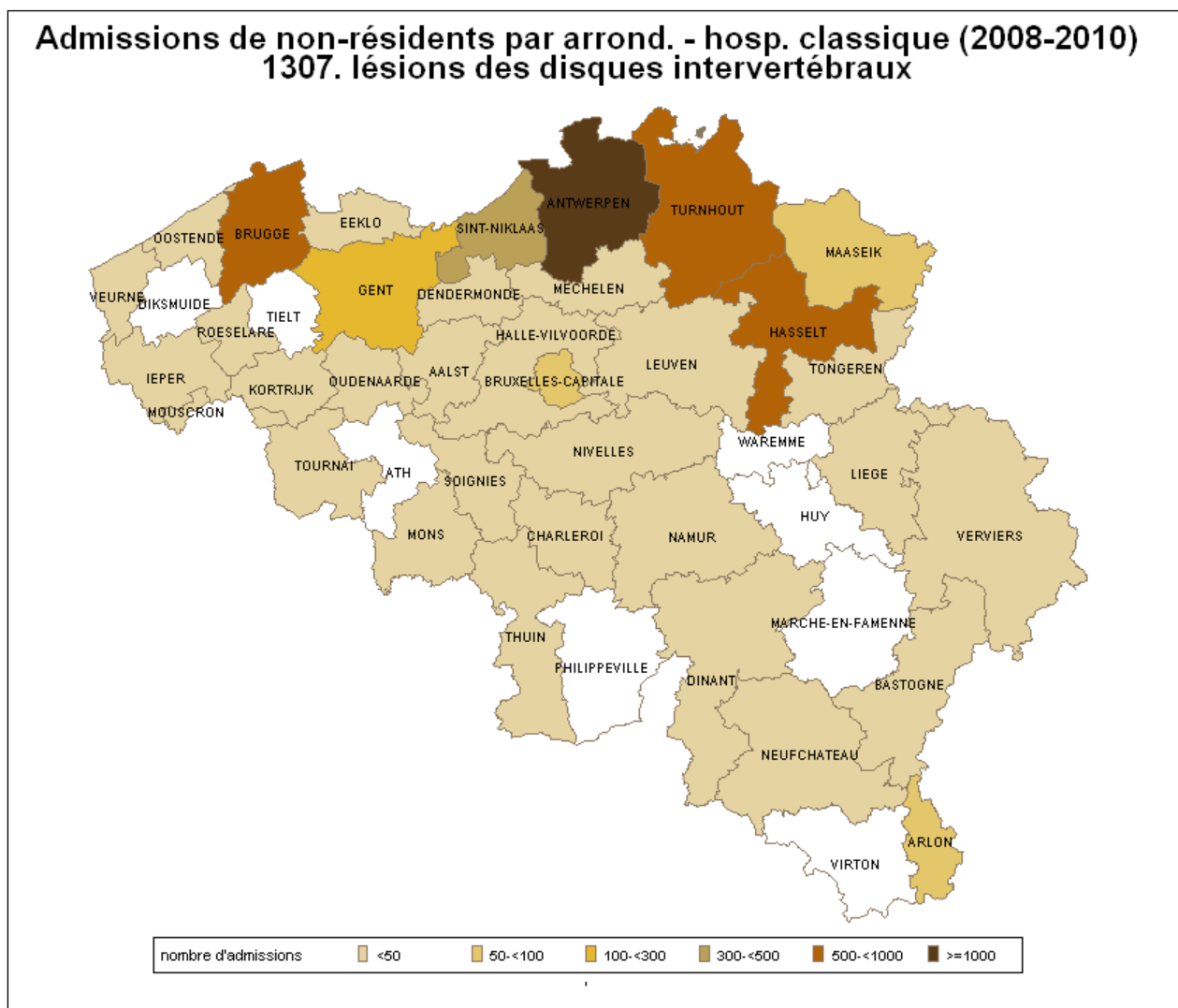


La carte 4 montre la distribution du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 0402 (Autres affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7).

Les arrondissements de Bruges, Halle-Vilvorde, Anvers et Turnhout ont une couleur plus foncée et présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour cette affection.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

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

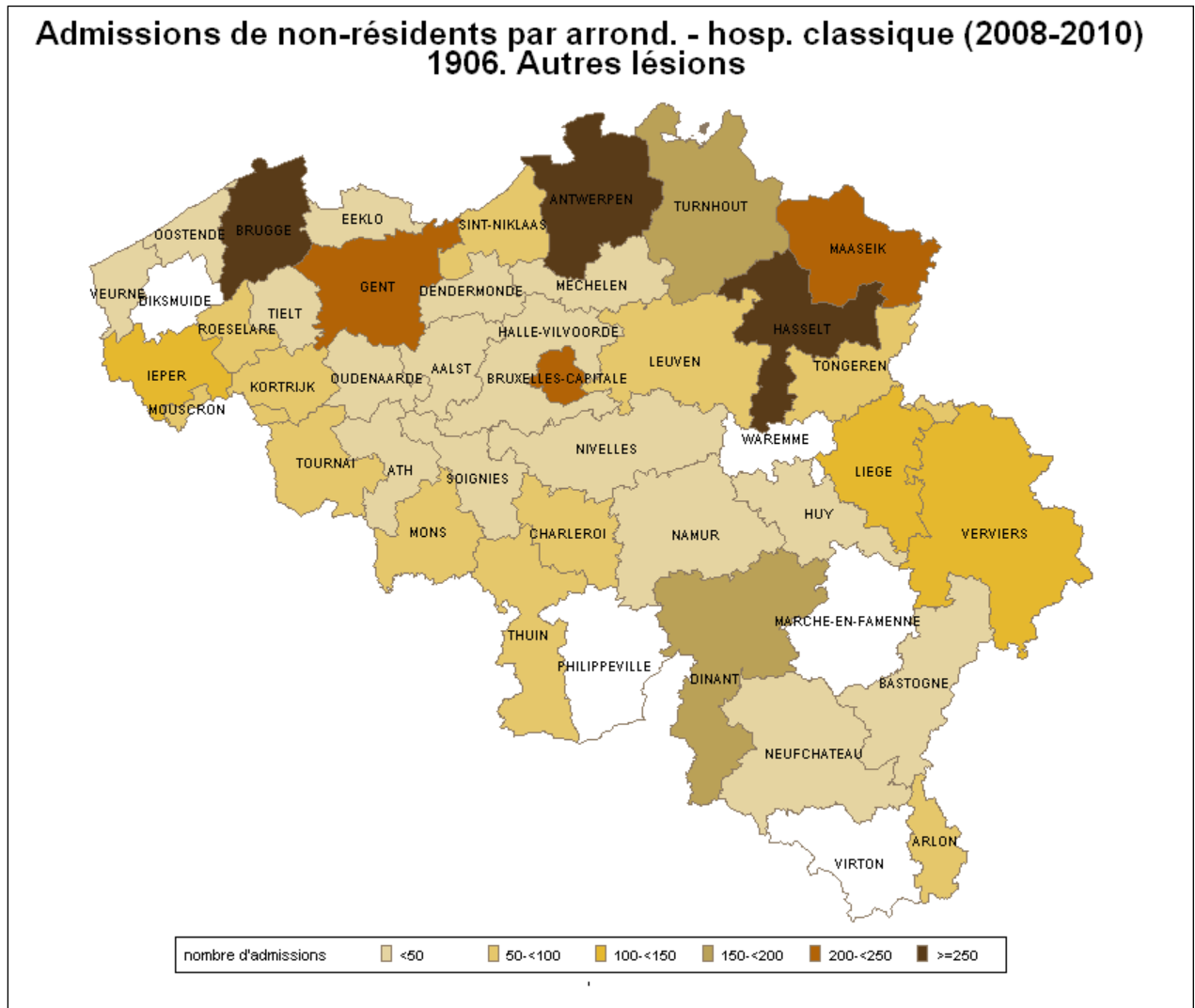


La carte 5 montre la distribution du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 1307 (lésions des disques intervertébraux) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7).

Les arrondissements d'Anvers, Bruges, Turnhout et Hasselt, de couleur plus foncée, présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour cette affection.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Carte 6. Code IHSMT 1906. Autres lésions: distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation classique, Belgique 2008-2010.

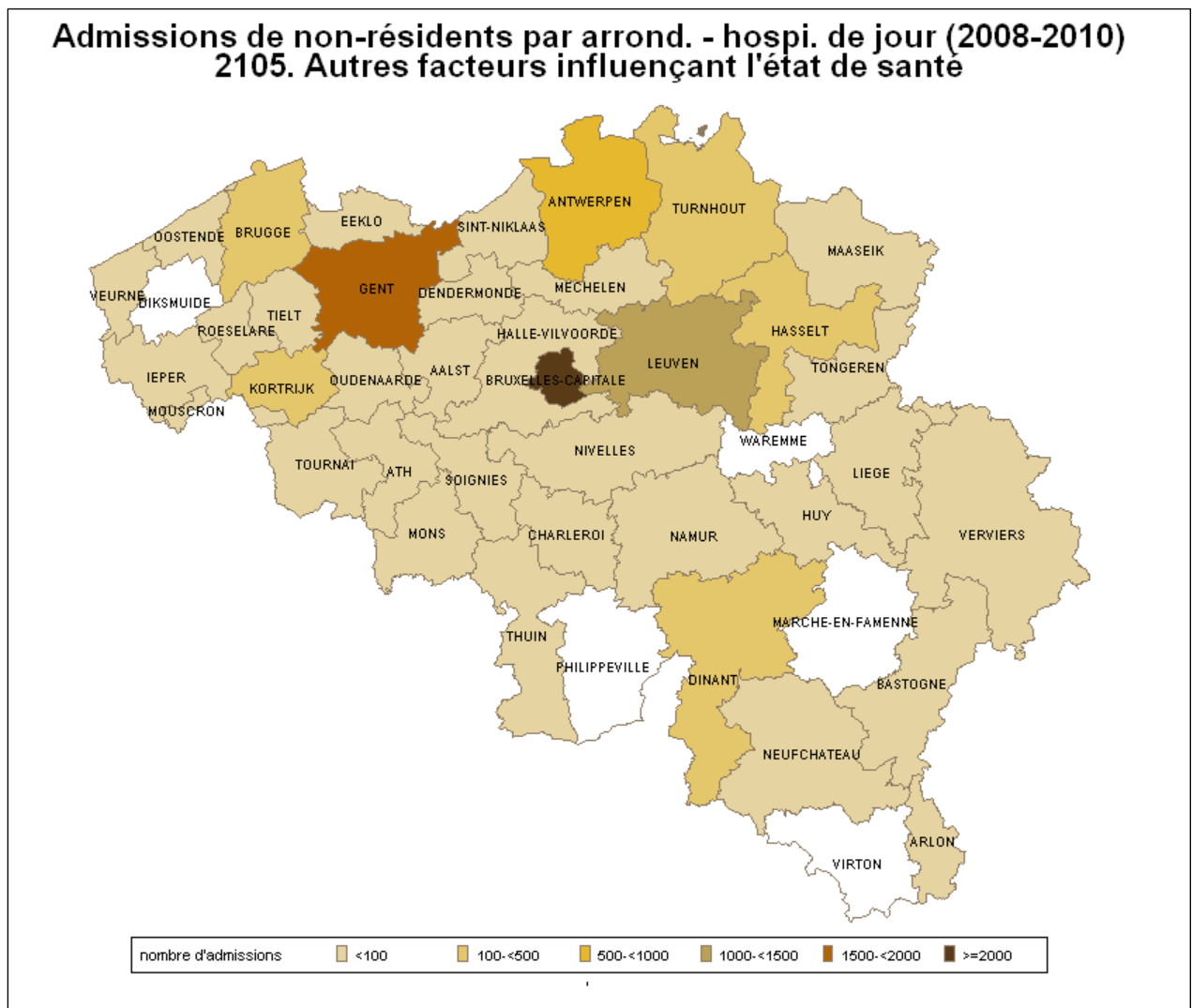


La carte 6 montre la distribution géographique du nombre de séjours classiques pour la catégorie de diagnostic ISHMT 1906 (Autres lésions) qui figure dans le « top 10 » (tableau 7).

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

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Carte 7. Code IHSMT 2105. Autres facteurs influençant l'état de santé: distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, Belgique 2008-2010.

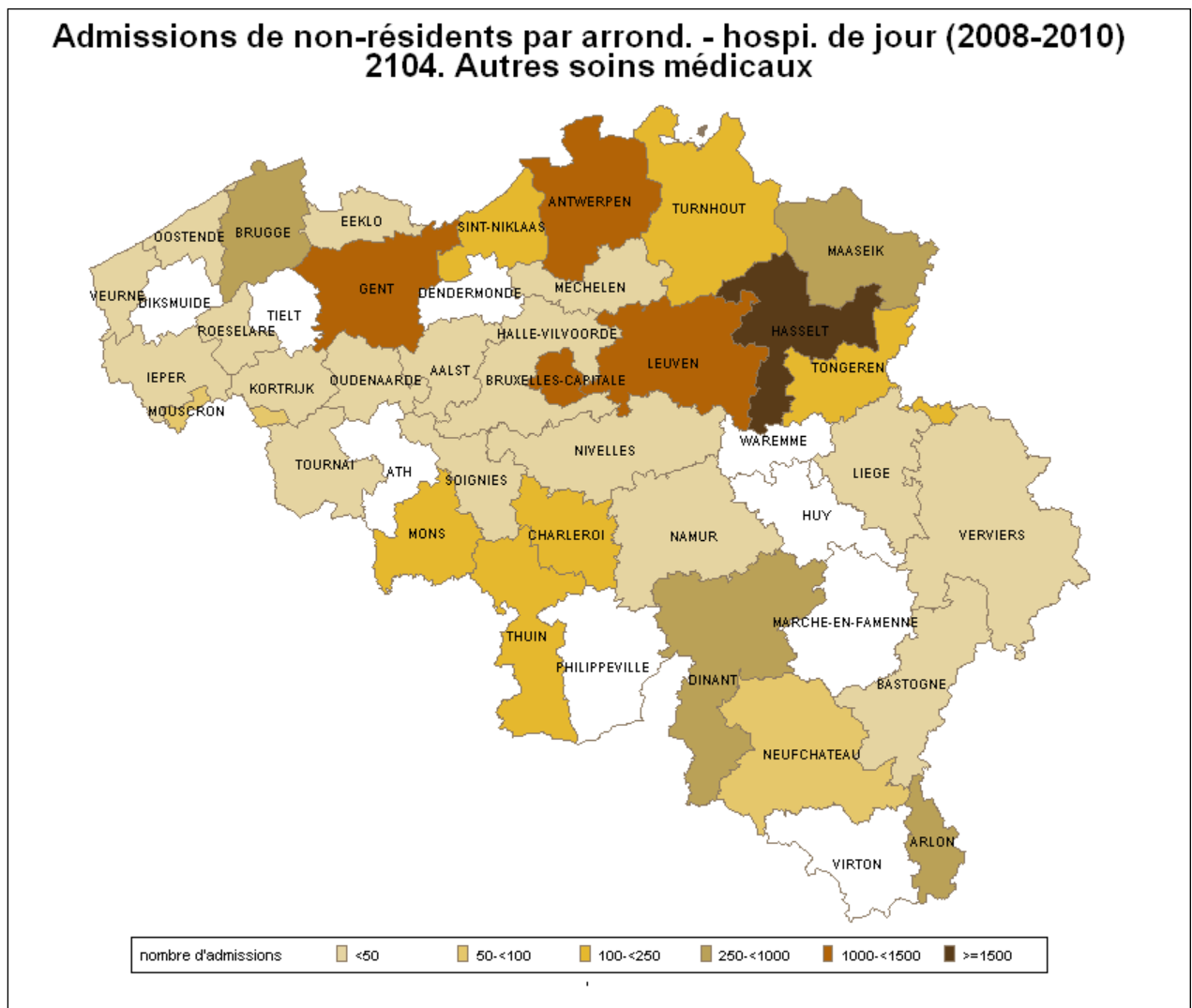


La carte 7 montre la distribution géographique (par arrondissement d'hôpital) du nombre de séjours (*day-cases*) pour la catégorie de diagnostic ISHMT 2105 (Autres facteurs influençant l'état de santé) qui figure dans la liste du « top 10 » (tableau 8).

Les arrondissements de Bruxelles, Gand et Louvain ont une couleur plus foncée et présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour cette affection.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Carte 8. Code IHSMT 2104. Autres soins médicaux : distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, Belgique 2008-2010.

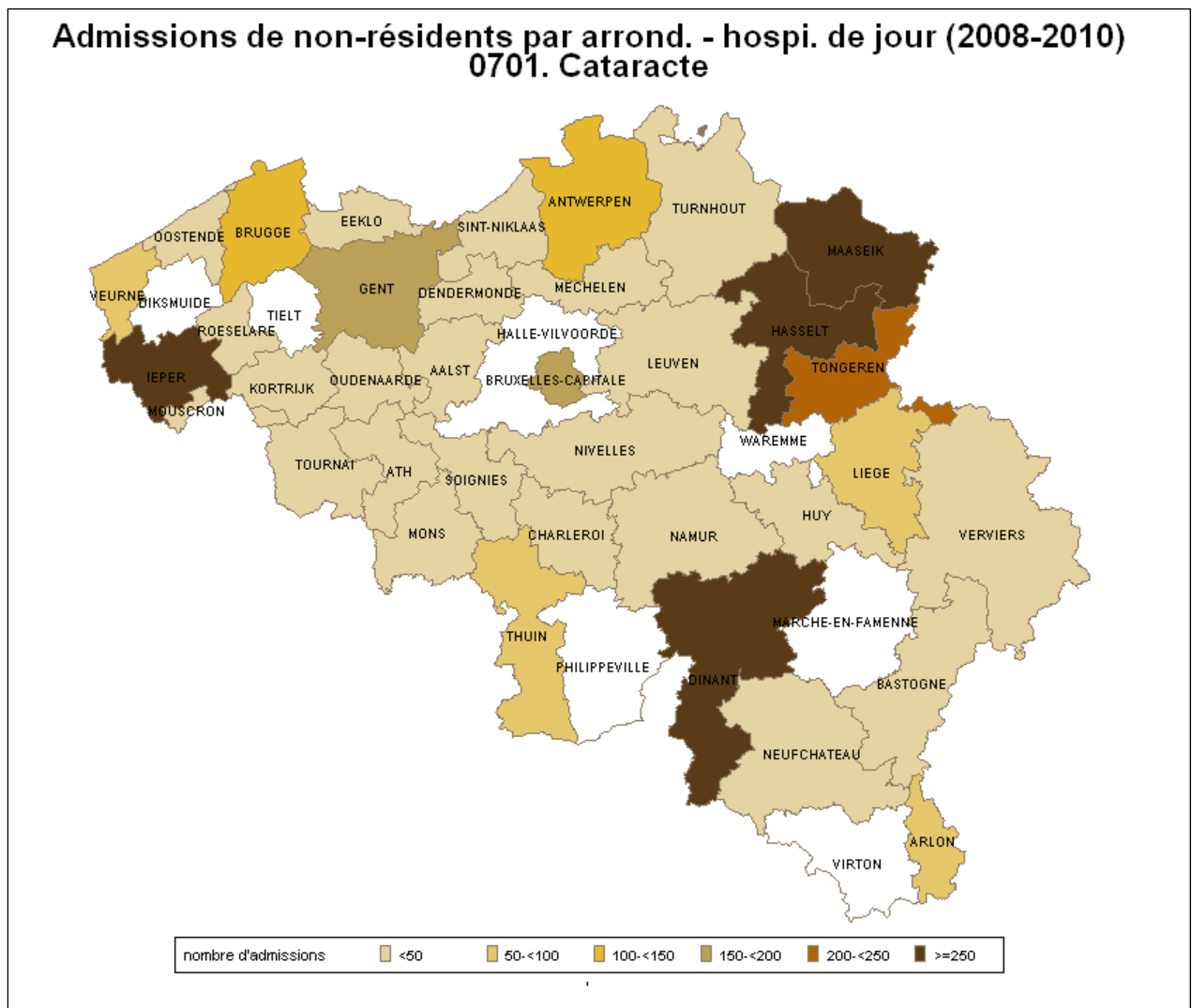


La carte 8 montre la distribution géographique du nombre de séjours (*day-cases*) pour la catégorie de diagnostic ISHMT 2104 (Autres soins médicaux) reprise dans la liste du « top 10 » (tableau 8).

Les arrondissements de Hasselt, Bruxelles, Gand, Louvain et Anvers ont une couleur plus foncée et présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour cette affection.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Carte 9. Code IHSMT 0701. Cataracte : distribution géographique du nombre d'admissions de non-résidents, par arrondissement d'hôpital, hospitalisation de jour, Belgique 2008-2010.



La carte 9 montre la distribution géographique (par arrondissement d'hôpital) du nombre de séjours (*day-cases*) pour la catégorie de diagnostic ISHMT 0701 (Cataracte) qui se trouve dans la liste du « top 10 » (tableau 8).

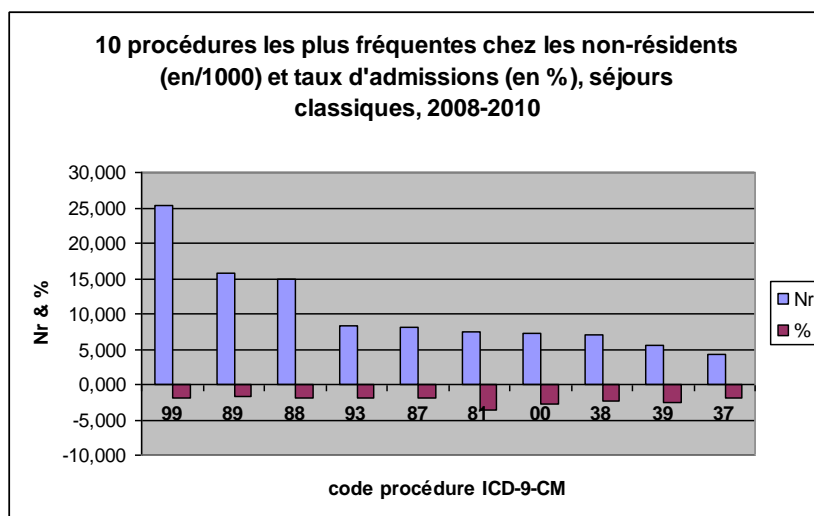
Les arrondissements de Dinant, Maaseik, Hasselt et Ypres ont une couleur plus foncée et présentent le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour cette affection. On remarquera la présence importante (en nombre de séjours) des deux arrondissements frontaliers de la Belgique, Ypres et Dinant.

Les arrondissements figurant en blanc ne présentent aucun séjour de non-résidents.

Tableau 9. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, 2008-2010.

code procédure ICD-9-CM	procédure	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admissions du Nr (1) / (2)x100	Proportion des procédures sur total Nr adm. (%)
99	Autres procédures non opératoires	25258	1250253	2	15,1
89	Anamnèse, évaluation, consultation et examen	15828	917112	1,7	9,4
88	Autre diagnostic radiologique et techniques liées	14902	743628	2	8,9
93	Physiothérapie, thérapie respiratoire, réhabilitation et procédures liées	8300	434020	1,9	5
87	Diagnostic radiologique	8019	399692	2	4,8
81	Réparation et interventions plastiques sur structures articulaires	7387	206924	3,6	4,4
00	Procédures et interventions, non classifiées ailleurs	7218	261246	2,8	4,3
38	Incision, excision et occlusion de vaisseaux	7021	296277	2,4	4,2
39	Autre réparation de vaisseaux	5637	214903	2,6	3,4
37	Autres opérations sur le cœur et le péricarde	4282	213236	2	2,6

Graphique 14. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents, séjours classiques, 2008-2010.

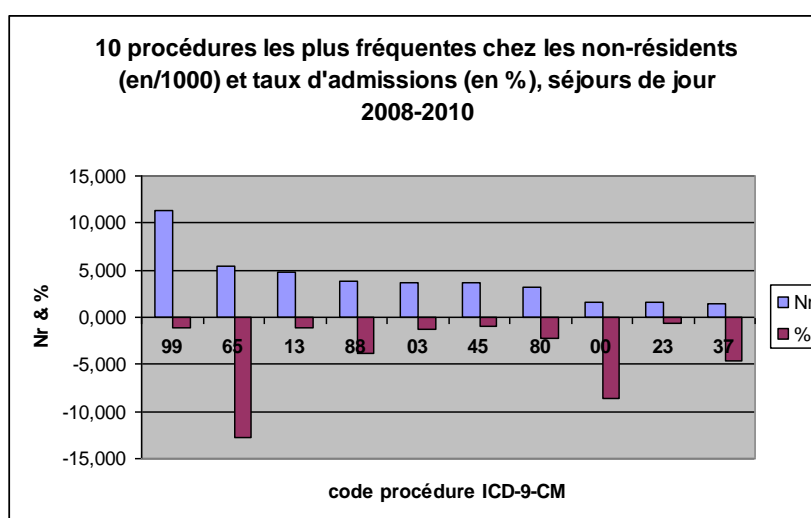


Les catégories de procédures utilisées pour établir cette liste des 10 principales interventions pratiquées sur des patients non-résidents ayant séjourné en hospitalisation classique en Belgique ont été directement reprises de la classification internationale ICD-9-CM en utilisant une sélection basée 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 « Autres procédures non opératoires», 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 le graphique 14, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000 et les pourcentages sont indiqués en négatif.

Tableau 10. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, 2008-2010.

code procédure ICD-9-CM	procédure	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	% admissions du Nr (1) / (2)x100	Proportion des procédures sur total Nr adm. (%)
99	Autres procédures non opératoires	11345	1066032	1,1	18,2
65	opérations sur l'ovaire	5433	42375	12,8	8,7
13	opérations sur le cristallin	4754	423085	1,1	7,6
88	Autre diagnostic radiologique et techniques liées	3838	101841	3,8	6,2
03	Opérations sur la moelle épinière et les structures du canal rachidien	3676	296539	1,2	5,9
45	incision, excision et anastomose intestinale	3654	426036	0,9	5,9
80	incision et excision des structures articulaires	3236	140242	2,3	5,2
00	procédures et interventions, non classifiées ailleurs	1664	19369	8,6	2,7
23	Extraction et restauration dentaire	1533	243893	0,6	2,5
37	Autres opérations sur le cœur et le péricarde	1396	29910	4,7	2,2

Graphique 15. 10 procédures les plus fréquentes (ICD-9-CM, 2 digits), non-résidents, séjours de jour, 2008-2010.



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, le cœur et le péricarde ainsi que des interventions dentaires également.

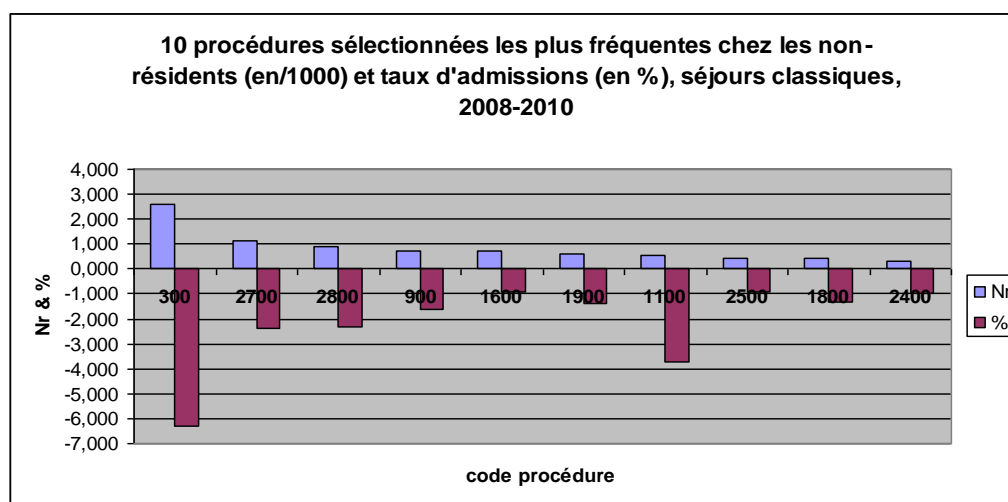
Sur le graphique 15, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000 et les pourcentages sont indiqués en négatif.

Tableau 11. 10 catégories de procédures sélectionnées les plus fréquentes, non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours classiques, 2008-2010.

Code HDP	procédures	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	Proportion de procédures HDP2 sur total Nr adm. (%)
300	Discectomie	2605	41296	6,3
2700	Remplacement de hanche	1136	46542	2,4
2800	Remplacement total de genou	880	38114	2,3
900	Diagnostic bronchoscopique avec ou sans biopsie	719	45984	1,6
1600	Colonoscopie avec ou sans biopsie	700	81985	0,9
1900	Cholécystectomie	611	44084	1,4
1100	CABG	576	15380	3,7
2500	Césarienne	437	49638	0,9
1800	Appendicectomie	408	31794	1,3
2400	Hystérectomie	300	29581	1

* HDP : Hospital Data Project

Graphique 16. 10 catégories de procédures sélectionnées, non-résidents, séjours classiques, 2008-2010.



La sélection utilisée ici reprend les interventions figurant sur la liste établie par le Health Data Project (HDP2), projet auquel la Belgique a participé 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.

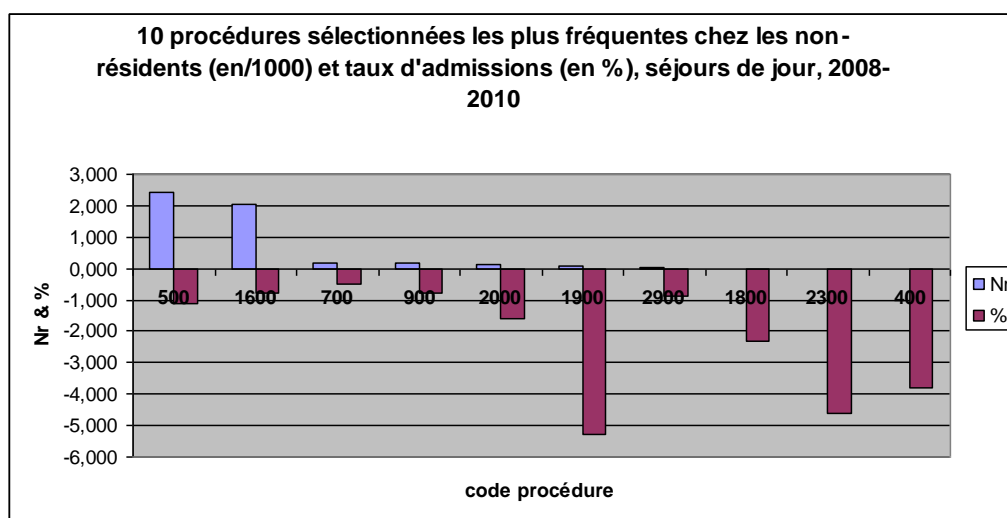
Sur le graphique 16, les chiffres bruts sont indiqués en nombre pour 1000 et les pourcentages sont indiqués en négatif.

Tableau 12. 10 catégories de procédures sélectionnées les plus fréquentes, non-résidents et total (résidents + non-résidents), séjours de jour, 2008-2010.

Code HDP	procédures	(1) non-résidents (Nr)	(2) total (résidents & non-résidents)	Proportion de procédures HDP2 sur total Nr adm. (%)
500	Chirurgie de cataracte	2405	212637	1,1
1600	Colonoscopie avec ou sans biopsie	2020	245161	0,8
700	Amygdalectomie	181	33755	0,5
900	Diagnostic bronchoscopique avec ou sans biopsie	171	20572	0,8
2000	Réparation du canal inguinal	138	8780	1,6
1900	Cholécystectomie	62	1180	5,3
2900	Excision de la glande mammaire	55	6234	0,9
1800	Appendicectomie	5	213	2,3
2300	Prostatectomie transurétrale	3	65	4,6
400	Thyroïdectomie	3	78	3,8

* HDP : Hospital Data Project

Graphique 17. 10 catégories de procédures sélectionnées, non-résidents, séjours de jour, 2008-2010.



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

Le graphique 17 illustre les chiffres bruts, mentionnés en nombre pour 1000, les pourcentages sont indiqués en négatif.

3. Rapports d'activités

3.1 Généralités

L'Observatoire de la Mobilité des patients s'est déjà réuni à quatre reprises (le 14 septembre 2011, le 14 février 2012, le 26 septembre 2012 et le 27 mars 2013) et sa cinquième réunion est prévue pour le 25 septembre 2013. L'Observatoire a convenu de se réunir en principe deux fois par an.

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.

Il convient toutefois de remarquer que l'Observatoire a pour mission, il est vrai, de collecter des données de patients étrangers qui voyagent volontairement vers la Belgique afin de se faire traiter dans un hôpital belge, mais qu'il n'a pas pour mission de mettre sur pied de nouveaux systèmes pour l'enregistrement de données. Dans le cadre de cette mission, il est prévu une série d'échanges d'informations et de rapports au départ de l'Observatoire et vers celui-ci pour lesquels l'INAMI et le SPF SPSCAE communiquent les données disponibles dont l'Observatoire estime avoir besoin.

En recensant les données des patients étrangers qui se font traiter dans des hôpitaux belges, il a été constaté que pour certaines catégories de patients étrangers, certaines données n'étaient actuellement pas disponibles (comme le confirme également une étude du KCE, à savoir le rapport 169B, voir annexe 4).

Pour que, d'une part, l'Observatoire puisse accomplir pleinement sa mission et pour que, d'autre part, il y ait une transparence aussi grande que possible de l'afflux des patients étrangers, l'Observatoire a approuvé une nouvelle répartition des diverses catégories de patients au sein des hôpitaux belges. Celle-ci devrait permettre d'établir de manière claire la relation entre les différents types de soins aux patients et les divers modes de financement (voir rubrique 3.2).

Comme vous pourrez le lire à la rubrique 3.3, l'actuel enregistrement RHM sera adapté pour tenir compte des données relatives à l'afflux de patients étrangers dont l'Observatoire a besoin pour réaliser ses missions.

La réglementation a été adaptée en vue de la communication des montants de facturation, tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation et les médicaments que les prestations médicales. La procédure légale d'extension de 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 est terminée : l'arrêté royal du 28 mars 2013 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 2007 a été publié au Moniteur belge du 2 avril 2013.

Différentes circulaires ont déjà été envoyées aux hôpitaux pour les informer que, dans le cadre de l'enregistrement des données 2012, plusieurs modifications et précisions devraient être apportées au niveau de l'enregistrement du type de patient et de son statut d'assurance dans le RHM d'une part et dans Finhosta (voir rubrique 3.4) d'autre part.

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

Dans le cadre de la mission relative à la facilitation, la négociation et l'accompagnement des conventions avec les assureurs de soins étrangers¹⁰, on mène actuellement une analyse des contrats de soins que les hôpitaux belges ont conclus avec des assureurs de soins étrangers (voir rubrique 3.5).

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 belge¹¹, l'Observatoire a mis en place un groupe de travail "Enregistrement des délais d'attente" devant vérifier s'il est possible, sur la base des données disponibles, d'élaborer un système pour l'enregistrement des délais d'attente (voir rubrique 3.6).

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)¹² dans la réglementation nationale belge.

L'Observatoire n'a, pour l'heure, consacré que peu voire pas d'attention à ses autres missions étant donné que pour d'éventuelles recommandations politiques en cette matière, les informations actuellement disponibles ne sont pas encore suffisantes. Ces renseignements devraient être disponibles suite aux mesures et travaux entrepris par l'Observatoire dans le cadre de ses autres missions précitées.

3.2 *Division en catégories de patients suivant le système de financement*

Les patients qui choisissent de venir se faire soigner en Belgique se répartissent en quatre catégories principales. Il y a les patients qui se font soigner dans le cadre :

- (i) des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale¹³ (ci-après : Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009) ou la "*méthode basée sur le Règlement*" (c'est-à-dire "comme si le patient était assuré dans le pays de la prestation"),
- (ii) des conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale, ou des conventions de coopération bilatérales ou multilatérales en matière d'accès aux soins de santé transfrontaliers (p. ex.: IZOM¹⁴, des conventions ZOAST¹⁵, etc.),
- (iii) des soins contractuels transfrontaliers,
- (iv) d'une initiative individuelle (privée).

¹⁰ Article 4, §2, 3°, de la loi du 4 juin 2007.

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

¹² Journal officiel de l'Union européenne L 88 du 4 avril 2011.

¹³ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (Journal officiel de l'Union européenne n° L 166 du 30 avril 2004), et le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (Journal officiel de l'Union européenne n° L 284 du 30 octobre 2009). Une référence au Règlement (CE) n° 883/2004 et 987/2009 devrait également être lue comme une référence respectivement au Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et au Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) no 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

¹⁴ Accord de coopération relatif aux soins de santé transfrontaliers dans le cadre de la réalisation du projet "Soins de santé sans frontières" dans l'Eurégio Meuse-Rhin, voir Circulaire OA 2012/253 du 4 juillet 2012 de l'INAMI.

¹⁵ Voir rubrique 3.5.3.2.

Afin, d'une part, de permettre à l'Observatoire de remplir pleinement ses missions et, d'autre part, d'instaurer une transparence maximale quant à l'afflux de patients étrangers, les données actuelles doivent être complétées par les données relatives aux patients étrangers dont certaines ne sont toujours pas disponibles pour l'instant.

C'est pourquoi, il importe d'élaborer une nouvelle définition des catégories de patients au sein des hôpitaux belges afin de clarifier la manière dont ces différentes catégories de patients peuvent être reliées aux différents modes de financement, en l'occurrence:

1. soit via l'allocation d'un budget des moyens financiers par hôpital conformément d'une part, aux dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et d'autre part, à l'**article 115** de la loi sur les hôpitaux. Dans ce cas, la partie fixe du budget des moyens financiers (dans laquelle toutes les sous-parties sont prises en compte à 100 % à l'exception toutefois des sous-parties B1 et B2 qui sont prises en compte à 80 %) est liquidée en douzièmes et la partie variable (20% des sous-parties B1 et B2) est liquidée via un montant fixé par admission/journée d'hospitalisation AMI.
2. soit par le biais d'un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers (le budget est divisé par un nombre de jours de référence et on fixe donc un **prix par journée**) conformément à l'**article 116, § 1^{er}**, de la loi sur les hôpitaux¹⁶;
3. soit par le biais d'un **prix minimal par** paramètre d'activité, sur la base du budget des moyens financiers, conformément à l'**article 116, § 2**, de la loi sur les hôpitaux (modifié par la loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients)¹⁷.

Division en catégories de patients suivant le système de financement dont ceux-ci relèvent:

1. Patients bénéficiant de l'application des modalités de financement 1 (art. 115 de la loi sur les hôpitaux)

A Patients couverts par l'AMI:

les patients affiliés à l'un des (7) organismes assureurs visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

et les assimilés, à savoir les patients assurés à l'étranger qui

- en vertu d'un Règlement de l'Union européenne (notamment le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71),
- dans le cadre d'accords de collaboration bilatéraux ou multilatéraux relatifs aux soins de santé transfrontaliers (IZOM, conventions ZOAST, etc.) et fondés sur les dispositions des Règlements européens,
- ou en vertu d'un accord en matière de sécurité sociale (tel que, par exemple, les accords passés par la Belgique avec des pays tiers en matière de sécurité sociale), ont droit, lors de leur séjour dans un hôpital belge, à des soins médicaux conformément aux règles applicables en vertu de

¹⁶ Art.116. § 1^{er}, de la loi des hôpitaux dispose que : « Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, 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. »

¹⁷ Art. 116, § 2, de la loi des hôpitaux dispose que : « Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, 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. »

l'assurance belge obligatoire pour les soins médicaux à la charge du pays où ils sont assurés pour leurs dépenses de santé.

Exemples:

- un assuré de la législation italienne, de nationalité russe, subit un traitement médical planifié dans un hôpital bruxellois (document S2),
 - un assuré suisse subit un traitement médical planifié dans un hôpital liégeois (document S2),
 - un assuré français subit un traitement dans un hôpital belge dans la région frontalière belgo-française sur la base d'un E.112 MRTW (= dans le cadre d'une convention ZOAST),
 - des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des 31 pays où s'applique le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71 et demandent à bénéficier en Belgique de soins médicaux sur la base d'une carte européenne d'assurance maladie,
 - des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des pays avec lesquels la Belgique a conclu un accord bilatéral ouvrant l'accès aux soins médicaux pendant un séjour provisoire (formulaires TB.8, Tun.B.11, HR-BE.111, RM-BE.111, etc.,
 - des travailleurs, indépendants, pensionnés, etc., ainsi que les membres de leur famille qui résident en Belgique et bénéficient ici de soins médicaux sur la base d'un document S1, formulaire E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, etc.
- pour le compte du pays ayant délivré le formulaire.

Remarque :

- Il ne s'agit en l'occurrence que de l'hospitalisation classique, à l'exception donc des soins ambulatoires;
- Il s'agit en l'occurrence d'assurés étrangers qui séjournent temporairement en Belgique (p.ex. touristes, travailleurs en détachement, étudiants, assurés ayant obtenu une autorisation préalable, etc.) ou qui résident en Belgique et ont droit dans notre pays à bénéficier de soins de santé à charge d'un autre pays.

A' Les patients belges affiliés auprès de l'un des 7 OA bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles, les cas de droit commun et résultant d'une erreur médicale, et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

2. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 2 (art. 116, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux)

B **Patients non couverts par l'AMI relevant de l'article 110** : les patients belges non couverts par l'AMI, pour lesquels les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention soit de l'Office de Sécurité Sociale d'Outre-mer, soit de la Caisse auxiliaire et de Prévoyance en faveur des Marins, soit de l'Institut National des Invalides de Guerre, anciens combattants et victimes de guerre, soit d'un Centre Public d'Action Sociale (tels que définis à l'article 110 de la loi relative aux hôpitaux)

B' Les patients belges "affiliés" auprès de l'un de ces 4 organismes et bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

3. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 3 (art. 116, § 2, de la loi sur les hôpitaux)

C1 Les patients européens non couverts par l'AMI qui ne font pas partie des assimilés de la catégorie A (c.-à-d. les patients n'ayant pas droit à des soins médicaux sur la base d'un document E.1XX ou des documents S ou SED délivrés par le pays où ils ont une assurance maladie) et qui sont admis dans un hôpital belge et y reçoivent des soins médicaux en vertu du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne (conformément au principe de la libre circulation des biens, des services et des personnes). Ces soins médicaux peuvent être dispensés:

- dans le cadre de contrats de soins conclus avec des organismes étrangers d'assurance soins de santé (p.ex. patients néerlandais hospitalisés en Belgique dans le cadre d'un contrat de soins conclu par leur organisme d'assurance soins de santé avec un hôpital belge).

Pour faire la transparence à cet égard, l'article 92/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit que le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer toutes les conventions en matière de mobilité transfrontalière des patients que l'hôpital conclut.

- aux patients qui choisissent de venir se faire soigner en Belgique, et ce dans le cadre d'une initiative individuelle (privée) - (les cas dits "Kohll & Decker").

Remarque :

Les patients qui, à l'avenir, seront admis pour traitement dans un hôpital belge en vertu de la Directive 2011/24/UE relèveront de la catégorie C1.

C2 Les personnes qui ont la nationalité d'un état membre de l'Union européenne ou un état appartenant à l'Espace Economique Européen et qui sont couvertes par une assurance soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen (p.ex. les fonctionnaires affiliés au RCAM c.à.d. au régime commun d'assurance maladie des fonctionnaires européens, ou encore les fonctionnaires OTAN).

⇒ ***Les catégories C1 et C2 précitées sont soumises à l'application de l'article 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux, mais en réalité aucun autre montant que celui correspondant au prix fixé (par jour) à l'article 116, § 1^{er} de la loi sur les hôpitaux, ne peut être facturé; aucun autre tarif ne peut être facturé.***

C3 Les patients non européens, qui ne relèvent pas d'accords internationaux (bilatéraux) et se font soigner dans un hôpital belge dans le cadre d'un contrat de soins ou d'une initiative individuelle (privée).

⇒ ***Cette catégorie est soumise à l'application de l'article 116, §2, de la loi sur les hôpitaux, pour lequel un arrêté (délibéré en Conseil des Ministres) doit encore être pris afin de fixer le prix minimum par paramètre d'activités.***

⇒ ***Cette catégorie est la seule pour laquelle il faudrait mettre au point un "nouveau système de financement"!***

Exemples:

- le "cheik arabe/millionnaire russe" qui se fait soigner dans un hôpital belge;
- les contrats que les hôpitaux belges concluent avec les organismes d'assurance soins de santé de pays tiers en ce qui concerne le traitement des clients desdits organismes d'assurance soins de santé.

4. Les autres patients

D1 Les non-assurés sociaux

3.3 RHMbis

En vertu de la loi du 4 juin 2007, le Service Data Management (DG Soins de Santé) 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 2012:

3.3.1 Adaptation du code d'assurabilité du patient dans le RHM

En étroite collaboration avec les collègues du Service de Comptabilité (DG Soins de Santé du SPF SPSCAE), le Service Data management (DG Soins de Santé SPF SPSCAE) a participé à l'adaptation des codes existants relatifs au statut d'assurance du patient. La subdivision applicable jusqu'au RHM 2011 inclus s'avérait non satisfaisante et puisque l'INAMI ne dispose pas des données de facturation des patients non assurés, l'Observatoire a décidé d'obtenir ces données via le RHM.

Tableau 13. Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE : code correspondant au statut du patient en matière d'assurance pendant le séjour, jusqu'au RHM 2011 inclus.

CODE	DESCRIPTION
A	Non assurés (y compris CPAS)
B	Patients affiliés à une mutualité belge (y compris Invalides de Guerre, Caisse Auxiliaire et de Prévoyance en faveur des marins, Accidents du travail, etc.)
C	Conventions internationales (carte européenne d'assurance maladie)
D	Accords spécifiques
0 (zéro)	Inconnu : Valeur provisoire, à utiliser exclusivement pour A2_HOSPTYPE_FAC = N

Tableau 14. Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE : code correspondant au statut du patient en matière d'assurance pendant ce séjour, à partir du RHM 2012.

NOUVEAU CODE	DESCRIPTION	CATÉGORIE DE PATIENTS
001	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes	A (patients AMI et assimilés) ou A'
002	Union Nationale des Mutualités Neutres	
003	Union Nationale des Mutualités Socialistes	
004	Union Nationale des Mutualités Libérales	
005	Union Nationale des Mutualités Libres	
006	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité	
009	Caisse des Soins de Santé de la SNCB	B (patients non-AMI art. 110) ou B'
200	Institut National des Invalides de Guerre, anciens combattants et victimes de la guerre	
210	Caisse Auxiliaire et de Prévoyance en faveur des Marins	
220	Office de Sécurité Sociale d'Outre-mer	
230	C.P.A.S.	C1a
300	Contrats de soins pour non-belges	
310	Initiative privée de non-belges	

NOUVEAU CODE	DESCRIPTION	CATÉGORIE DE PATIENTS
320	Affiliés à une Institution de Droit International ou Européen	C2
330	Patients non européens ne relevant pas d'accords internationaux	C3
400	Personnes non assurées	D1
500	Autres	
000	Inconnu: valeur provisoire, uniquement pour A2_HOSPYPE_FAC = N	

3.3.2 Adaptation de la réglementation

La réglementation a dû être adaptée en vue de la communication des montants de facturation, tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation et les médicaments que les prestations médicales.

Grâce à une bonne collaboration entre le Service Data Management et le Service Juridique (DG Soins de Santé SPF SPSCAE), toutes les démarches nécessaires ont été entreprises en vue de la publication de « l'arrêté royal 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 ». Le premier projet de texte a été rédigé à la mi-2012 et la publication finale au Moniteur belge date du 2 avril 2013 (entrée en vigueur le 1er avril 2013)¹⁸.

3.3.3 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 les montants de facturation tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation et les médicaments que les prestations médicales. Il s'agit exclusivement des patients étrangers qui n'ont pas droit à une intervention dans le coût des soins de santé en vertu de l'assurance obligatoire soins de santé (à charge de leur assureur soins de santé étranger), c.-à-d. ceux dont le code d'assurabilité dans le RHM est égal à 300 (contrats de soins), 310 (initiative privée), 320 (affiliés à une Institution de Droit International ou Européen) ou 330 (patients non européens ne relevant pas d'accords internationaux).

Une collaboration étroite a été entretenue avec les collègues du Service ICT du SPF SPSCAE pour:

- réfléchir au nouveau lay-out;
- adapter les métadonnées;
- développer et tester les contrôles techniques;
- ...

Après une analyse approfondie, le Service Data Management a décidé d'ajouter un sixième domaine au RHM, intitulé "Données de facturation". Dans ce sixième domaine, 3 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).

Le Service Data Management a élaboré une proposition qui a été analysée à l'INAMI et présentée à deux hôpitaux "test".

¹⁸ 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 : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=2013-04-02&numac=2013024082.

Le Service Data Management est parvenu à offrir la possibilité, dès le RHM 2012, de fournir les données concernant le nouveau sixième domaine au moyen des trois fichiers. Les développements techniques ont été terminés de façon à permettre aux institutions, sur une base facultative toutefois, de fournir les données relatives à ce nouveau domaine avec leur RHM 2012. Il est à souligner que ceci n'est pas obligatoire puisque l'arrêté royal n'entre en vigueur qu'à dater du 1er avril 2013 (voir rubrique 3.3.2).

3.3.4 Communication envers le secteur

Le Service Data Management (DG Soins de Santé) a transmis au secteur les communications suivantes:

- (i) Circulaire du 18 novembre 2011 intitulée "Adaptation du code d'assurabilité du patient dans le RHM pour l'enregistrement de données à partir de 2012" ;
- (ii) Circulaire du 12 février 2012 intitulée "Données de facturation des patients non-AMI de catégorie C dans l'enregistrement RHM: lay-out des fichiers supplémentaires" ;
- (iii) Circulaire du 6 juin 2012 intitulée "Données de facturation des patients non-AMI de catégorie C dans l'enregistrement RHM".

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

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

3.4 FINHOSTA

Dans le cadre de l'approbation de la loi du 4 juin 2007, il fallait également transposer la nouvelle répartition des catégories de patients dans Finhosta.

La circulaire du 9 décembre 2011 avait pour but de présenter les conséquences techniques et spécifiques engendrées par les mesures résultant de cette loi pour l'enregistrement des données dans Finhosta. Ces décisions ont une incidence sur les tableaux 4 et 8 dans Finhosta.

3.4.1 Adaptations techniques Finhosta

Les colonnes « Codes » et « Statut d'assurance du patient » remplacent les codes « Organisme assureur » dans Finhosta depuis le 1er janvier 2012.

La colonne « Patient » est uniquement destinée à préciser le contenu des différents codes. Elle fait l'objet d'une explication détaillée dans la brochure trimestrielle Finhosta publiée sur le site web du SPF SPSCAE.

Compte tenu du nouveau format, l'item « type de patient » n'est plus d'application et a été remplacé par un vide conformément au format applicable pour l'envoi de ces données via le portail du SPF SPSCAE : Portahealth.

3.4.2 Communication vers le secteur

Le Service Comptabilité (DG Soins de Santé) a transmis les communications suivantes au secteur :

- (i) Circulaire du 9 décembre 2011 intitulée « Adaptation du code d'assurabilité du patient et liste des organismes assureurs dans Finhosta pour l'enregistrement des données à partir de FINHOSTA 2012 : aspects techniques et spécifiques »

- (ii) Brochure Finhosta sur la collecte de données version 4.0 : brochure de « Mars 2012 » actualisée et adaptée conformément à la circulaire du 9 décembre 2011.

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

www.sante.belgique.be → Soins de santé → Institutions de soins → Systèmes d'enregistrement → Finhosta (statistiques financières) → Circulaires

3.5 Contrats de soins

3.5.1 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, de négocier et d'accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers.¹⁹ 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 Publique²⁰. La nouvelle disposition est entrée en vigueur le 12 juin 2010.

Les contrats de soins conclus par les hôpitaux belges avec des partenaires étrangers ont été demandés une première fois par circulaire le 9 août 2011. Un rappel a été envoyé le 16 janvier 2012 aux hôpitaux qui n'y avaient pas encore répondu.

Au sein de l'Observatoire, il a été convenu que le secrétariat effectue une première analyse de ces contrats de soins afin de voir ce qu'il était possible d'en retirer. Vous trouverez, ci-après, un commentaire sur la méthodologie utilisée pour l'analyse des contrats et un aperçu des résultats de l'analyse semblable à celui présenté lors des réunions de l'Observatoire pour la mobilité des patients les 14 février et 26 septembre 2012. Enfin, des conclusions seront tirées et des perspectives seront ébauchées en vue de la poursuite des activités de l'Observatoire à cet égard.

3.5.2 Méthodologie utilisée pour l'analyse

Les contrats de soins ont été analysés au moyen d'une fiche « modèle » qui comporte une série de questions standard, afin d'harmoniser l'analyse et de résumer les résultats de cette analyse de façon structurée.

L'objectif des questions standard de cette fiche « modèle » est de vérifier si certains accords sont repris dans les contrats de soins. Les accords pour lesquels il est vérifié qu'ils sont intégrés aux contrats de soins:

- (i) sont basés 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*,

¹⁹ Points 1° et 3° de l'article 4, §2 de la loi du 4 juin 2007.

²⁰ Article 92/1, inséré par l'article 34 de la loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique (Moniteur belge du 2 juin 2010).

- approuvées le 9 novembre 2005 par le *Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux* et portant sur un certain nombre d'aspects-clés dont il y a lieu de tenir compte lors de la rédaction et/ou l'adaptation de contrats de soins (transfrontaliers),
- (ii) tiennent compte des obligations imposées à l'Etat membre de traitement résultant de la Directive 2011/24/UE (p.ex. l'information aux patients, l'assurance en responsabilité professionnelle, les moyens de recours en cas de dommage résultant des soins médicaux reçus, la fixation des prix, ...)
 - (iii) et peuvent être importants à la lumière des missions et des objectifs de l'Observatoire.

On examine en particulier, au moyen de la fiche « modèle », si les données suivantes sont mentionnées dans les contrats de soins :

- Les informations relatives aux parties contractantes et à la date de signature
- Les renseignements généraux concernant :
 - le droit applicable et le juge compétent en cas de questions de droit ;
 - le fait que les soins de santé sont dispensés selon le cadre légal du système de soins de santé belge, ainsi que les prix des soins (médicaux) (l'objectif étant de vérifier si le principe de base de traitement égal des patients belges et des patients étrangers est respecté) ;
 - la qualité des soins médicaux ;
 - les voies de recours en cas d'erreur médicale, l'assurance de responsabilité ou une autre assurance équivalente contre la négligence médicale ;
 - le fait qu'il ne peut être fait usage que de la surcapacité disponible, de manière à ne pas compromettre l'accessibilité pour les patients belges ("clause de garantie");
 - l'échange des données médicales ;
- Les renseignements spécifiques concernant :
 - la nature des soins médicaux dispensés dans le cadre du contrat ;
 - le (une indication du) nombre de patients ;
 - la durée, la reconduction/l'arrêt du contrat ;
 - l'information au patient et la communication avec celui-ci ;
 - le traitement de suivi (éventuel) (par ex. accords au sujet des trajets de suivi) ;
 - la facturation.
- Dispositions diverses.

3.5.3 Résultats de l'analyse

3.5.3.1 Contrats de soins

Au terme des deux enquêtes par circulaire, il s'avère que 29 hôpitaux disposent de contrats avec des acteurs étrangers actifs sur la plan des soins de santé. Au total, 83 contrats ont été communiqués au SPF SPSCAE. A cet égard, les conventions ZOAST n'ont pas été prises en compte : elles ont été analysées séparément (voir rubrique 3.5.3.2).

Tableau 15 : Répartition régionale des contrats reçus

	Nombre d'hôpitaux	Nombre de contrats
Flandre	19	54
Bruxelles	5	17
Wallonie	5	12

Un premier élément qui a été étudié était le sujet des contrats. Bien entendu, les contrats sont liés aux soins de santé, mais ils ne concernent pas tous la mobilité des patients.

Les contrats portant effectivement sur la mobilité des patients, peuvent être à nouveau scindés en deux catégories, à savoir : une catégorie générale reprenant les contrats relatifs à l'admission d'un groupe déterminé de patients étrangers et une catégorie de contrats concernant l'admission des patients au sein d'une spécialité spécifique.

Par ailleurs, ces hôpitaux semblent conclure des contrats avec des acteurs étrangers dans les soins de santé sur la mobilité des médecins, sur un régime du tiers payant automatique pour un groupe défini de patients, sur la formation, sur la coopération en matière de qualité de soins, etc.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de contrats par sujet. Cependant, un contrat peut concerner plusieurs sujets, donc, le total dans ce tableau est plus élevé que le nombre total de contrats.

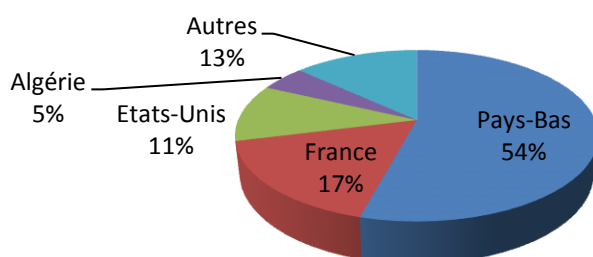
Tableau 16. Sujets des contrats

Mobilité des patients	72
généralités	55
Spécialité spécifique	17
Régime du tiers payant	17
Mobilité des médecins	11
Divers	10

Il s'avère également intéressant d'examiner l'origine des contractants avec lesquels les hôpitaux belges concluent des contrats. La grande majorité des contrats est conclue avec des partenaires au sein de l'Union européenne (69 contrats). Les contrats avec des partenaires non européens (14 contrats) sont surtout conclus avec des acteurs américains ou africains.

Le graphique suivant indique quelles sont les nationalités les plus fréquentes des partenaires avec lesquels des contrats sont conclus par des hôpitaux belges.

Graphique 18. Nationalités des contractants



Un peu plus de la moitié des conventions ont été conclues avec des contractants néerlandais. La France occupe la deuxième place, avec 17% des contrats. Cependant, il faut tenir compte du fait que les conventions ZOAST n'ont pas été communiquées lors de cet exercice, ce qui contribuerait à diminuer quelque peu le poids de la France.

A côté de la nationalité des contractants, leur nature a également été examinée. Environ la moitié des contrats (54 contrats) ont été conclus avec des compagnies d'assurance maladie publiques ou privées. Au sein de ce groupe, les contrats avec les assureurs de soins néerlandais étaient majoritaires.

Les autres contrats ont été conclus avec des partenaires très différents : hôpitaux étrangers, assureurs privés complémentaires, médiateurs de soins etc.

Cette analyse a surtout mis en évidence les divergences au niveau régional. Les hôpitaux sur le territoire flamand ont surtout conclu des contrats avec des assureurs de soins néerlandais (77% des contrats). Par ailleurs, 83 % des contrats sont conclus avec des partenaires néerlandais. Dans la partie wallonne du territoire, les hôpitaux concluent principalement des conventions avec des hôpitaux français (92% des contrats). Dans certains cas, une caisse publique d'assurance de soins française ou une instance régionale en matière de soins représente un troisième contractant. Contrairement aux deux autres régions, les hôpitaux bruxellois concluent principalement des contrats avec des partenaires internationaux. A cet égard, les Etats-Unis sont le partenaire préféré, avec 41% des contrats. L'Algérie suit en deuxième place, avec 24% des contrats. 65% des contrats ont été conclus avec des compagnies d'assurance privées.

Le tableau 17 donne un aperçu de l'analyse des contrats de soins ; il est basé sur la méthodologie commentée dans la rubrique 3.5.2. Le tableau indique chaque fois le pourcentage des contrats analysés comprenant un élément spécifique de la check-list. Les deux dernières rangées du tableau indiquent le total exprimé en chiffres absolus et en pourcentage. De plus, les contrats ont été répartis par type de contractants, et ce afin de visualiser les différences de contenu et le niveau de détails entre certains types de contrats.

Tableau 17. Résultats de l'analyse des contrats de soins en %

Nature du contractant	Nombre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Organisme assureur des soins de santé	44	70	20	64	75	2	0	100	100	0	100	23	80	100
Autre organisme assureur	9	33	11	11	11	11	56	100	89	11	89	22	11	89
Hôpital étranger	13	8	0	15	54	8	23	38	92	0	92	8	8	77
Assureur privé	13	92	0	8	31	0	15	77	0	0	100	0	0	100
Médiateur de soins	4	75	25	25	25	0	25	75	25	0	50	0	25	100
Total	83	49	11	33	46	3	11	71	65	1	79	13	38	79
Total en %	100	59	13	40	55	4	13	86	78	1	95	16	46	95

Légende tableau 17.

1. Disposition déterminant le droit applicable pour le contrat
2. Disposition relative aux soins de santé dispensés conformément à la législation belge
3. Disposition relative à la qualité des soins médicaux
4. Disposition relative aux erreurs médicales et à la responsabilité civile
5. Clause de garantie en cas de problème de capacité
6. Disposition relative à l'échange de données médicales
7. Disposition relative au prix des soins
8. Disposition relative à la nature des soins médicaux
9. Disposition relative au nombre de patients
10. Disposition relative à la durée et au renouvellement/à l'arrêt du contrat
11. Disposition relative aux informations et à la communication avec le patient
12. Disposition relative aux soins post-hospitaliers
13. Disposition relative au règlement financier et à la facturation

On fait immédiatement remarquer que la plupart des contrats comportent des dispositions relatives à la facturation ainsi qu'au renouvellement et à la fin du contrat. Par ailleurs, la plupart des contractants disent également quelque chose au sujet du prix des soins et du « type » de soins visés dans le contrat.

En revanche, presque aucun contrat examiné ne détermine le nombre de patients ni ne comporte une clause mettant un terme à la mise en œuvre du contrat en cas de problèmes de capacité. La réglementation

applicable aux soins de santé dispensés, l'échange des données médicales et les informations et la communication à l'égard du patient sont des sujets qui sont très peu abordés dans les conventions examinées.

3.5.3.2 Conventions ZOAST

La coopération transfrontalière en matière de soins médicaux entre la Belgique et la France s'est développée progressivement depuis une dizaine d'années, et en particulier grâce aux projets Interreg ; cette coopération est aujourd'hui bien ancrée dans l'*Accord-cadre entre le Gouvernement du Royaume de Belgique et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière* du 30 septembre 2005 (ci-après : Accord-cadre entre la Belgique et la France)²¹.

La coopération transfrontalière entre la Belgique et la France est réalisée au moyen de projets et de conventions. Ces conventions concernent surtout les hôpitaux qui mettent en place des projets de coopération sur la base de la complémentarité, pour répondre aux besoins spécifiques de la population de la région frontalière. Ces conventions permettent d'améliorer l'accès aux soins médicaux des frontaliers et contribuent à réduire les coûts liés aux déplacements des patients et de leur famille.

Le développement de Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers²² s'inscrit dans cette logique et vise une simplification des procédures administratives et financières telles que fixées dans les règlements (CE) 883/2004 et 987/2009.

De telles conventions ZOAST²³ ont pour objectif de faciliter les procédures administratives d'accès aux soins transfrontaliers, dans une zone géographique déterminée, par une procédure simplifiée pour la prise en charge des prestations médicales dispensées aux assurés belges en France et aux assurés français en Belgique, dans les institutions de soins où cette convention est d'application. Du côté belge, tous les organismes assureurs sont toujours impliqués. Les hôpitaux situés dans une zone géographique déterminée d'une ZOAST peuvent décider eux-mêmes de s'affilier à la convention ZOAST qui est d'application dans cette région en devenant partie contractante.

Les conventions ZOAST n'ont pas été intégrées dans l'analyse des contrats en raison du fait qu'elles ne constituent pas un contrat de soins au sens strict du terme mais plutôt une convention de coopération transfrontalière pour une zone géographique déterminée en exécution de l'Accord-cadre entre la Belgique et la France.

Toutes les conventions ZOAST ont été révisées au 1^{er} janvier 2012 en exécution de l'Accord-cadre entre la Belgique et la France²⁴. Un aperçu des conventions ZOAST se trouve à l'annexe 3.

Tableau 18 montre le nombre des patients pour les années 2010 et 2011. Les chiffres indiquent un rapport d'un assuré belge (1) en France pour sept (7) assurés français en Belgique pour l'année 2010, respectivement 0,5 pour 9,5 en 2011²⁵. Il n'y a rien d'étonnant à cela, sachant que les conventions ZOAST ont été conclues en vue de remédier au manque de capacité en soins du côté français et qu'il a été choisi de traiter les assurés français dans les hôpitaux belges, plutôt que de les envoyer plus loin dans l'arrière-pays.

²¹ *Moniteur belge* du 18 février 2011, 2^e éd.- L'accord-cadre entre la Belgique et la France est entré en vigueur le 1^{er} mars 2011.

²² Surtout connues sous l'acronyme français ZOAST ou *Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers*.

²³ Les conventions ZOAST –doivent, en application de l'article 136, §1, alinéa deux, sous c), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, être approuvées par le Comité de l'assurance.

²⁴ Article 3, alinéa 4, de l'Accord-cadre entre la Belgique et la France.

²⁵ Note CSS 2013/176 du 17 mai 2013 concernant *les conventions relatives aux Zones Organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) – aperçu des flux de patients pour les exercices 2010-2011*.

Tableau 18. Conventions ZOAST - nombre de patients en 2010 et 2011

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

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

Ces chiffres sont basés sur les données des établissements hospitaliers concernés par les conventions ZOAST. Ces chiffres globaux donnent cependant une bonne indication du volume des flux de patients dans les différents ZOAST. Les données statistiques ne sont pas toujours complètes: pour 2011 des données pour certains hôpitaux (par exemple dans le cadre de la ZOAST MRTW-URSA) manquent, et nous devons constater que les données pour les ZOAST MOMAU et TOURVAL manquent. De l'autre côté, des données sur le nombre de patients sont disponibles mais les données financières manquent (par exemple ZOAST ARLWY en 2011).

Les données récoltées permettent néanmoins de présenter l'impact des conventions transfrontalières franco-belge. Mais, il convient d'analyser avec prudence les résultats car l'expérience a montré qu'il faut un minimum de deux à trois ans pour estimer le réel impact d'une convention transfrontalière. Cet espace-temps s'avère, en effet, nécessaire pour que l'existence du dispositif soit connu et ensuite utilisé par les patients et les prestataires. En conséquence, l'impact (continu) de la coopération transfrontalière franco-belge ne pourra réellement être mesuré valablement selon que données statistiques deviennent disponibles dans les années à venir.

3.5.4 Quelques conclusions et suivi

Pour être honnête, il faut reconnaître que l'exercice décrit plus haut comporte des limites. Tout d'abord, la méthodologie, quoi que bien pensée, comporte une sélection arbitraire de clauses que les hôpitaux devraient envisager au moment de l'élaboration de contrats de soins avec des partenaires étrangers. Par ailleurs, l'analyse est axée sur les contrats relatifs à la mobilité des patients. Cependant, les chiffres indiqués ci-dessus montrent que des contrats ont également été élaborés dans une autre perspective, comme par exemple une coopération sur le plan de l'expertise, de la formation, des consultations etc.

Malgré ces limites, l'analyse montre que, lors de la conclusion de contrats, on accorde trop peu d'attention à certains éléments essentiels du processus de soins tels que, par exemple, les soins post-hospitaliers et la communication avec le patient. Bien entendu, cela ne signifie pas que ces aspects soient niés en pratique, mais il semble toutefois important, tant dans l'intérêt de l'hôpital que du patient, d'y réfléchir avant de conclure un

contrat, et de conclure également une série d'accords par écrit.

Dans l'introduction, il a été indiqué que c'est à l'Observatoire pour la mobilité des patients qu'il appartient de faciliter, de négocier et d'accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers. Dès lors, il semble important d'attirer, de l'une ou de l'autre manière, l'attention des hôpitaux sur les dispositions contractuelles qui ont été analysées dans le cadre de cet exercice. Cela ne peut avoir que des effets bénéfiques sur le statut de l'hôpital et l'intérêt du patient.

3.6 Enregistrement des délais d'attente

La deuxième réunion plénière de l'Observatoire de la mobilité des patients, qui s'est tenue le 14 février 2012, a décidé de mettre sur pied un groupe de travail chargé d'examiner la question de l'enregistrement des délais d'attente. Une circulaire de candidature a été envoyée à tous les membres de l'Observatoire de la mobilité des patients.

3.6.1 Mission du groupe de travail

Ledit groupe de travail a pour tâche de définir le système que l'on souhaite mettre en œuvre dans le contexte belge pour satisfaire à une mission confiée à l'Observatoire tel que prévu dans la loi du 4 juin 2007, à savoir : « 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 »²⁶.

Il faut toutefois envisager de regarder au-delà de la mission attribuée dans le cadre de la loi du 4 juin 2007. D'un point de vue européen, l'enregistrement des délais d'attente est important sous deux angles :

- d'une part, la mesure des délais d'attente vise à garantir que l'afflux de patients étrangers ne compromette pas l'accessibilité aux soins de santé pour les patients belges (dans le cadre de la directive 2011/24/UE) ;
- d'autre part, il résulte du règlement (CE) 883/2004 et de la directive 2011/24/UE que, si les délais d'attente sont trop longs pour un patient belge, on – compte tenu de l'état médical de ce patient – ne peut refuser une autorisation préalable pour un traitement à l'étranger.

En outre, les décisions doivent dans les deux cas (limiter l'afflux de patients étrangers ou refuser une autorisation préalable en raison de l'absence de délai d'attente) être suffisamment motivées c'est-à-dire basées sur des données objectives et disponibles de mesure de délais d'attente.

L'objectif du groupe de travail est d'établir un projet d'étude sur la faisabilité d'un système d'enregistrement des délais d'attente. Dans ce but, le groupe de travail a tenté de répondre aux questions suivantes qui peuvent être réparties en deux catégories :

- (i) Questions générales :
 - que va-t-on enregistrer ?
 - quelles sont les données nécessaires ?
 - quels sont les coûts / bénéfices liés à cet enregistrement ?
 - que veut/va-t-on mesurer en Belgique ?
- (ii) Questions complémentaires :
 - comment définir la notion de délai d'attente ?
 - pour quels examens de diagnostics va-t-on définir des délais d'attente ?
 - pour quelles consultations va-t-on définir des délais d'attente ?

²⁶ Article 4, §2 de la loi du 4 juin 2007.

- pour quels traitements va-t-on définir des délais d'attente ?
- va-t-on déterminer des délais d'attente maximaux acceptables ?
- va-t-on lier les délais d'attente à des critères de pathologie, d'âge, et autres critères socio-économiques (inégalités de santé) ?
- quelle finalité la mesure des délais d'attente poursuit-elle ?
- comment traiter l'information et la rendre publique ?
- qui va enregistrer et sur quelle base ?

3.6.2 Activités du groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni deux fois : le 25 juin 2012 et le 12 septembre 2012.

Enregistrement des délais d'attente en Europe

Une enquête a été menée auprès des représentants permanents du groupe de travail « Santé » du Conseil de l'Europe afin de comprendre la manière dont l'enregistrement des délais s'effectue chez les autres États membres. Onze des vingt-six États membres ont répondu. Le groupe de travail a discuté des résultats de cette enquête lors de sa première réunion.

Huit des onze États membres disposent d'un système permettant de contrôler les délais d'attente/listes d'attente dans le cadre d'une hospitalisation (Danemark, Hongrie, Lettonie, Pays-Bas, Slovaquie, Espagne, Royaume-Uni et Suède). Les trois autres États membres n'ont pas de système d'enregistrement (Allemagne, France et Luxembourg). Ces trois pays donnent comme raison que la problématique des délais d'attente ne pose pas problème chez eux et que ces délais ne sont dès lors pas mesurés.

Les pays où les délais d'attente posent problème, en particulier les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, semblent disposer des systèmes d'enregistrement des délais d'attente les mieux développés. Ces systèmes de contrôle visent à réduire la durée des délais d'attente actuels et à garantir des délais d'attente aussi acceptables que possible pour chaque secteur de soins/discipline.

Chaque hôpital néerlandais doit par exemple publier mensuellement sur son site internet ses délais d'attente pour les consultations en polyclinique, le traitement et le diagnostic (IRM, CT et gastroscopie). Le délai d'attente pour les *consultations en polyclinique* est défini comme étant le nombre de jours séparant le moment où un patient prend rendez-vous en polyclinique et le moment où le patient peut se présenter. Le délai d'attente dans le cadre d'un *traitement* est défini comme étant le nombre de jours séparant le moment où le patient reçoit du médecin traitant l'indication d'une opération et le moment où le patient est admis ou opéré. Le délai d'attente dans le cadre d'un *diagnostic* est défini comme étant le nombre de jours séparant le moment où le patient externe à l'établissement prend rendez-vous en vue de recourir à une technique de diagnostic et le moment où le diagnostic est posé.

Le système appliqué au Royaume-Uni correspond à celui des Pays-Bas, mais les hôpitaux doivent transmettre leurs données au « *Department of Health* » et les délais d'attente sont consultables sur le site internet de ce même département. En outre, depuis 2010, ils mesurent non seulement le début mais également la fin du traitement.

La Suède, quant à elle, utilise quatre indicateurs : (1) « *contact by phone with the primary care on the same day* » ; (2) « *doctor's appointment in primary care within seven days* » ; (3) « *number of patients seen by a specialist within 90 days/total amount of patients* » et (4) « *number of patients after referral by a specialist for treatment within 90 days /total number of patients referred by a specialist for treatment* ».

Un groupe de travail s'est également réuni au sein de l'OCDE pour discuter de l'enregistrement des délais d'attente. Quatorze États membres au total ont participé à ce groupe de travail, qui s'est tenu les 5 et 6 mars 2012, à savoir l'Australie, la Belgique, le Canada, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Nouvelle Zélande, la Norvège, le Portugal, la Suède et enfin le Royaume-Uni. Selon l'OCDE, il est nécessaire que les données sur les délais d'attente soient comparables sur le plan international. À l'heure actuelle, les États membres utilisent des instruments différents pour mesurer les délais d'attente et la notion de « délai d'attente » est définie en fonction du système existant.

La plupart des pays se contentent d'enregistrer les délais d'attente dans le cadre des soins de deuxième ligne (consultations chez des spécialistes, examens, diagnostic et traitement). De plus en plus de pays ont commencé à mesurer les délais d'attente dans le cadre des soins de première ligne ainsi que de longue durée. Il est jugé souhaitable de mesurer au moins les délais d'attente pour la chirurgie non urgente, la chirurgie d'urgence, la cataracte, les soins oncologiques, les interventions diagnostiques, la première ligne et les consultations externes chez des spécialistes.

Certains pays considèrent qu'il fallait associer les délais d'attente à l'âge et au statut socio-économique (*equity*).

Il est souhaitable que le délai d'attente moyen et la médiane soient rapportés au vu de la distorsion positive de la répartition des délais d'attente. La plupart des mesures de délais d'attente sont associées à la notion de « délai d'attente maximal acceptable » (*Legal mandated waiting times guarantees*). Dans certains pays où ils sont mesurés, les délais d'attente sont également liés à des mesures politiques. On utilise généralement une combinaison de politiques axées sur l'offre et la demande (*supply- and demand side policies*).

Exemples de politiques axées sur l'offre : financement fondé sur l'activité, financement spécifique, envoi de patients à l'étranger, contrats passés avec des fournisseurs du secteur privé.

Exemples de politiques axées sur la demande : prévision de « seuils », proposition de lignes directrices pour établir un ordre prioritaire plus explicite des patients, assurance maladie privée.

Conclusions provisoires du groupe de travail

Le groupe de travail a formulé les conclusions provisoires suivantes :

(i) *Ne mesurer les délais d'attente qu'au niveau des hôpitaux*

Exclure les consultations en polyclinique (pour les soins de première et de deuxième ligne).

(ii) *Limiter l'enregistrement aux hospitalisations et à certains examens*

Ne mesurer les délais d'attente que pour les hospitalisations dans le cadre d'un traitement chirurgical planifié, y compris à l'hôpital chirurgical de jour, et pour certains traitements nécessitant l'utilisation d'appareils médicaux comme le PET scan.

La mesure des délais d'attente pour ces prestations médicales, du point de vue du droit communautaire européen, est importante sous deux angles.

- D'une part, la mesure des délais d'attente est censée veiller à ce que l'accessibilité des soins de santé pour les patients belges ne soit pas compromise par l'afflux de patients étrangers (dans le cadre de la Directive 2011/24/UE),
- D'autre part, il découle du Règlement (CE) 883/2004 et de la Directive 2011/24/UE que, si le délai d'attente pour un patient belge est trop long, nous ne pouvons refuser une autorisation préalable de traitement à l'étranger, compte tenu de l'état médical du patient.

(iii) Définition de la notion de « délai d'attente »

Concernant les hospitalisations, la définition suivante est utilisée : il s'agit du délai enregistré entre la date de prise de décision d'un traitement chirurgical et l'admission à l'hôpital/la date du traitement ou de l'intervention.

À cet égard, quelques difficultés se posent néanmoins : doit-on se baser sur la date à laquelle le médecin-généraliste et/ou le spécialiste a conseillé le traitement, la date à laquelle l'équipe et le médecin qui effectuera l'opération ont fixé l'intervention, ou la date de la dernière consultation du patient chez le spécialiste - qui procédera à l'intervention chirurgicale à propos de son intervention ?

Cette dernière date est privilégiée dans une première phase car elle présente l'avantage de ne demander a priori aucun enregistrement supplémentaire puisque les organismes assureurs disposent de ces informations par le biais de la facturation de la consultation. Ces derniers devront néanmoins faire le lien avec l'intervention pour retrouver la dernière consultation de ce médecin.

Concernant les examens (traitements techniques et/ou biologie clinique), la définition suivante est utilisée : il s'agit du délai entre la prescription de l'intervention et son exécution. Les organismes assureurs disposent a priori de ces informations (date de la prescription, médecin prescripteur, date de l'exécution, médecin exécutant) par le biais des données de facturation.

Cependant, il y a lieu de tenir compte de la remarque suivante. Dans les deux cas, hospitalisation et/ou traitement, il sera difficile de tenir compte des souhaits des patients qui, en fonction de leur propre agenda, demandent de prévoir leur admission à une date ultérieure.

(iv) La collecte des données ne devrait pas engendrer de charges administratives supplémentaires pour les hôpitaux

Pour pouvoir référer aux charges administratives supplémentaires des hôpitaux, il est extrêmement important de déterminer d'emblée la manière effective d'enregistrer les délais d'attente dans la pratique ainsi que les coûts y afférents. Nous nous limiterions à des données existantes (par exemple chez les organismes assureurs) et nous ne demanderions aucune information supplémentaire sauf en cas de nécessité.

(v) Limiter l'enregistrement aux admissions pour certains traitements et certaines interventions bien défini(e)s

Les listes d'attente se manifestent généralement dans le cadre de la problématique sur l'accessibilité des spécialités dans les hôpitaux. C'est la raison pour laquelle il convient d'examiner les traitements pour lesquels les patients étrangers (Le RHM pourrait également fournir des informations utiles à cet égard ; L'étude du KCE donne également un aperçu des traitements les plus fréquents) viennent en Belgique mais également les prestations médicales pour lesquelles les assurés de la législation belge vont à l'étranger. Les informations relatives aux traitements pour lesquels une autorisation préalable a été délivrée doivent être demandées aux mutualités, étant donné qu'elles disposent des demandes d'autorisation préalable et des pathologies.

(vi) Comment enregistrer ?

Il est recommandé de baser l'enregistrement sur un numéro de patient unique et sur la nature du traitement. La liste des traitements et des examens à prendre en considération doit encore être établie.

Input de l'AIM (Agence Intermutualiste)

Depuis le début de l'année 2012, l'AIM dispose d'une banque de données « Hospitalisations » dans laquelle toutes les prestations remboursées de tous les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui ont été hospitalisés en Belgique au cours d'un semestre (hospitalisation classique ou en hôpital de jour) sont disponibles pour une période de 18 mois, à savoir le semestre de l'hospitalisation, ainsi que le semestre antérieur et le semestre ultérieur au semestre de l'hospitalisation.

Sur la base de ces informations, il s'avère relativement facile de déterminer le délai d'attente pour les interventions chirurgicales planifiées, y compris en hôpital chirurgical de jour. Pour ce qui est des traitements nécessitant l'utilisation d'appareils médicaux spécialisés, la situation est un tant soit peu plus complexe mais il devrait être possible de déterminer le délai d'attente également dans ce cas-ci.

L'AIM fera deux échantillons:

- Pour les interventions chirurgicales planifiées: les données relatives à une série d'interventions comme la cataracte, prothèse du genou et de hanche et l'obésité seront sélectionnées et analysées pour l'année 2010.
- Pour les traitements nécessitant l'utilisation d'appareils médicaux spécialisés comme le PET-scan et la RMN: en utilisant l'échantillon permanent, les données seront analysées pour la période 2008-2011. Cet échantillon permanent contient 1 sur 40 personnes de moins de 65 ans et 1 sur 20 personnes de plus de 65 ans de la population totale affiliée dans les mutualités. Cette méthode permettra de décrire une évolution globale des délais d'attente pour plusieurs années (réduction ou prolongement).

Si nous nous limitons, comme mentionné ci-avant dans la conclusion (iii) - Définition de la notion de « délai d'attente », aux données de facturation pures et simples disponibles au sein des organismes assureurs, nous devons clairement prendre conscience des limites méthodologiques de l'interprétation ultérieure des résultats fournis, ce qui ne doit, en soi, pas poser problème dans la mesure où :

- au sein du groupe de travail, l'on passe des accords a priori concrets, explicites et transparents sur la méthodologie à appliquer et les limites de l'interprétation qui en découlent.
- on le mentionne également explicitement lors de la publication des résultats.

Avant que l'AIM ne procède à une analyse visant à déterminer les délais d'attente pour certaines interventions chirurgicales et certaines prestations techniques, il est indiqué d'organiser une concertation au préalable avec les acteurs concernés, en particulier les hôpitaux et les médecins, sur la méthodologie à employer sur base des données disponibles de l'AIM et sur ses limites méthodologiques implicites et explicites. Les démarches ultérieures pourront ensuite être entreprises vis-à-vis de l'opérationnalisation des statistiques.

Ce mode opératoire a été soumis lors de la réunion de l'Observatoire de la mobilité des patients qui s'est déroulée le 27 mars 2013. Le groupe de travail « Enregistrement des délais d'attente » a reçu le mandat d'effectuer le travail nécessaire pour aboutir à une pré-analyse en collaboration avec l'AIM. L'Observatoire a approuvé le principe de tout d'abord faire valider la méthodologie par les acteurs concernés, pour ensuite sélectionner les interventions et démarrer les simulations. La progression de l'analyse sera présentée lors de la prochaine réunion de l'Observatoire.

4. Conclusion

La loi du 4 juin 2007 a été introduite dans le cadre de la libre circulation des patients pour éviter les obstacles à l'admission des patients étrangers dans les hôpitaux belges de sorte que ce flux de patients n'entraîne aucun impact négatif pour les patients belges.

L'Observatoire pour la mobilité des patients créé dans le cadre de cette loi a reçu pour mission de mieux identifier le flux de patients étrangers et d'analyser les conséquences éventuelles pour les listes d'attente de patients ou l'offre des équipements de soins.

A cet égard, l'Observatoire a été chargé d'un certain nombre de tâches spécifiques qui ont été décrites au chapitre 1 de ce premier rapport annuel. Celui-ci donne un aperçu des missions légales entamées en 2012 et de la façon dont il faut les poursuivre au cours des prochaines années. Les missions mentionnées aux points 4° et 5° ne pourront être réalisées que plus tard, étant donné qu'il convient tout d'abord de collecter les informations utiles à cet égard.

Il importait, durant cette année de lancement, de jeter les bases en vue d'assurer le bon fonctionnement de l'Observatoire. Ce travail ne s'est pas fait en un tour de main mais a nécessité un certain temps.

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, le pays d'origine”.

L'Observatoire a approuvé une nouvelle répartition des catégories de patients au sein des hôpitaux belges et a adapté les codes d'assurabilité du patient.

L'enregistrement RHM a été étendu afin d'englober les données financières relatives au flux de patients étrangers traités dans les hôpitaux belges. A cette fin, la base juridique a été adaptée en vue de pouvoir communiquer les montants des factures relatives aux journées d'hospitalisation, aux médicaments et aux prestations médicales.

Les hôpitaux peuvent déjà communiquer ces données RHM pour 2012 sur une base volontaire. Cela sera obligatoire à partir de 2013. L'Observatoire sera alors en mesure de réaliser des études approfondies de ces flux de patients étrangers à partir de 2014.

La nouvelle répartition des catégories de patients, une harmonisation des notions dans les différents systèmes d'enregistrement et l'extension de l'enregistrement RHM sont une réponse aux recommandations du KCE.

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”. A cet égard, un groupe de travail a déjà envisagé l'élaboration d'un système de suivi des délais d'attente tenant compte du contexte belge.

Certains pays ont réalisé des analyses au sein de l'OCDE, ce qui a permis d'étudier certaines techniques en matière de constitution de listes d'attente. Cependant, il semble qu'il n'y ait pas de système européen uniforme disponible.

Le groupe de travail peaufinera l'élaboration de la méthodologie en 2013. Il fixera également quelles pathologies entreront en ligne de compte pour l'étude et l'élaboration des listes d'attente.

Pour ce faire, le groupe de travail se basera principalement sur les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles les patients étrangers sont traités dans les hôpitaux belges.

Les données qui serviront à l'établissement des listes d'attente éventuelles seront basées sur les données mises à disposition par l'Agence Intermutualiste avec laquelle le groupe de travail collaborera étroitement.

L'année 2014 devrait être une année charnière au cours de laquelle nous aurons en principe une idée précise des listes d'attentes éventuelles.

Les travaux afin d'arriver à un enregistrement des délais d'attente sont également une exécution de la recommandation du KCE pour contrôler l'afflux de patients étrangers.

3° “Faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers”. A cet égard, les contrats liant les hôpitaux belges avec les acteurs étrangers des soins de santé ont été demandés en 2011. Ces contrats ont été examinés conjointement par l'INAMI et le SPF Santé publique principalement pour déterminer quels types de dispositions ont été pris (il s'agissait d'une étude exploratoire). L'objectif final de cette étude était de vérifier quelles dispositions n'apparaissaient pas dans les contrats ou n'entraient pas en ligne de compte.

L'analyse a mis en évidence la nécessité, pour les hôpitaux belges, de disposer d'un fil conducteur pour la conclusion de tels contrats avec les acteurs étrangers. Il peut s'agir d'un instrument pratique durant la phase de négociations, ce qui permet d'éviter d'oublier de convenir de certains points essentiels au moment de l'admission de patients étrangers.

Missions à entamer :

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

L'extension du RHM et les informations émanant des contrats doivent d'abord être mis au point pour pouvoir appréhender correctement la fixation des prix. Il serait peut-être utile de mener une étude approfondie afin de permettre à l'Observatoire d'acquérir une expertise sur la façon dont les prix sont fixés de sorte à pouvoir formuler des recommandations à cet égard.

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”. A 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.

Nous sommes convaincus, qu'avec ces données, l'Observatoire sera en mesure de remplir ses missions.

Pour conclure, on peut affirmer que l'Observatoire a bien négocié sa mise en route et que l'INAMI et le SPF SPSCAE ont collaboré efficacement en vue de transmettre à l'Observatoire les données nécessaires pour l'exercice de ses missions. Durant cette première année de fonctionnement, l'accent a surtout été mis sur la

collecte de données, ce qui permettra à l'Observatoire de continuer à accomplir ses missions légales. A l'évidence, il est clair qu'il s'agit là d'un travail de longue haleine.

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 Ier - 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. § 1er. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, 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 1er.

§ 2. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, 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. § 1er. 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

Convention	Date	Parties signataires	Hôpitaux français	Hôpitaux belges
ZOAST THIERACHE	01.05.2000	Connu sous le nom de Transcards		
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – organismes assureurs belges – CSF	CH du Pays d'Avesnes - Hôpital Départemental de Felleries Liessies - CH de Fourmies - CH Brisset à Hirson - Hôpital du Nouvion en Thiérache - CH de Vervins - Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	CSF
ZOAST ARDENNES	A partir du 01.01.2008			
	01.01.2012	ARH de Champagne Ardennes – organismes assureurs belges – CH de Dinant – UCL de Mont Godinne – CSF – Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville	CH de Charleville - CH de Sedan - Hôpital local de Fumay - Polyclinique du Parc de Charleville - Clinique du Dr IHoste de Villers Semeuse - HL Nouzonville - CHRU de	CH de Dinant - UCL de Mont Godinne - Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin et Philippeville - CSF

			Reims	(01.01.2009)
ZOAST MRTW-URSA	A partir du 01.04.2008			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – organismes assureurs belges – CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis - AZ Groeninge Kortrijk - H.H. ziekenhuis Roeselaere – Menen	CH de Tourcoing - CH de Roubaix - CH de Wattrelos - CH dArmentières - CHRU de Lille - CH de Bailleul - CH de Hazebrouck	CH de Mouscron - Jan Yperman Ziekenhuis Ieper (01.11.2008)- AZ Groeninge Kortrijk (01.07.2009) - H.H. ziekenhuis Roeselare- Menen Campus Menen (01.04.2009)
ZOAST ARLON- LONGWY	A partir du 01.07.2008			
	01.01.2012	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA	CH Hôtel Dieu Alpha Santé	Les Cliniques du Sud Luxembourg/VIVALIA

ZOAST MONS- MAUBEUGE	A partir du 01.01.2009			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – organismes assureurs belges – CHR de Mons - CHU Ambroise Paré	CH de Sambre-Avesnois - CH dHautmont - CH de Jeumont - CH dAvesnes - Le centre départemental de Fellerie Liessie - La clinique du Parc - La polyclinique du val de Sambre - Le centre de radiodiagnostic Grimm - Le centre de radiothérapie Gray	CHR de MONS - CHU Ambroise Paré
ZOAST TOURNAI- VALENCIENNES	A partir du 01.05.2010			
	01.01.2012	ARS NORD-PAS DE CALAIS – CHR de Valenciennes – organismes assureurs belges – CH de Wallonie Picarde (CHWAPI)	CHR de Valenciennes	CHWAPI de Tournai

Annexe 4

De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, Vinck I. **Soins programmés à des patients étrangers: impact sur le système belge de soins de santé.** Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 169B. D/2011/10.273/72

KCE REPORTS 169B



SOINS PROGRAMMÉS À DES PATIENTS ÉTRANGERS : IMPACT SUR LE SYSTÈME BELGE DE SOINS DE SANTÉ SYNTHÈSE



<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/soins-programm%C3%A9s-%C3%A0-des-patients-%C3%A9trangers-impact-sur-le-syst%C3%A8me-belge-de-soins-de>

Recommandations²⁷

Amélioration de l'enregistrement des données

- Le pays dans lequel le patient est assuré et l'itinéraire de financement devraient être enregistrés dans les RCM pour chaque hospitalisation de patient étranger.
- La liste actuelle des organismes d'assurance intégrée dans FINHOSTA devrait être complétée par l'indication du pays dans lequel le patient est assuré. Une nouvelle classification des patients étrangers devrait en outre être instaurée en fonction de leur statut d'assurance, conformément à ce qui est proposé pour les RCM.
- Il convient d'envisager d'enregistrer, dans un système d'enregistrement obligatoire similaire aux SHA/HJA, les données de facturation des patients qui bénéficient d'une intervention médicale dans un

²⁷ De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, Vinck I. **Soins programmés à des patients étrangers: impact sur le système belge de soins de santé : synthèse.** Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 169B. D/2011/10.273/72, p. 25.

hôpital belge, mais qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire belge. La faisabilité et les modalités d'un tel système doivent faire l'objet d'un examen complémentaire.

- Les différents systèmes d'enregistrement contenant des informations relatives aux patients étrangers doivent être harmonisés.

Modifications du financement des hôpitaux?

- Si l'afflux des patients étrangers continue à augmenter, des mécanismes alternatifs de financement des hôpitaux et leurs implications légales devront être analysés.

Les options sont les suivantes:

- Prévoir un budget de moyens financiers distinct pour les patients belges et pour les patients étrangers.
- Prévoir un modèle de financement au cas par cas, dans lequel un prix forfaitaire par pathologie (sur la base d'un système DRG) est calculé.

Monitoring

- L'Observatoire pour la Mobilité du Patient devrait surveiller les flux entrants et sortants des patients par arrondissement.

Dans les arrondissements où les flux nets d'entrée augmenteraient brusquement de manière significative, un système de contrôle des listes d'attente devrait être installé, afin de préserver l'accès aux soins de santé pour les patients belges.