

Observatoire

Mobilité des patients

Rapport annuel

2015-2016

Table des matières

Préambule et résumé	2
1. Création, composition et missions	4
2. Patients étrangers en Belgique	6
2.1. RHM 2014	6
2.2. Conventions internationales remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (document S2)	8
2.3. Qualité des données des fichiers PROCRI 30, 40 et 50 du RHM 2014	10
2.4. Coût par jour et par séjour en 2014	11
3. Activités	14
3.1. RHM	14
3.2. Groupe de travail "délais d'attente"	14
3.3. Analyse des contrats de soins	15
4. Conclusions et suivi	21
Annexe 1: Loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients	23
Annexe 2: Composition de l'Observatoire de la mobilité des patients (à la date du 11 mai 2017) ..	26
Annexe 3: Mobilité des patients RHM 2014 Séjours des non-résidents dans les hôpitaux belges	28
Annexe 4: Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport "imagerie médicale"	28
Annexe 5: Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport « cataracte »	28
Annexe 6: Rapport de synthèse AIM délais d'attente imagerie médicale	28
Annexe 7: Rapport de synthèse AIM délais d'attente pour les interventions de cataracte	28
Annexe 8: Aperçu des conventions ZOAST	29

Préambule et résumé

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

Les différentes missions de l'Observatoire se trouvent décrites au Chapitre 1, à savoir entre autres la présentation chaque année d'un rapport annuel, établi en collaboration entre l'INAMI et le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ce rapport d'activités concerne la période 2015 - mai 2017.

Le Chapitre 2 concerne une synthèse du rapport des dernières données chiffrées disponibles relatives aux "patients étrangers en Belgique" sur la base du Résumé hospitalier minimal (RHM) - période 2014. Le nombre de séjours dans des hôpitaux belges de patients qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur belge reste limité et représente environ 1,3 % de l'ensemble des séjours hospitaliers. 37,8 % de ces séjours concernent des patients qui n'étaient pas domiciliés en Belgique. La majorité des séjours se trouve en hospitalisation de jour et un cinquième des séjours concerne une hospitalisation classique. La majeure partie de ces patients est domiciliée aux Pays-Bas (61,2 % des séjours), en France (9,6 % des séjours) et en Allemagne (3,8 % des séjours).

Il faut également tenir compte de certaines hospitalisations effectuées remboursées par l'Assurance Maladie Invalidité (AMI) dans le cadre des conventions internationales pour des soins de santé programmés en Belgique (document S2 – ex formulaire E 112). Ce groupe représente 0,23 % de tous les séjours hospitaliers.

Au total, on peut affirmer que les séjours des patients résidents en Belgique où à l'étranger qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur belge représentent environ 1,53 % de l'ensemble des séjours hospitaliers.

Le Chapitre 3 du rapport annuel donne un aperçu des travaux de l'Observatoire au cours des exercices 2015 - mai 2017.

En ce qui concerne les contrats de soins, une nouvelle enquête est réalisée. Au total, nous avons reçu 111 contrats. Seuls 89 de ces 111 contrats concernaient des contrats de soins avec des acteurs de soins étrangers. La principale découverte de l'analyse est que la circulaire concernant le fil conducteur, qui date de 2013, avait un impact positif évident sur la qualité des contrats de soins qui ont été conclus à partir de 2014 en comparaison avec les contrats de soins qui ont été conclus pour cette date. Quatre dispositions restent problématique, à savoir (i) la disposition concernant le statut d'autorisation et d'enregistrement ; (ii) la clause de sauvegarde en cas de problèmes de capacité ; (iii) le nombre de patients et enfin (iv) la postcure. Nous proposons que les hôpitaux transmettent chaque année tous les contrats de soins en cours pour fin février au plus tard et que les contrats de soins qui ont déjà cinq ans au 1^{er} janvier 2018 soient renouvelés. Lors de la conclusion de contrats de soins et du renouvellement, il faut consacrer une attention particulière aux 4 dispositions qui restent problématiques.

Outre ces contrats de soins, les conventions ZOAST ont également été communiquées. Ces conventions ZOAST n'ont pas été analysées parce qu'il ne s'agit pas de contrats de soins au sens strict du terme mais plutôt de conventions de collaboration transfrontalières pour une zone géographique déterminée en exécution de l'Accord-cadre entre la Belgique et la France.

Le groupe de travail "enregistrement des délais d'attente" a poursuivi ses travaux avec la fourniture de deux rapports par l'Agence intermutualiste (AIM) sur le calcul des délais d'attente dans le cadre de l'imagerie médicale et de la cataracte. Le feed-back des hôpitaux révèle que la méthode utilisée a ses limites. Les délais d'attente obtenus peuvent varier en fonction du fonctionnement et de l'organisation des hôpitaux ainsi que, dans le cas de l'imagerie médicale, de la pathologie des patients. L'AIM a rédigé les rapports en tenant compte du feed-back des hôpitaux. Les résultats au niveau des institutions de soins seront examinés au Conseil national des établissements hospitaliers et les résultats concernant l'imagerie médicale seront examinés au sein de la BELMIP.

Bonne lecture !

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Pedro Facon

Président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Directeur général de la direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Benoît Collin

Vice-président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Administrateur général adjoint de l'INAMI

1. *Création, composition et missions*

La loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients a été adoptée le 4 juin 2007 (*Moniteur belge* du 25 juillet 2007 - 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 (Annexe 1)

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.

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 Ministres (Article 4, §4, de la loi du 4 juin 2007), 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 suivantes (Article 4, §2, de la loi du 4 juin 2007):

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

L'Observatoire se compose d'une représentation des acteurs suivants (Article 5 de la loi du 4 juin 2007 ; Annexe 2) :

- 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 attributions¹.

Comme prévu par la loi, l'Observatoire a choisi un président parmi ses membres (Article 5, alinéa 2, de la loi du 4 juin 2007). Monsieur Christiaan Decoster, Directeur général Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a été président jusqu'en février 2017. Lors de la séance du 11 mai 2017 le successeur de M. Decoster, M. Pedro Facon est élu comme nouveau président de l'Observatoire.

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 fédérales (Article 4, §5, de la loi du 4 juin 2007).

¹ 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

2. Patients étrangers en Belgique

Dans le présent chapitre, nous passerons au crible les résultats relatifs aux données disponibles de patients dans les hôpitaux belges qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge

2.1. RHM 2014

Dans le présent chapitre, nous passerons au crible les résultats relatifs aux données disponibles de patients dans les hôpitaux belges qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge, sur base des données du RHM 2014.

À l'instar des rapports annuels précédents, ces données sont mises à disposition par le service Data Management de la Direction générale Soins de santé (DGGS) du SPF SPSCAE. Dans l'attente de la publication du présent rapport annuel, un rapport intermédiaire sur les données de l'année d'enregistrement 2013 a été publié le 02/09/2016. Ce rapport intermédiaire peut être consulté sur le site du [SPF SPSCAE](#).

Ledit rapport intermédiaire a mis pour la première fois l'accent sur les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge. Cela n'a été rendu possible que depuis les données de 2013, suite à l'adaptation du code d'assurabilité provenant du RHM (à savoir A2_CODE_STAT_INSURANCE = 300, 310, 320, 330) dont l'enregistrement n'est obligatoire que depuis le RHM 2013.

Ce code permet de faire la distinction entre les patients qui sont affiliés à un organisme assureur belge et les patients qui ne le sont pas. Les patients non affiliés à un organisme assureur belge peuvent être scindés en plusieurs catégories :

- **300** – contrats de soins avec des secteurs de soins étrangers établis dans un état membre de l'UE/EEE ou en Suisse, sans couverture pour les soins de santé en Belgique ;
- **310** – initiative privée de personnes possédant une assurance santé dans un autre état membre de l'EU/EEE ou en Suisse, sans couverture pour les soins de santé en Belgique ;
- **320** – personne possédant une assurance santé dans une institution de droit international ou européen, sans couverture pour les soins de santé en Belgique ;
- **330** – patients possédant une assurance santé dans un pays n'appartenant pas à l'UE/EEE, et autre que la Suisse, qui ne relèvent pas d'un accord international, et sans couverture de soins de santé en Belgique.

Cette nouvelle approche répond davantage aux exigences des missions de l'Observatoire telles que formulées dans la loi du 4 juin 2007 "modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients". Cette approche a par conséquent été maintenue pour l'élaboration du rapport actuel basé sur les données du RHM 2014.

Les rapports précédemment créés (jusqu'au RHM 2012 inclus) tenaient uniquement compte du domicile du patient puisque les données détaillées sur l'assurabilité n'étaient pas encore disponibles à l'époque. Cette différence dans les données sélectionnées a pour conséquence que les données

chiffrées des RHM 2008-2012 ne peuvent pas être comparées aux données chiffrées à partir de 2013.

Par ailleurs, les rapports basés sur les RHM 2013 et 2014 portent sur les hospitalisations classiques, les hospitalisations chirurgicales de jour, les hospitalisations non chirurgicales de jour et les urgences ambulatoires. Les consultations ambulatoires et planifiées dans les hôpitaux ne font pas partie de ces rapports. Afin d'apporter une plus-value aux rapports basés sur les RHM 2013 et 2014, nous continuons toutefois à faire la distinction entre les résidents et les non-résidents belges, en mettant l'accent sur les non-résidents. Pour le rapport de RHM 2014, voir l'Annexe 3.

Si nous examinons le rapport actuel basé sur les données du RHM 2014, nous pouvons faire les constatations suivantes en ce qui concerne les patients non affiliés à un organisme assureur belge et non domiciliés en Belgique :

- (i) Le nombre de séjours dans les hôpitaux belges pour des patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge (n=94.740) s'élève à environ 1,3% de l'ensemble des séjours hospitaliers. Parmi eux, 37,8% des séjours concernent des patients qui n'étaient pas domiciliés en Belgique.
- (ii) La majorité des séjours de ces patients, qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique (n=35.860), concernent des hospitalisations de jour (40,8% des séjours), 25,9% des séjours concernent des hospitalisations classiques, et 33,3% des séjours portent sur des urgences ambulatoires.
- (iii) La majeure partie des séjours des patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge (n=41.913) se situe dans le groupe de patients possédant une assurance santé dans un pays n'appartenant pas à l'UE/EEE, et autre que la Suisse (44,2%). Il est étonnant de voir que 86% d'entre eux ont trait à des patients domiciliés en Belgique (n=36.054).
- (iv) 29% des séjours impliquent des patients (dont 47% de non-résidents) qui se sont rendus dans un hôpital belge sur initiative privée (n=27.810). Ils ne sont pas assurés en Belgique et possèdent une assurance maladie dans un autre pays de l'UE et autre que la Suisse. 20% des séjours impliquent des patients (dont 89% de non-résidents) qui possèdent un contrat de soins avec des prestataires de soins dans l'UE/en Suisse (n=18.642), et 7% des séjours impliquent des patients (dont 4% de non-résidents) qui possèdent une assurance maladie auprès d'une institution de droit international ou européen (n=6.375).
- (v) La grande majorité des séjours des patients qui ne possèdent pas d'assurance maladie auprès d'un organisme assureur belge et qui n'habitent pas en Belgique (n=35.680), ont trait à des patients domiciliés aux Pays-Bas (61,2% des séjours), 9,6% des séjours ont trait à des patients venant de France et 3,8% des séjours ont trait à des patients venant d'Allemagne.
- (vi) La durée de séjour moyenne de ces patients, qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique, est de 5,5 jours.
- (vii) L'afflux de ces patients, qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique, se concentre surtout dans la région frontalière du nord-est de la Belgique. L'afflux est également plus important dans les villes qui hébergent des hôpitaux universitaires (p. ex. Gand, Hasselt, Anvers, Louvain et Bruxelles).

- (viii) La majorité des séjours de patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique, ont été planifiés à l'avance, aussi bien pour l'hospitalisation classique (65,2%) que pour l'hospitalisation de jour (88,4%). Signalons toutefois que près d'un tiers des séjours en hospitalisation classique concerne une admission en urgence. Du côté de l'hospitalisation de jour, il est question de 10% d'admissions urgentes.
- (ix) Les patients - à la fois des résidents et non-résidents qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge - qui ont un contact avec les urgences ambulatoires, le font généralement de leur propre initiative. En revanche, lorsque ces patients sont admis en hospitalisation classique ou de jour, cela se fait le plus souvent sur renvoi d'un médecin spécialiste de l'hôpital en question.
- (x) En hospitalisation classique et de jour, environ la moitié des séjours des patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique, ont lieu dans un hôpital universitaire.
- (xi) Que ce soit dans la classification ISHMT ou APR-DRG, il est constaté que les patients qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur belge et qui ne sont pas domiciliés en Belgique, sont le plus souvent admis en hospitalisation de jour pour des affections du système nerveux et du système musculo-squelettique et pour des néoplasmes. En hospitalisation classique, les séjours concernent des affections du système musculo-squelettique, des affections dues à des lésions, à une intoxication et à des causes externes, ainsi que des affections du système circulatoire.

Les données chiffrées du rapport actuel basé sur les données du RHM 2014 sont dans la lignée des résultats des données du RHM 2013.

Pour plus de détails, nous vous renvoyons aux tableaux de ce rapport en Annexe 3 et au fichier Excel ci-joint. Vous y trouverez de plus amples informations qui vous permettront d'interpréter les tableaux correctement.

Les dernières données disponibles à l'heure actuelle sont les données du RHM 2014. Les données des RHM 2015 et 2016 ne sont pas encore entièrement disponibles et seront publiées et examinées dans le prochain rapport annuel ou dans un rapport intermédiaire (si les chiffres sont disponibles plus tôt).

2.2. Conventions internationales remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (document S2)

Afin d'avoir une vue complète de la mobilité des personnes qui résident à l'étranger et qui viennent se faire soigner en Belgique, il faut également tenir compte de certaines hospitalisations effectuées en Belgique remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre des conventions internationales, c'est-à-dire les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Plus particulièrement, il s'agit des personnes qui sont assurées et qui résident dans un des pays de l'Espace Economique européenne ou en Suisse, et qui ont reçu une autorisation préalable (document S2 – ex formulaire E 112) pour des soins de santé programmés en Belgique.

Nous pouvons identifier ces personnes dans les bases de données qui nous sont transmises par les organismes assureurs dans les documents SHA (Séjours hospitaliers anonymes) et dans les documents HJA (Hospitalisations de jour anonymes) sur base du code titulaire CT1 180, 181, 480 ou 481 et CT2 312 ou 712.

En 2014, nous comptabilisons 16.482 séjours hospitaliers, dont 4.893 hospitalisations classiques (doc SHA) et 11.589 hospitalisations de jour (doc HJA), remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre des conventions internationales sur base d'un document S2. Cela représente 0,23 % de l'ensemble des hospitalisations des hôpitaux généraux aigus et chroniques, voire tableaux 1 et 2.

Tableau 1 – Conventions internationales remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé en 2014 (document S2)

Nombre de séjours 2014 - Conventions internationales S2				
Pays résidence	Hosp. class.	Hosp. jour	Total	% total
NON COUPLE	364	7.996	8.360	50,7%
FRANCE	2.961	2.838	5.799	35,2%
PAYS-BAS	777	328	1.105	6,7%
LUXEMBOURG	531	387	918	5,6%
Autres pays < 100	260	40	300	1,8%
Grand Total	4.893	11.589	16.482	100%
	29,7%	70,3%	100,0%	

Tableau 2 – Taux de pénétration dans les hôpitaux

Résidents à l'étranger - Nombre de séjours 2014							
Type Hosp.	RHM 2014 124/124 hôp.	Codes 300 à 330		Conventions internationales S2		Total	
Hosp. classique	1.979.463	9.295	0,47%	4.893	0,25%	14.188	0,72%
Hosp. de jour	5.199.300	26.565	0,51%	11.589	0,22%	38.154	0,73%
Total	7.178.763	35.860	0,50%	16.482	0,23%	52.342	0,73%
		82%		18%		100%	

La ventilation par pays de résidence n'est pas significative car 50% des séjours n'ont pas pu être couplés aux séjours du RHM.

2.3. Qualité des données des fichiers PROCRI 30, 40 et 50 du RHM 2014

Les données facturées aux patients sans couverture pour les soins de santé en Belgique (codes assurabilité 300 à 330) sont directement communiquées par les hôpitaux au SPF Santé publique dans les fichiers PROCRI 30, 40 et 50 du RHM.

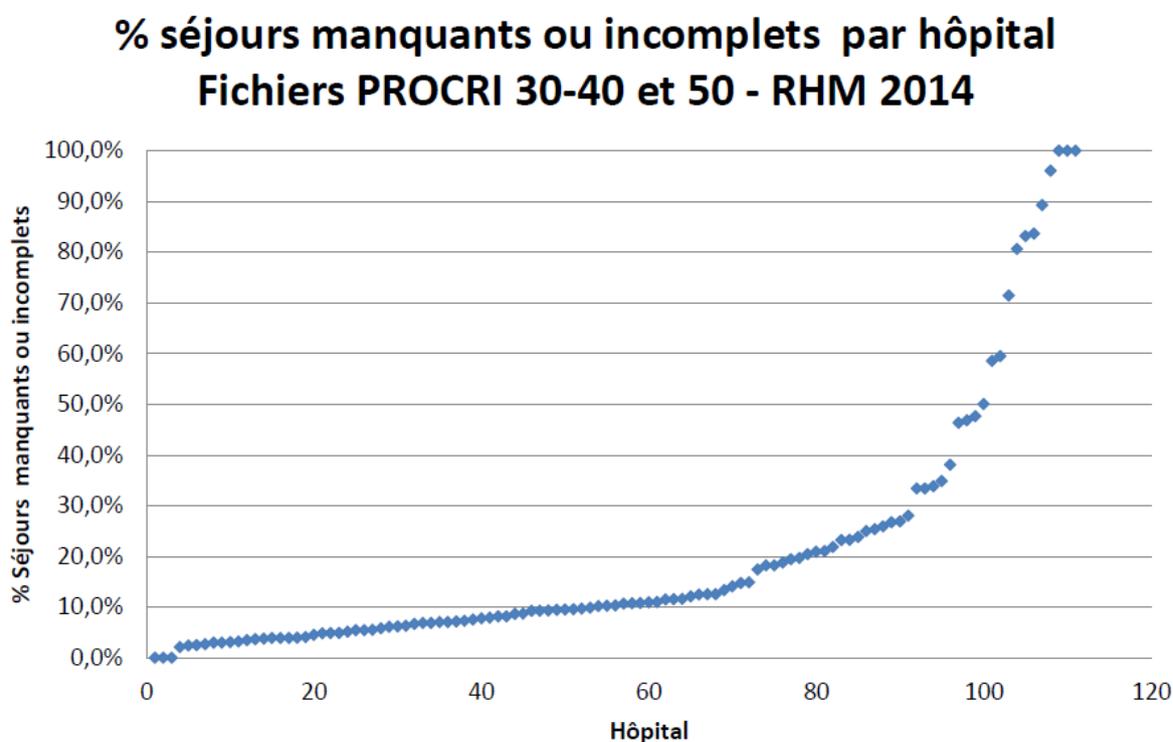
Le fichier PROCRI 30 reprend toutes les prestations relatives au prix de journée, le fichier PROCRI 40 contient toutes les prestations pharmaceutiques, et le fichier PROCRI 50 comprend toutes les autres prestations techniques et médicales.

Nous constatons que les hôpitaux n'ont communiqué aucun des trois fichiers pour 18% des séjours et seulement un ou deux des trois fichiers pour 4% des séjours. Donc, seuls 78% des séjours peuvent être considérés comme complets en 2014.

Le tableau 3 reprend sous forme de graphique le pourcentage de séjours manquants ou incomplets par hôpital. Afin d'améliorer la situation dans le futur, un feedback est organisé chaque année auprès des hôpitaux et des contrôles renforcés ont été prévus lors de l'introduction des données par ceux-ci.

En ce qui concerne le contenu des données des trois fichiers PROCRI 30, 40 et 50, nous retrouvons 18.500 enregistrements sur un total de 2.080.000 enregistrements pour lesquels le code ou pseudocode nomenclature nous est inconnu, ce qui représente 0,9% des enregistrements. Nous considérons ce pourcentage d'erreur globalement acceptable.

Tableau 3 – Qualité des données des fichiers PROCRI 30, 40 et 50 du RHM 2014



2.4. Coût par jour et par séjour en 2014

Pour l'analyse des coûts par jour et par séjour, nous distinguons trois grandes catégories de patients:

- les personnes qui résident à l'étranger, hospitalisées en Belgique, sans couverture pour les soins de santé en Belgique (codes assurabilité 300 à 330 - hors AMI) ;
- les personnes qui résident en Belgique, hospitalisées en Belgique, sans couverture pour les soins de santé en Belgique (codes assurabilité 300 à 330 - hors AMI) ;
- les personnes qui résident à l'étranger, hospitalisées en Belgique dans le cadre des conventions internationales remboursées par l'AMI (document S2 – voir ci-dessus).

Dans les deux tableaux 4 et 5, les coûts par jour et par séjour sont ventilés par type d'hospitalisations : chirurgie de jour, one day (médical), urgences et hospitalisations classique. Ils ont été calculés sur les séjours validés uniquement, c'est-à-dire les séjours pour lesquels les trois fichiers PROCRI 30, 40 et 50 ont été communiqués. Les fichiers PROCRI 30, 40 et 50 reprennent toutes les prestations qui ont été facturées aux patients, y compris les suppléments, les produits non remboursables, les autres fournitures et frais divers.

Tableaux 4 et 5 – Coût par jour et par séjour en 2014

RESIDENTS A L'ETRANGER - Code assurabilité 300 à 330					
RHM 2014 (124/124 hôpitaux) - séjours validés (89% des séjours)					
	Hosp. de jour			Hosp. classique	
	Chir. Jour	One day	Urgences		
Quantile	Coût / jour	Coût / jour	Coût / jour	Coût / jour	Coût / séjour
100% Max	6.703	31.931	1.037	31.489	570.312
99%	5.053	4.901	504	5.942	47.448
95%	3.447	2.735	319	3.421	20.724
90%	3.351	2.074	237	2.657	13.458
75% Q3	2.913	857	144	1.751	6.842
Mean	2.047	828	115	1.542	6.655
50% Median	2.067	393	86	1.221	3.682
25% Q1	1.080	225	46	909	1.959
10%	842	112	32	706	1.270
5%	723	67	26	591	1.013
1%	584	33	5	441	699
0% Min	21	1	0	5	30
Nombre séjours validés	2.984	10.022	10.145	8.663	
	31.814				

RESIDENTS EN BELGIQUE - Code assurabilité 300 à 330					
RHM 2014 (124/124 hôpitaux) - séjours validés (71% des séjours)					
	Hosp. de jour			Hosp. classique	
	Chir. Jour	One day	Urgences		
Quantile	Coût / jour	Coût / jour	Coût / jour	Coût / jour	Coût /séjour
100% Max	9.669	12.459	3.355	15.257	216.661
99%	4.645	3.996	429	5.447	39.940
95%	2.931	2.312	253	3.493	16.382
90%	2.589	1.745	179	2.501	10.277
75% Q3	2.025	770	112	1.500	5.660
Mean	1.559	664	94	1.335	5.268
50% Median	1.317	350	70	1.013	3.147
25% Q1	925	151	44	733	1.699
10%	742	82	37	581	1.051
5%	692	52	29	506	787
1%	505	32	18	183	583
0% Min	74	2	0	22	56
Nombre séjours validés	1.968	7.936	25.119	6.628	
	41.651				

Quel que soit le type d'hospitalisations, nous constatons que les coûts facturés par les hôpitaux belges aux personnes qui résident à l'étranger sans couverture pour les soins de santé en Belgique (codes assurabilité 300 à 330) sont supérieurs à ceux qui sont facturés aux personnes qui résident en Belgique sans couverture pour les soins de santé en Belgique (codes assurabilité 300 à 330). Par exemple, le coût médian d'une hospitalisation classique est de 3.682 euros pour les résidents à l'étranger, alors qu'il est de 3.147 euros pour un résident en Belgique, soit 17% plus cher.

Le tableau 6, qui reprend les coûts par jour et par séjour des patients hospitalisés en Belgique dans le cadre des conventions internationales remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé (document S2 – voir ci-dessus), n'est pas comparable aux tableaux 4 en 5 car les données proviennent des organismes assureurs et non pas des hôpitaux. Les coûts mentionnés dans ce tableau correspondent uniquement à ce qui a été facturé à l'assurance obligatoire soins de santé et non pas à ce qui a été facturé aux patients. Les suppléments, les produits non remboursables, les autres fournitures et frais divers ne sont pas compris dans les chiffres mentionnés.

Tableau 6 – Coût par jour et par séjour en 2014 dans le cadre des conventions internationales

Conventions internationales S2 – 2014				
	Hosp. de jour		Hosp. Classique	
	Chir. Jour	One day		
Quantile	Coût / jour	Coût / jour	Coût / jour	Coût / séjour
100% Max	4.257	27.320	39.692	154.148
99%	2.514	2.640	4.667	46.846
95%	1.605	1.089	2.649	21.062
90%	1.436	691	1.935	12.653
75% Q3	1.382	523	1.366	6.398
mean	1.187	528	1.218	6.148
50% Median	1.276	432	968	3.249
25% Q1	950	390	726	1.901
10%	746	243	600	1.057
5%	709	126	544	874
1%	636	36	364	724
0% Min	0	0	3	26
nbre séjours	1.159	10.430	4.893	
	16.482			

3. Activités

L'Observatoire de la mobilité des patients s'est réuni deux fois au cours de la période 2015 – mai 2017, à savoir le 15 octobre 2015 et le 11 mai 2017. Au cours de cette période, le rapport annuel 2014 a également été approuvé.

3.1. RHM

Le rapport RHM nouveau style a été présenté à l'assemblée plénière. Ce rapport est une tentative en vue de répondre aux besoins de l'Observatoire. Le rapport nouveau style relatif aux données 2013 est disponible sur le site du [SPF Santé publique](#).

Pour le rapport RHM sur les données 2014, voir l'Annexe 3. Les données du RHM 2015 et du RHM 2016 ne sont pas encore disponibles dans leur totalité. Celles-ci seront publiées et discutées dans un rapport intermédiaire. On a aussi travaillé à l'amélioration de la qualité des enregistrements PROCRI 30-40-50.

3.2. Groupe de travail "délais d'attente"

À la demande de l'assemblée plénière, un feed-back a été demandé aux hôpitaux concernant les analyses AIM et les rapports "Surveillance des délais d'attente en imagerie médicale" et "Surveillance des délais d'attente pour la cataracte". Le groupe de travail s'est réuni trois fois au cours de la période 2015- mai 2017, à savoir le 28 septembre 2015, le 23 novembre 2016 et le 28 mars 2017.

Les versions finales des analyses AIM, les rapports sur la méthodologie et rapports de synthèse ainsi que les questionnaires ont été transmis au groupe de travail pour approbation en janvier 2017 avant l'envoi des documents aux hôpitaux pour le feed-back. Les documents ont été envoyés aux hôpitaux fin janvier/début février 2017. Un délai d'un mois environ leur a été accordé pour donner un feed-back. Au total, le SPF a reçu un feed-back de 10 hôpitaux pour ce qui est des analyses AIM "imagerie médicale" et de 13 hôpitaux en ce qui concerne les analyses AIM "cataracte" (pour le feed-back intégral, voir les Annexes 4 et 5). Ce feed-back a été discuté lors du groupe de travail "délais d'attente" du 28 mars 2017.

Le feed-back révèle que la méthode employée a ses limites. Les délais d'attente enregistrés peuvent différer selon le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux et également, dans le cas de l'imagerie médicale, selon la pathologie des patients. Sur la base de ce feed-back, l'AIM a adapté les rapports de synthèse.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, la conclusion est que l'on constate une augmentation au niveau des volumes en imagerie médicale sur la période 2010-2015. L'augmentation annuelle varie de 2,2% pour les CT-scans de patients non cancéreux à 6,1% pour l'IRM. On constate ainsi une augmentation annuelle moyenne au niveau du P75. Cette augmentation varie de 1,5% à 37,8% en fonction du type d'imagerie médicale. L'afflux de patients non couverts par l'AMI dans les provinces

du Luxembourg et de Namur semble avoir un impact sur les délais d'attente constatés. Cet impact est surtout visible pour l'IRM. Pour plus de détails, voir l'Annexe 6.

En ce qui concerne la cataracte, on peut conclure que le P75 est de cinquante jours et a été quasi constant entre 2010 et 2015, en dépit d'une augmentation annuelle des interventions de 3,2% en moyenne. La part des opérations de la cataracte en ambulatoire est passée de 1,4% à 4,8% pour la période 2010-2015. La part de "trajet de soins atypique" est beaucoup plus élevée en ambulatoire. 98% des patients ont consulté au préalable un ophtalmologue. Pour plus de détails, voir l'Annexe 7.

Les analyses au niveau des hôpitaux feront l'objet de discussions au sein du Conseil fédéral des établissements hospitaliers et d'autres plates-formes pertinentes, comme la "Belgian Medical Imaging Platform – BELMIP" pour les données relatives à l'imagerie médicale.

3.3. Analyse des contrats de soins

3.3.1. Introduction

Il incombe à l'Observatoire de la mobilité des patients de collecter les données relatives au flux de patients étrangers dans les hôpitaux belges et de faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers.

La loi relative aux hôpitaux a été complétée par un nouvel article 92/1 qui oblige les gestionnaires d'hôpitaux à communiquer au ministre de la Santé publique l'ensemble des conventions conclues en matière de mobilité transfrontalière des patients. 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 du 9 août 2011. Le secrétariat de l'Observatoire a analysé ces contrats dans le courant de l'année 2012. Les impressions qui s'en dégagent sont reprises dans le rapport annuel 2012 de l'Observatoire de la mobilité des patients². L'analyse a clairement démontré que les contrats conclus accordent peu d'attention à certains éléments du processus de soins comme les soins post-hospitaliers, la communication avec le patient, ...

Sur la base de cette analyse, le secrétariat de l'Observatoire a élaboré un guide. Le guide est constitué de directives dont l'Observatoire pense qu'elles sont réalistes, réalisables mais aussi indispensables pour la rédaction d'un contrat de soins correct. Il importe toutefois de garder à l'esprit que les directives ne sont pas exhaustives : on a sélectionné une série d'éléments que l'Observatoire estime absolument devoir figurer dans un contrat, mais il va de soi que l'objet du contrat ou la situation spécifique de l'hôpital peut exiger d'autres clauses.

Le guide a été transmis par circulaire à tous les hôpitaux belges dans le courant du mois de décembre 2013, avec la demande d'utiliser ce guide lors de la conclusion de nouveaux contrats de soins ou lors de la renégociation de contrats de soins existants après le 1^{er} janvier 2014.

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_annuel_2012.pdf

L'Observatoire présume que les hôpitaux ont utilisé le guide à partir de début 2014 lors de la conclusion de contrats de soins.

Pour vérifier si cet exercice a été utile, une nouvelle enquête auprès des hôpitaux a été menée en 2016 à la demande de l'assemblée plénière. Une circulaire a été envoyée aux hôpitaux le 2 mai 2016. Plusieurs rappels ont été adressés aux hôpitaux qui n'avaient pas encore répondu.

Nous avons reçu au total 111 contrats. Dix de ces contrats se rapportaient à des accords dans le cadre de ZOAST. Ces contrats sont repris dans l'analyse des contrats ZOAST (voir point 3.3.4). Ensuite, 12 des contrats reçus ne concernaient pas des contrats de soins de patients étrangers au sens strict du terme. Dix de ces 12 contrats se rapportaient à des accords de collaboration entre prestataires de soins d'un hôpital de notre pays avec un hôpital étranger et les 2 autres contrats portaient sur des soins à des demandeurs d'asile. Les 89 contrats restants concernaient des contrats de soins de patients étrangers. Lors de l'analyse, nous nous sommes limités à ces 89 contrats.

3.3.2. Méthodologie utilisée pour l'analyse

Les contrats de soins ont été analysés au moyen d'un modèle de fiche, qui comporte une série de directives tirées du guide, afin d'harmoniser l'analyse et de résumer les résultats de cette analyse de façon structurée.

Le modèle de fiche a pour but de vérifier si les recommandations d'accords à reprendre dans les contrats de soins ont été suivies comme prévu dans le guide.

En particulier, on a vérifié si les contrats de soins contenaient les informations suivantes :

- Les renseignements relatifs aux parties contractantes ;
- La date de signature ;
- 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 santé belge, ainsi que les prix facturés pour les soins (médicaux) (l'objectif étant de vérifier si le principe d'égalité de traitement 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 en responsabilité ou une autre assurance équivalente contre la négligence médicale ;
- Le statut d'autorisation et d'enregistrement ;
- La clause de sauvegarde : il ne peut être fait usage que de la surcapacité disponible, de manière à ne pas compromettre l'accessibilité pour les patients belges ;
- L'échange de données médicales ;
- La fixation des prix ;
- La nature des soins médicaux dispensés dans le cadre du contrat ;
- Une indication du nombre de patients ;
- La durée, la reconduction/l'arrêt du contrat ;
- L'information au patient et la communication avec celui-ci ;
- Les soins post-hospitaliers (éventuels) (par ex. accords au sujet des trajets de suivi) ;
- La facturation.

3.3.3. Résultats de l'analyse

Le tableau 7 donne un aperçu de l'analyse des contrats de soins sur la base de la méthodologie exposée en rubrique 1.1.2. Le tableau indique chaque fois le pourcentage des contrats analysés comprenant un élément spécifique du guide.

Tableau 7. Résultats de l'analyse des contrats de soins : % de contrats de soins dans lesquels figure l'information concernée

Nature du contractant	Nbre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fondé de pouvoir	10	100	100	100	100	10	90	90	100	100	0	100	90	0	100
Assureur de soins public	47	96	98	96	81	74	6	77	100	100	2	100	68	47	100
Assureur de soins privé	28	79	54	39	68	61	0	21	64	54	0	89	7	7	86
Autres	4	75	25	0	50	0	0	50	75	0	0	75	25	0	75
Total	89	90	81	74	78	60	13	60	88	81	1	96	49	27	94

Légende du tableau 7

Un fondé de pouvoir agit au nom d'une autre partie. Celles-ci sont principalement des assureurs de soins. Un assureur de soins est un assureur qui exécute l'assurance-maladie légale. Un assureur privé est un assureur qui offre des polices d'assurance-maladie (complémentaire).

1. Disposition déterminant le droit applicable pour le contrat
2. Disposition précisant que les soins de santé sont 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. Disposition relative au statut d'autorisation et d'enregistrement
6. Clause de sauvegarde en cas de problème de capacité
7. Disposition relative à l'échange de données médicales
8. Disposition relative au prix des soins
9. Disposition relative à la nature des soins médicaux
10. Disposition relative au nombre de patients
11. Disposition relative à la durée et au renouvellement/à l'arrêt du contrat
12. Disposition relative à l'information du patient et à la communication avec celui-ci
13. Disposition relative aux soins post-hospitaliers
14. Disposition relative au règlement financier et à la facturation

On observe immédiatement que plus de 80% des contrats comportent des dispositions relatives (i) au droit applicable, (ii) aux soins de santé, lesquels sont dispensés conformément à la législation belge, (iii) au prix et au type de soins, (iv) à la facturation et enfin (v) au renouvellement et à l'arrêt du contrat.

Dans presque aucun contrat, nous ne trouvons de dispositions relatives à la clause de sauvegarde en cas de problème de capacité ni au nombre de patients. De même, les dispositions relatives à l'information du patient et à la communication avec celui-ci et celles relatives aux soins post-hospitaliers ne sont présentes, dans le meilleur des cas, que dans la moitié des contrats.

Nous avons ensuite effectué une analyse de ces contrats de soins de 2014, 2015 et 2016. Les résultats de celle-ci sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8. Résultats de l'analyse des contrats de soins à partir de 2014 : % de contrats de soins dans lesquels figure l'information concernée

Nature du contractant	Nbre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fondé de pouvoir	7	100	100	100	100	14	100	100	100	100	0	100	86	0	100
Assureur de soins public	35	97	100	100	83	74	3	71	100	100	0	100	80	40	100
Assureur de soins privé	5	100	80	80	60	60	0	20	40	80	0	100	0	20	80
Autres	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	48	96	96	96	81	63	17	69	92	96	0	98	71	31	96

De manière générale, les contrats rédigés postérieurement à la circulaire (2014, 2015 et 2016) répondent mieux aux directives par comparaison avec les autres contrats (avant 2014 ou sans date). Mais les dispositions relatives à la clause de sauvegarde en cas de problème de capacité (17%), celles relatives au nombre de patients (31%) et aux soins post-hospitaliers demeurent problématiques.

En outre, nous pouvons affirmer que les contrats établis avec un fondé de pouvoir et/ou un assureur de soins public répondent en général mieux aux directives que, par comparaison, les contrats conclus avec un assureur de soins privé.

Enfin, nous avons réalisé une analyse sur une sélection de contrats de soins, à savoir ceux dans lesquels une date a été spécifiée. Les résultats de celle-ci sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9. Résultats de l'analyse des contrats de soins : % de contrats de soins dans lesquels figure l'information concernée avant et après la circulaire

Nature du contractant	Nbre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<u>Avant la circulaire</u>	26	85	58	35	73	54	8	35	85	58	0	100	23	8	96
<u>Après la circulaire</u>	48	96	96	96	81	63	17	69	92	96	0	98	71	31	96

Cette analyse révèle clairement que la circulaire a eu un impact positif sur la qualité des contrats de soins. Sur presque toutes les dispositions de la circulaire, nous constatons une amélioration.

3.3.4. Conventions ZOAST

La coopération transfrontalière en matière de soins médicaux entre la Belgique et la France s'est développée progressivement depuis une quinzaine 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)³ .

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. Ces conventions individuelles entre les hôpitaux ont été inclus dans l'analyse décrite ci-dessus.

Le développement de Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers⁴ 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 ZOAST⁵ 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.

Avec l'entrée en vigueur du ZOAST Littoral le 1^{er} janvier 2015, toute la région frontalière franco-belge est couverte par une ZOAST. Vous trouverez un aperçu des conventions ZOAST à l'Annexe 8.

Tableau 10 montre le nombre des patients pour les années 2010, 2011 et 2012⁶. Les chiffres indiquent un rapport d'un assuré belge (1) en France pour huit (8) assurés français en Belgique pour l'année 2010⁷, avec une augmentations jusqu'à d'un assuré belge (1) en France pour quatorze (14) assurés français en Belgique pour l'année 2012⁸. 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.

³ *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.

⁴ Surtout connues sous l'acronyme français ZOAST ou *Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers*.

⁵ 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.

⁶ Des données plus récentes et fiables ne sont actuellement pas disponibles.

⁷ 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*.

⁸ Note CSS 2014/054 du 23 janvier 2014 concernant *les conventions relatives aux Zones Organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) – aperçu des flux de patients pour l'exercice 2012*.

Tableau 10 – Conventions ZOAST – nombre de patients en 2010, 2011 et 2012

ZOAST	Nbre de patients en 2010		Total
	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
Total	8.758	864	9.622

ZOAST	Nbre de patients en 2011		Total
	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
Total	11.084	700	11.784

ZOAST	Nbre de patients en 2012		Total
	FR → BE	BE → FR	
ARDENNES	7.625	4	7.629
MRTW-URSA	1.804	1.208	3.012
ARLWY	2.522	n/m	2.522
MOMAU	n/m	n/m	n/m
TOURVAL	n/m	n/m	n/m
THIERACHE	ca. 2.500*	7	2.507
Total	14.451	1.219	15.670

* = estimation sur la base des activités médicales communiquées par les hôpitaux concernés

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 et 2012 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.

Les données récoltées permettent néanmoins de présenter l'impact des conventions transfrontalières franco-belge.

4. Conclusions et suivi

L'Observatoire de la mobilité des patients est actif depuis 2011. Au cours de cette période, les travaux ont été principalement consacrés aux missions suivantes :

- (1) la collecte de données concernant l'afflux de patients étrangers dans les hôpitaux belges. Les systèmes d'enregistrement existants ont été adaptés afin d'optimiser les informations sur l'afflux de patients étrangers dans les hôpitaux belges (RHM et Finhosta). Ces analyses révèlent qu'il s'agit d'un afflux relativement limité. Au total, on peut affirmer que les patients étrangers représentent seulement 1,53 % de l'ensemble des séjours hospitaliers. Un monitoring permanent de l'afflux de patients étrangers reste toutefois nécessaire. C'est certainement nécessaire en cas de nouvelles évolutions en matière de libre circulation au niveau européen et international ;
- (2) la facilitation, la négociation et l'accompagnement de conventions avec des assureurs de soins étrangers. À partir des résultats de l'analyse des contrats de soins que les hôpitaux belges ont conclus avec des assureurs de soins étrangers, un fil conducteur a été élaboré à destination des hôpitaux belges lorsqu'ils concluent de tels contrats avec des acteurs étrangers. L'évaluation de l'implémentation de ce fil conducteur fait l'objet de ce rapport annuel. Le suivi de ce fil conducteur sera également assuré à l'avenir ;
- (3) la collecte permanente de données sur les délais d'attente pour le traitement dans des hôpitaux belges de patients qui font partie d'un organisme assureur belge. L'Observatoire est parvenu à un consensus sur la méthodologie que l'AIM a proposée afin d'assurer le monitoring des délais d'attente pour certaines interventions chirurgicales et prestations techniques en milieu hospitalier. Les rapports ont été examinés dans ce rapport annuel et les rapports de synthèse se trouvent en annexe.

À l'avenir, il faudra étudier dans quelle mesure l'Observatoire pourrait également analyser d'autres données. Nous pensons en particulier :

- (i) aux données concernant l'afflux de patients étrangers dans le cadre de soins ambulatoires ;
- (ii) aux données concernant le départ de patients belges vers l'étranger ;
- (iii) aux données concernant la mobilité de dispensateurs de soins belges vers l'étranger ainsi que de dispensateurs de soins étrangers vers la Belgique (tant sur le plan physique que de l'expertise)
- (iv) les entités fédérées devront également réfléchir à la façon dont elles pourront contribuer, à la suite de la Sixième réforme de l'État, aux travaux de l'Observatoire.

Le fonctionnement de l'Observatoire de la mobilité des patients témoigne d'une bonne collaboration inter-administrative entre le Service des soins de santé et la Cellule Datamanagement de l'Inami et la Direction générale Soins de santé du SPF SPSCAE. Dans le cadre du redesign des administrations fédérales de soins de santé, cette collaboration sera encore davantage optimisée.

Nous constatons toutefois que les externes ne se réunissent pas souvent et que leur présence est limitée. Dans le cadre du redesign, on essaiera d'alléger le modèle de concertation. En fonction de l'évolution des missions de l'Observatoire, il faudra réfléchir à l'intégration des différentes missions de l'Observatoire de la mobilité des patients dans d'autres organes de concertation.

Dans le contexte du cadre budgétaire serré, nous aimerions également proposer de passer à une plus faible périodicité des rapports (par exemple tous les trois ans au lieu de tous les ans), ce qui n'empêche pas qu'on continuera à assurer un monitoring back-office.

Nous invitons donc la Ministre et le législateur à repenser les missions de l'Observatoire de la mobilité des patients, 10 ans après sa création.

Pedro Facon

Président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Benoît Collin

Vice-président de l'Observatoire de la mobilité des patients

Annexe 1: Loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients

Texte consolidé (à la date du 31 mai 2014)

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

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

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE I^{er} - Disposition générale

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

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

Art. 2. [Abrogé]¹

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

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

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

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

CHAPITRE III. - Observatoire de la mobilité des patients

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

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

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

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

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

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

5° conseiller le Gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge;

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

[⁴ L'INAMI et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement communiquent à l'Observatoire toutes les données que ce dernier juge nécessaires à l'accomplissement de ses missions énumérées à l'alinéa 1^{er}. 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 1^{er} 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 1^{er} 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 (à la date du 11 mai 2017)

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 Caroline DEITEREN (UNIZO)
- Madame Rita THYS (FEB - Fédération des Entreprises de Belgique)
- Monsieur Gianni DUVILLIER (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 Anne PANNEELS (ABVV - FGTB)
- Madame Ann VAN LAER (ACV - CSC)
- Monsieur Christian MASAI (ABVV - FGTB)
- Monsieur Paul PALSTERMAN (ACV - CSC)
- Monsieur Hugo VAN LANCKER (ACLVB - CGSLB)

3° cinq représentants des organismes assureurs :

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

4° cinq représentants des prestataires de soins :

- Madame Ingrid NOLIS (Zorgnet Vlaanderen)
- Madame Ingrid DREEZEN (BVAS - ABSyM)
- 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 Pedro FACON, 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) :

- Madame Yolande HUSDEN (Communauté française)
- Madame Sarah PAQUET (Communauté germanophone)
- Madame Ethel SAVELKOUL (GGC)
- Madame Christine VAN DER HEYDEN (Vlaamse Gemeenschap)
- Monsieur Denis HENRARD (Région wallonne)
- Monsieur Olivier GILLIS (COCOM)

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

- Monsieur Bernard VERHEYDEN

Secrétariat de l'Observatoire :

- Monsieur Chris SEGAERT (INAMI)
- Monsieur POL GERITS (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement)

Annexe 3: Mobilité des patients RHM 2014 Séjours des non-résidents dans les hôpitaux belges

[Rapport "mobilité des patients RHM 2014 - Séjours des non-résidents dans les hôpitaux belges"](#)

Annexe 4: Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport "imagerie médicale"

[Annexe 4](#)

Annexe 5: Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport « cataracte »

[Annexe 5](#)

Annexe 6: Rapport de synthèse AIM délais d'attente imagerie médicale

[Annexe 6](#)

Annexe 7: Rapport de synthèse AIM délais d'attente pour les interventions de cataracte

[Annexe 7](#)

Annexe 8: Aperçu des conventions ZOAST

Convention ZOAST	Prestataires BE	Prestataires étrangers	Autres parties signataires BE	Autres parties signataires étrangères
ZOAST THIERACHE	Centre de Santé des Fagnes in Chimay	<ul style="list-style-type: none"> - CH du Pays d'Avesnes - Hôpital Départemental de Felleries-Liessies - CH de Fourmies - CH d'Hirson - Hôpital du Nouvion en Thiérache - CH de Vervins - Polyclinique de la Thiérache à Wignehies 	Organismes assureurs	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST ARDENNES	<ul style="list-style-type: none"> - CHU Mont-Godinne-Dinant, site Dinant - CHU Mont-Godinne-Dinant, site Godinne - Polycliniques des Mutualités socialistes de Beauring, Couvin en Philippeville - Centre de Santé des Fagnes in Chimay 	<ul style="list-style-type: none"> - CH de Charleville - CH de Sedan - Hôpital local de Fumay - Vestigingen revalidatie des Ardennes – UGECAM in Charleville-Mézières (CRFA-site) en Warnecourt (CRFE site) <p>Pôle régional de recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHRU de Reims 	Organismes assureurs	ARH de Champagne -Ardennes
ZOAST MRTW-URSA	<ul style="list-style-type: none"> - CH Moeskroen - Jan Yperman Ziekenhuis Ieper - H.H. ziekenhuis Roeselare-Menen, Campus Menen - AZ Groeninge Kortrijk 	<ul style="list-style-type: none"> - CH de Tourcoing - CH de Roubaix - CH de Wattrelos - CH d'Armentières - CHRU de Lille - CH de Bailleul - CH de Hazebrouck - Le Centre l'Espoir de Hellemmes 	Organismes assureurs	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST LUXLOR (ex-ARLWY)	<ul style="list-style-type: none"> - Les Cliniques du Sud Luxembourg (Vivalia) - CH des Ardennes (Vivalia) in 	<ul style="list-style-type: none"> - CH Hôtel Dieu Alpha Santé - CH de Verdun 	Organismes assureurs	ARS de Lorraine

	Libramont	- vestigingen UGECAM des Ardennes in Charleville en Warnecourt		
ZOAST MOMAU (Mons-Maubeuge)	- CHR Mons-Warquignies - CHU Ambroise Paré in Bergen	- CH de Sambre-Avesnois - CH d'Hautmont - CH de Jeumont - CH d'Avesnes - 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	Organismes assureurs	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST TOURVAL (Tournai-Valenciennes)	CHWAPI Doornik	- CHR de Valenciennes - Le Centre l'Espoir de Hellemes	Organismes assureurs	ARS Nord-Pas-de-Calais
ZOAST LITTORAL	AZ Sint-Augustinus Veurne	CH de Dunkerque	Organismes assureurs	- ARS Nord-Pas-de-Calais - CPAM Roubaix-Tourcoing

