

Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Je ne suis pas expert en droit européen, je suis directeur d'hôpital et c'est à ce titre que je vais vous faire part du point de vue d'un gestionnaire hospitalier : son constat, ses difficultés et ses attentes en matière de mobilité des patients en Europe, plus particulièrement au niveau du financement de l'hôpital.

Je classe les patients « européens » en 3 catégories :

- a) ceux munis d'un formulaire E111 autorisant des prestations pour soins urgents (les personnes étrangères en visite touristique ou familiale), ceux munis d'un E112, E123 (accident de travail) ou E128 (transfert temporaire de résidence d'étudiants ou de travailleurs) donnant droit à toutes les prestations et enfin les pensionnés, couverts pour tout même avec un E111.
- b) les patients soignés dans le cadre d'un accord spécifique avec un pays, par ex. ce qui a existé jusqu'il y a quelques mois avec le NHS de Grande-Bretagne (février 2003) pour des prothèses de hanche ou des interventions de chirurgie cardiaque.
- c) les patients individuels, belges allant se faire soigner à l'étranger ou étrangers venant en Belgique :
  - soit dans le cadre d'accords transfrontaliers : la Belgique est petite et donc très concernée par de tels accords, avec la France, l'Allemagne, la Hollande. Les patients qui habitent à une faible distance d'une frontière peuvent trouver facilement de établissements de soins étrangers à proximité de chez eux. Quelques 2% des dépenses de l'INAMI sont consacrées à de tels remboursements ;
  - soit ayant reçu une autorisation préalable de leur caisse d'assurance-maladie parce que les prestations visées, très spécialisées, ne sont pas offertes dans leur pays ;
  - soit « self-supporting » : ils payent eux-mêmes et se font ou non rembourser par la suite.

Avec les arrêts KOHLL et DECKER de la Cour de Justice des Communautés européennes, il y a un élargissement des possibilités, pour un assuré social, de se faire soigner dans un autre pays européen : les soins ambulatoires ne nécessitent pas d'autorisation préalable, selon la Cour de Justice, car ce type de soins restera rare en raison de plusieurs obstacles (langue, distance, frais de séjour, ..) et ne risquera donc pas de déséquilibrer un régime de sécurité sociale et de mettre en danger son équilibre budgétaire. Pour les soins hospitaliers, une autorisation préalable peut se justifier, considère la Cour, car un accès illimité à de tels soins pourrait mettre en péril les politiques nationales de maîtrise des dépenses de santé. Cependant l'octroi de cette autorisation ne peut être arbitraire : elle doit être justifiée et fondée sur des critères objectifs et connus à l'avance. Un Etat peut donc refuser d'autoriser un traitement dans un autre Etat pour autant qu'un traitement identique ou

aussi efficace peut être proposé au patient dans son pays, et cela dans un temps opportun - que je traduirais par « sans liste d'attente excessive ».

Je vais donc traiter de l'hospitalisation, les soins les plus onéreux. Quelles sont les problématiques et nos recommandations ?

#### 1. En matière de budget des moyens financiers de l'hôpital

Une bonne partie du financement de l'hôpital, celle qu'autrefois on appelait le prix de journée, est fixée sur base du nombre et du type d'admissions d'une période de référence récente. Les patients étrangers font partie de ce nombre, en tous cas les E111, assimilés à des patients AMI, et les autres (les patients individuels et ceux relevant d'accords entre pays : les patients anglais par ex) s'ils ont été déclarés par l'hôpital dans les différents enregistrements de données.

Comme le nombre de patients étrangers risque d'augmenter car la Belgique dispose d'hôpitaux de qualité et plutôt moins chers que dans les pays voisins, et vu que le budget hospitalier du Royaume reste inchangé -c'est une enveloppe fermée-, le financement individuel des hôpitaux risque de se réduire car il faut traiter plus d'admissions avec le même argent. Mais ceci est essentiellement dû au fait -anormal- que les remboursements pour le E111-E112 venant de l'étranger ne sont pas rajoutés au budget hospitalier national.

La pénalisation frappe surtout les hôpitaux qui ne soignent pas de patients étrangers -soit qu'ils ne sont pas près des frontières, soit qu'ils n'offrent pas de soins très spécialisés. On voit qu'un afflux d'étrangers peut créer des distorsions entre les hôpitaux belges si des mesures ne sont pas prises.

Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers a dès lors recommandé au Ministre de la Santé Publique :

1. que toutes les activités hospitalières, y compris au bénéfice de tous les patients étrangers, quel que soit leur « statut », soient enregistrées, afin d'avoir constamment, en totale transparence, une vue claire et complète sur l'activité réelle des hôpitaux ;
2. que les patients étrangers n'interviennent plus dans le calcul du nombre de lits justifiés et donc du budget des moyens financiers et que les soins à ces patients fasse l'objet d'une facturation « par paramètre d'activité » c-à-d par admission et par journée, et ce par l'hôpital et à 100%.

Ce même Conseil a aussi attiré l'attention du Ministre sur le fait que le prix de journée calculé pour chaque hôpital par le SPF Santé Publique constitue un prix moyen, certainement insuffisant dans beaucoup de cas au regard des dépenses exposées par l'hôpital car les patients étrangers relèvent généralement de pathologies plus complexes que la moyenne, et ce outre le fait que ce prix fait l'objet d'un sous-financement structurel -de l'ordre de 7%- largement démontré. En quelque sorte, nous faisons des cadeaux à beaucoup de pays étrangers, nous facturons en dessous du prix de revient, et souvent aussi à un prix inférieur à celui en vigueur dans le pays d'origine du patient. Cela est dû à la technique de financement des hôpitaux belges ; l'argument évoqué de la non-discrimination, en matière de tarifs, vis-à-vis des belges, n'est donc pas relevant.

2. En matière de recouvrement des quote-parts personnelles

Le formulaire E111 ne mentionnant pas l'adresse du patient ni celle de la caisse maladie émettrice (seule la ville est mentionnée), il est souvent difficile voire impossible de récupérer les tickets modérateurs sur les prestations, les implants de même que les médicaments non remboursables. Et malheureusement, les caisses étrangères refusent généralement de couvrir les frais non remboursables lorsque le patient fait défaut, et ce même si les traitements concernés sont intégralement couverts dans le pays d'origine ! Il serait dès lors souhaitable :

- qu'apparaisse l'adresse du patient et de la caisse sur les documents ;
- que ces documents soient rédigés dans une des langues officielles de l'Union et non dans la langue du pays émetteur ;
- qu'il n'y ait pas, comme c'est le cas pour les patients belges, de limites en matière d'acomptes ;
- que l'INAMI aide les hôpitaux à régulariser des situations lorsque les caisses étrangères tardent à répondre.

3. Pour ce qui concerne l'autorisation des soins

Les procédures d'autorisation préalable sont rigides. La régularisation a posteriori de la situation des patients n'ayant pas sollicité l'autorisation ad hoc est extrêmement difficile voire impossible si une urgence ne peut être invoquée. L'obtention de l'autorisation de prolongation d'un traitement en cours ou d'une hospitalisation est également longue et difficile, surtout avec certains pays. Le E111 est parfois utilisé comme « chausse-pied » afin d'entamer un traitement et il est difficile pour le médecin, lorsque l'état du patient nécessite des soins importants qui ne peuvent être qualifiés d'urgents, de renvoyer le patient dans son pays.

Notre attente porte donc sur des procédures administratives plus souples et qu'un accord soit donné pour un traitement et non pour une période.

4. En matière d'organisation des soins

Avec les listes d'attente croissantes dans certains pays, avec l'accessibilité accrue de l'information permettant aux patients des comparaisons entre pays, avec les diverses réformes de l'assurance-maladie qui introduisent, comme aux Pays-Bas, plus de compétition entre les organismes assureurs (publics ou constituant des sociétés commerciales), les accords cadres entre pays « type patients anglais » risquent de se multiplier.

Il y a à cet égard une certaine ingérence d'un tiers sur l'organisation des soins. Le NHS ou les assureurs privés hollandais imposent des normes de qualité différentes, une quote-part à charge des patients différents, un mode de financement plus forfaitaire, etc...

Il faut donc canaliser les effets indésirés d'une internationalisation et éviter des « vitesses variables entre institutions » (celles qui soignent des patients étrangers versus les autres) en organisant une concertation approfondie entre pays au niveau de l'Europe.

5. En matière d'accessibilité aux soins

La circulation des patients est une réalité et elle est appelée à s'accroître mais si la Belgique peut être à juste titre fière d'attirer des patients étrangers par l'excellent ratio qualité/coût des soins, elle doit veiller à maintenir une accessibilité suffisante aux patients belges.

En résumé :

- le nombre de patients étrangers soignés chez nous est loin d'être négligeable, plus important que celui des belges allant se faire soigner dans un autre Etat européen. Un certain équilibre patients belges / patients étrangers devra être conservé ;
- le problème est celui des frais d'hospitalisation et moins des autres soins ;
- il faut que cette activité hospitalière soit connue des autorités de tutelle et donc obliger les hôpitaux à l'enregistrer et la déclarer ;
- les règles de financement de l'hôpital belge doivent être adaptées en excluant les patients étrangers du calcul du budget des moyens financiers, l'hôpital facturant directement les soins à la caisse-maladie concernée ;
- une discussion doit avoir lieu sur le niveau du prix facturé, anormalement bas ;
- les hôpitaux recevant des patients étrangers ont des difficultés à recouvrer les quote-parts personnelles ( $\pm 10\%$  en moyenne). Ils doivent être aidés, notamment par des procédures administratives améliorées.

-----