

PATIENTS SANS FRONTIÈRES

FLUX DE PATIENTS TRANSFRONTALIERS DANS LE BENELUX



COLOPHON

Rédaction

Secrétariat général de l'Union Benelux
Karen Jutten en collaboration avec Peter Janssens

Coordination

Bureau du Staff du Secrétariat général de l'Union Benelux

Traduction

Service linguistique du Secrétariat général de l'Union Benelux

Remerciements

Le Collège des secrétaires généraux tient sincèrement à remercier les experts de l'atelier Benelux ainsi que les instances qui ont fourni les données pour leur précieuse collaboration.

Date : Janvier 2016

Cette publication est protégée par le droit d'auteur. Rien de cette édition ne peut être publié sans mention de la source.

Table des matières

PRÉFACE	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
SYNTHÈSE	7
1. Introduction	13
1.1. Généralités	13
1.2. Périmètre : qu'est-ce que la mobilité transfrontalière des patients ?	14
1.3. Objet de l'étude	15
1.4. Flux de patients transfrontaliers à l'avenir	16
2. Collecte des données	17
2.1. Description des sources	17
2.2. Remarques sur l'exhaustivité et la comparabilité	19
3. Belgique	20
3.1. Introduction	20
3.2. Flux de patients sortants	21
3.2.1. Destination et évolution	21
3.2.2. Données par région	22
3.2.3. Démographie	22
3.2.4. Spécificité des soins	22
3.2.5. Informations supplémentaires	22
3.3. Flux de patients entrants	24
3.3.1. Origine et évolution	26
3.3.2. Données par région (destination)	28
3.3.3. Démographie	30
3.3.4. Spécificité des soins	32
3.3.5. Informations supplémentaires	34
4. Pays-Bas	35
4.1. Introduction	35
4.2. Flux de patients sortants	36
4.2.1. Destination et évolution	38
4.2.2. Données par région (origine)	42
4.2.3. Démographie	49
4.2.4. Spécificité des soins	52
4.2.5. Informations supplémentaires	56

4.3.	Flux de patients entrants.....	57
5.	Luxembourg	58
5.1.	Introduction.....	58
5.2.	Flux de patients sortants.....	59
5.2.1.	Destination et évolution.....	59
5.2.2.	Données par région.....	61
5.2.3.	Démographie.....	63
5.2.4.	Spécificité des soins.....	64
5.2.5.	Informations supplémentaires.....	65
5.3.	Flux de patients entrants.....	66
6.	Vue d'ensemble	67
7.	Les raisons de la mobilité transfrontalière des patients	72
7.1.	Mobilité transfrontalière.....	73
7.2.	Motivations et barrières à la mobilité transfrontalière des patients.....	75
8.	Constatations et tendances	80
9.	Recommandations	86
	RÉFÉRENCES	88
	ANNEXE 1	89
	ANNEXE 2	91
	ANNEXE 3	92
	ANNEXE 4	96

PRÉFACE

Cher lecteur,

Face à la mobilité croissante des personnes dans le Benelux ainsi que dans l'Union européenne, une plus grande attention est accordée au thème des soins de santé transfrontaliers. Outre les évolutions au niveau européen, il existe de nombreux projets bilatéraux et multilatéraux en matière de coopération transfrontalière dans le secteur des soins de santé qui soutiennent la mobilité transfrontalière des patients.

Le Benelux collabore aussi activement depuis plusieurs années dans le domaine des soins de santé transfrontaliers. Les Décisions Benelux, qui régissent la circulation transfrontalière des ambulances à la frontière belgo-néerlandaise et à la frontière belgo-luxembourgeoise, sont un résultat concret de cette collaboration.

Le programme de travail commun 2013-2016 du Benelux ('Croissance, Innovation et Sécurité') met notamment en exergue la coopération en matière de coordination transfrontalière des services de santé et l'élaboration de différents instruments visant à faciliter les soins transfrontaliers.

Il ressort de la concertation Benelux que, pour améliorer l'interopérabilité transfrontalière entre les services de santé en ligne, une meilleure compréhension des flux de patients transfrontaliers est nécessaire.

Dans les sources de données internationales (par exemple Eurostat), il n'existe pas, à ce jour, de données comparables ni exhaustives concernant les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux ou entre d'autres pays européens qui soient disponibles.

En raison du handicap que pose l'exhaustivité et la comparabilité limitées des données dans les pays du Benelux, le Secrétariat général de l'Union Benelux a fait un effort important pour obtenir avec les données collectées une bonne vision approximative et unique des flux de patients transfrontaliers dans le Benelux et avec les pays frontaliers que sont la France et l'Allemagne.

Ce résultat a été considéré comme inédit par les experts consultés. Selon eux, il en ressort qu'un groupe significatif de patients a besoin de soins transfrontaliers, tant dans les cas programmés que dans les cas non programmés. Les résultats de l'étude présentent un 'business case' au soutien des futures décisions politiques qui peuvent améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé transfrontaliers.

Ce rapport du Secrétariat général de l'Union Benelux sera transmis aux ministères concernés des pays du Benelux en vue de la concertation sur une coopération Benelux plus approfondie dans le domaine des soins de santé transfrontaliers.

Nous souhaitons remercier tous ceux qui ont collaboré à l'établissement du présent rapport, en tant qu'expert, fournisseur de données ou chercheur, pour leur collaboration spontanée.



LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Caisse Nationale Santé
CZ	Centraal Ziekenfonds
DIS	Données du système d'information (DBC)
EHCI	European Health Consumer Index
EHIC	European Health Insurance Card
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation
IZOM	Integratie Zorg Op Maat
LMR	Landelijke Medische Registratie
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
PCN	Points de contact nationaux
PICU	Pediatric Intensive Care Unit
RHM	Résumé hospitalier minimal
UZ	Universitair Ziekenhuis
ZOAST	Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers
ZOL	Ziekenhuis Oost-Limburg
Zvw	Zorgverzekeringswet

SYNTHÈSE

Pourquoi des soins transfrontaliers ?

Face à la mobilité croissante des personnes dans le Benelux ainsi que dans l'Union européenne, une plus grande attention est accordée au thème des soins de santé transfrontaliers.

De nombreux avantages sont liés à la collaboration transfrontalière dans le domaine des soins de santé. Elle permet par exemple d'optimiser l'offre de soins médicaux disponibles. Il est possible d'élargir l'offre de soins spécialisés et, dans les régions frontalières, la coopération peut également rendre les soins plus accessibles. La possibilité de se rendre à l'étranger pourrait diminuer, voire prévenir, les listes d'attente. Il est ainsi éventuellement possible d'intégrer les traitements pour lesquels il existe une surcapacité et une sous-capacité. Compte tenu de la pression financière croissante sur les systèmes de soins de santé, des investissements dans des infrastructures coûteuses pourraient être ainsi mieux répartis. La mobilité transfrontalière des patients peut offrir des avantages pour les patients, les prestataires de soins, les assureurs et les autorités publiques.

Par ailleurs, dans les nouvelles formes de soins transfrontaliers, ce n'est pas toujours le patient qui traverse la frontière pour recevoir des soins. Il est de plus en plus fréquent que le patient soit traité dans le pays d'origine, lorsque le prestataire de soins délivre un traitement à distance (par exemple, télémédecine), ou que le prestataire de soins traverse la frontière (mobilité des prestataires de soins). En outre, un traitement peut également être externalisé à l'étranger, par exemple dans le cadre de tests médicaux très spécifiques.

La présente étude concerne toutefois spécifiquement les flux de patients transfrontaliers.

Pourquoi les gens traversent-ils la frontière pour des soins de santé ?

La décision des patients de traverser la frontière pour des soins de santé peut être stimulée ou au contraire freinée. Ces considérations sont influencées par (i) la qualité des soins d'un côté ou l'autre de la frontière (qualité effective ou sa perception), (ii) la disponibilité des soins (par exemple, si un traitement est présent et disponible dans le pays même), (iii) la proximité du prestataire de soins (l'accessibilité géographique, la proximité 'culturelle', la langue, la familiarité avec le pays d'accueil et la familiarité avec le système de santé local) et (iv) l'aspect financier (ignorance et incertitude quant à l'aspect financier d'un traitement à l'étranger peuvent constituer un facteur inhibiteur important).

Pourquoi cette étude ?

Après la concertation Benelux en matière d'eSanté (2014), il s'est avéré qu'il n'y avait pas suffisamment d'informations concernant les flux transfrontaliers des patients dans le Benelux pour justifier des améliorations de l'interopérabilité transfrontalière entre les services eSanté, telles que préconisées dans la directive relative aux patients (2011/24/UE).

Approche de l'étude

Dans les sources de données internationales (par exemple Eurostat), il n'existe pas, à ce jour, de données comparables ni exhaustives concernant les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux ou entre d'autres pays européens qui soient disponibles.

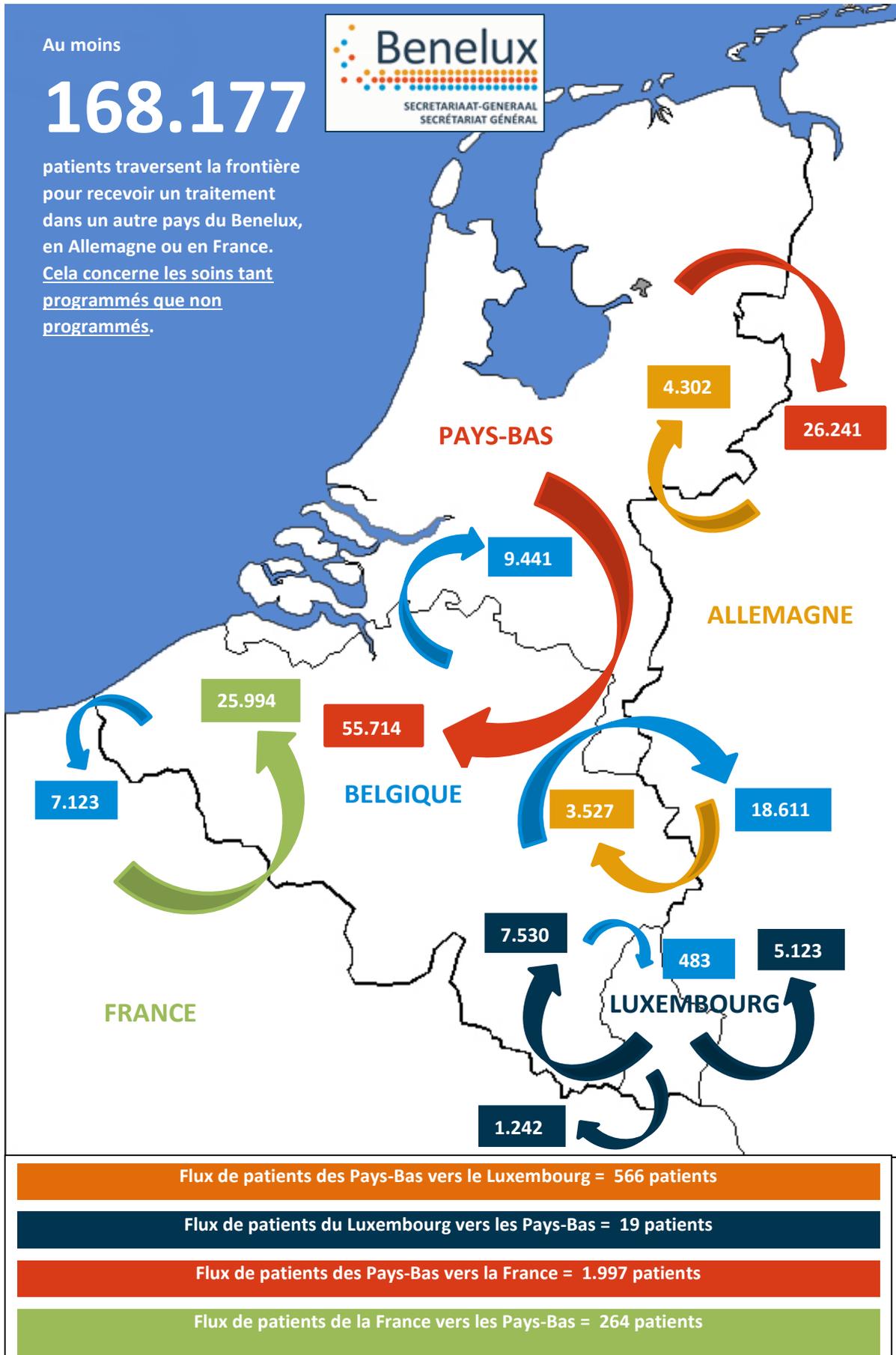
Par conséquent, le Secrétariat général de l'Union Benelux a choisi de collecter des données pertinentes dans les pays du Benelux et de les rassembler dans le présent rapport.

Malgré le handicap que posent l'exhaustivité et la comparabilité limitées des données dans les pays du Benelux, le Secrétariat général de l'Union Benelux a fait un effort important pour obtenir une bonne vision approximative et unique des flux de patients transfrontaliers dans le Benelux et avec les pays frontaliers que sont la France et l'Allemagne. Ce résultat a été considéré comme inédit par les experts concernés au sein d'un atelier Benelux car une telle vision cohérente n'était pas disponible jusqu'à présent. Dans le même temps, il est recommandé d'interpréter les données avec la prudence nécessaire.

La collecte des données pour cette étude a exigé un effort disproportionné. C'est pourquoi il est très important pour l'élaboration de la future politique dans les pays, et le cas échéant au niveau européen, que des données transparentes, harmonisées et de qualité sur les flux de patients transfrontaliers et leurs spécificités soient disponibles.

Combien de patients traversent la frontière ?

Sur la base de ces études, il est possible de donner la vue d'ensemble suivante pour le Benelux.



La carte sur la page précédente offre une vue d'ensemble approximative des flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne. Cela concerne en l'occurrence les soins tant programmés que non programmés.

Pour l'estimation de ces flux sur cette carte, nous renvoyons au rapport (Chapitre 6 'Vue d'ensemble'). Pour une explication de fond plus détaillée, nous renvoyons aux chapitres concernés.

Pour une plus ample description de l'origine et de la destination, des caractéristiques démographiques et des soins fournis par-delà la frontière, nous renvoyons aux chapitres concernés dans le rapport.

Lors de l'atelier Benelux 'Patients sans frontières ? Flux de patients transfrontaliers dans le Benelux' du 8 septembre 2015, il s'est avéré que la vision des flux de patients transfrontaliers était reconnaissable pour la plupart des experts des pays du Benelux. Auparavant, seuls quelques fragments de la portée totale du flux de patients transfrontaliers étaient connus. C'est la première fois que différentes sources de plusieurs pays ont été réunies avec succès pour donner un tableau global.

Dans le même temps, plusieurs experts ont souligné que le nombre réel de patients qui traversent la frontière pour un traitement dans un autre pays Benelux, en France ou en Allemagne, est peut-être plus élevé que les chiffres présentés ici, car les données disponibles ne sont pas complètes.

Attentes pour l'avenir

La plupart des experts s'attendent, pour l'avenir, à une augmentation du nombre total de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne. La mise en œuvre de la directive européenne relative aux soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) renforcera peut-être cet effet. Pour la Belgique et le Luxembourg, une augmentation est attendue en général. Pour les Pays-Bas, une stabilisation fait également partie des possibilités. Cela tient à la politique des assureurs maladie qui peuvent influencer fortement le flux des patients.

En ce qui concerne les traitements spécialisés, une augmentation du nombre de patients transfrontaliers est plutôt escomptée. Des patients bien informés et émancipés rechercheront peut-être le meilleur rapport qualité/prix et la disponibilité d'un traitement, même de l'autre côté de la frontière.

Pour les régions frontalières, il convient de préciser que les patients considèrent souvent les soins transfrontaliers comme allant de soi, étant donné la proximité et l'existence de divers projets transfrontaliers dans ce domaine. Il est difficile de prédire si ce flux de patients transfrontaliers va croître ou bien se stabiliser.

L'expérience montre que cela peut prendre de deux à trois ans avant que de nouvelles procédures administratives parviennent à s'imposer. Lorsque ces connaissances sont complètement assimilées par tous les acteurs, une forte hausse de la mobilité transfrontalière est observée. Si de nouveaux projets de coopération sont mis en place dans les régions frontalières, une nouvelle hausse des flux de patients est vraisemblable.

Recommandations en matière de politique

Il est ressorti de l'atelier Benelux que la collaboration en matière de soins transfrontaliers doit être axée sur le renforcement de l'accessibilité générale et la qualité de l'offre de soins. La suppression des barrières aux soins transfrontaliers accroît la liberté de choix du patient ainsi que l'accessibilité de soins de qualité, éventuellement de l'autre côté de la frontière également.

Selon les participants à l'atelier, un groupe significatif de patients a besoin de soins transfrontaliers, tant dans les cas programmés que dans les cas non programmés. Les résultats de l'étude présentent un 'business case' au soutien des futurs investissements susceptibles d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé transfrontaliers.

L'interopérabilité des plateformes eSanté entre les pays du Benelux, permettant le partage des données médicales par-delà la frontière, avec la protection de la vie privée, a été jugée souhaitable par la plupart des experts.

Un échange rapide et correct des informations médicales d'un patient revêt une importance cruciale pour la qualité des soins transfrontaliers, qu'ils soient programmés ou non programmés. Dans les cas d'urgence, l'accès à des informations médicales exactes peut être vital. Le partage des données médicales peut également offrir des avantages en termes de réduction des coûts.

Par ailleurs, il existe un grand besoin d'informations de qualité pour la quasi-totalité des parties prenantes, qu'il s'agisse des patients, des prestataires de soins ou des organismes assureurs. Le manque d'informations et de connaissances sur des aspects tels que la qualité des soins dispensés à l'étranger, la disponibilité des soins ou l'aspect financier peut avoir pour conséquence que le patient ne reçoit pas les soins optimaux, bien que ceux-ci soient disponibles.

Se fondant sur cette étude et sur les résultats de l'atelier Benelux, le Secrétariat général de l'Union Benelux formule des recommandations ayant pour but de garantir la qualité et l'accessibilité des soins transfrontaliers au sein du Benelux, permettant ainsi d'optimiser l'accessibilité générale et la qualité de l'offre de soins par la suppression des barrières aux soins transfrontaliers.

En ce qui concerne l'offre de soins

1. La création d'une bonne coopération transfrontalière dans le domaine des soins de santé entre les pays Benelux qui influence positivement l'accessibilité, la qualité et le coût de l'offre de soins.
2. La mise en concordance de l'offre de soins pour des traitements spécialisés entre les pays du Benelux. Celle-ci s'inscrit dans la hausse attendue du nombre de patients transfrontaliers en quête de soins spécialisés dans un autre pays et de la pression financière sur les systèmes de santé dans les pays.
3. Le développement des coopérations existantes et nouvelles dans les régions frontalières, étant donné la part importante des flux de patients transfrontaliers dans les régions frontalières en raison de la proximité géographique et des affinités culturelles. A cela s'ajoute également une cartographie des coopérations et conventions performantes en matière de soins de santé transfrontaliers, permettant de répertorier un futur potentiel de collaboration.

En ce qui concerne les droits des patients

4. Un élargissement de la fourniture d'informations aux patients sur leurs droits (et obligations) concernant les soins transfrontaliers. Les pays du Benelux peuvent devenir des pionniers dans le domaine des soins transfrontaliers au sein de l'Europe, en supprimant différentes barrières aux soins transfrontaliers, souvent dues à un manque de connaissances.

En ce qui concerne les données des patients

5. Des efforts pour promouvoir le partage transfrontalier sûr des données des patients, en faisant communiquer entre elles les plateformes eSanté par-delà les frontières, seront favorables à la qualité et à la continuité des soins. Il est crucial en l'espèce de garantir le respect de la vie privée du patient par une bonne protection des données.

En ce qui concerne la prévention de la fraude

6. Des efforts pour le partage des informations d'assurance en temps réel protégeront les prestataires de soins contre les pratiques frauduleuses. Il est essentiel que l'échange des données financières et d'assurance se produise à la même vitesse que les flux de patients transfrontaliers.

En ce qui concerne le soutien politique

7. La stimulation d'une collecte de données transparentes, de qualité et exhaustives, accessibles et comparables, afin de soutenir les futures interventions politiques et une recherche scientifique approfondie.

1. Introduction



1.1. Généralités

Face à la mobilité croissante des personnes dans le Benelux ainsi que dans l'Union européenne, une plus grande attention est accordée au thème des soins de santé transfrontaliers. Outre les évolutions au niveau européen, il existe de nombreux projets bilatéraux et multilatéraux en matière de coopération transfrontalière dans le secteur des soins de santé qui soutiennent la mobilité transfrontalière des patients.

Au sein du Benelux également, une collaboration active a lieu depuis plusieurs années dans le domaine des soins de santé transfrontaliers. Les Décisions Benelux, qui régissent la circulation transfrontalière des ambulances à la frontière belgo-néerlandaise et à la frontière belgo-luxembourgeoise, sont un résultat concret de cette collaboration¹. Les soins de santé transfrontaliers font partie du Programme de travail commun 2013-2016 'Croissance, Innovation et Sécurité', établi par le Comité de Ministres Benelux. C'est dans ce cadre que le Secrétariat général de l'Union Benelux a mené cette étude sur les flux de patients transfrontaliers au sein du Benelux.

Une bonne vision de ces flux de patients constitue effectivement un élément important pour soutenir d'éventuelles interventions visant à améliorer les soins de santé transfrontaliers au sein du Benelux. Une circonstance concrète à cet égard est l'amélioration de l'interopérabilité entre les plateformes eSanté au sein du Benelux. Afin de justifier les investissements nécessaires, il est nécessaire d'avoir une compréhension plus approfondie de l'ampleur des flux de patients transfrontaliers ainsi que des raisons qui les sous-tendent et des barrières aux soins transfrontaliers.

De nombreux avantages sont peut-être liés à la promotion de la collaboration transfrontalière dans les soins de santé. Elle permettrait d'optimiser l'offre disponible de soins médicaux. L'offre de traitements spécialisés pourrait s'en trouver élargie. La coopération transfrontalière peut également améliorer l'accessibilité des soins dans les régions frontalières. La possibilité d'opter pour des soins à l'étranger pourrait entraîner une diminution, voire une suppression des listes d'attente. Il est ainsi éventuellement possible d'intégrer les traitements pour lesquels il existe une surcapacité et une sous-capacité. Compte tenu de la pression financière croissante sur les systèmes de soins, les investissements dans une infrastructure coûteuse pourraient être mieux répartis.

¹ Décision M (2012) 5 du 20 juillet 2012 et Décision M (2009) 8 du 8 décembre 2009 (telle que modifiée par la Décision M (2014) 1 du 11 février 2014).

1.2. Périmètre : qu'est-ce que la mobilité transfrontalière des patients ?

Les soins de santé transfrontaliers constituent un domaine très vaste. Dans la directive européenne, les soins de santé transfrontaliers sont définis comme étant des soins de santé dispensés ou prescrits dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation². Il existe différentes raisons pour lesquelles les personnes ont recours à des soins de santé en dehors de leur propre pays³. C'est pourquoi il y a deux types importants à distinguer chez les patients qui ont besoin de soins transfrontaliers (Glinos & Baeten, 2006) :

- Soins de santé transfrontaliers non programmés : cela concerne les patients auxquels des soins de santé transfrontaliers sont dispensés car ils étaient déjà à l'étranger lorsque le besoin effectif de ces soins s'est présenté. Il s'agit de soins urgents dispensés au cours d'un séjour temporaire dans un autre pays. Quelques exemples: touristes, professionnels en voyage d'affaires, ...
- Soins de santé transfrontaliers programmés : cela concerne les patients qui se rendent eux-mêmes activement à l'étranger, en quête de soins de santé. Cela peut-être dû, par exemple, au fait qu'ils habitent dans une région frontalière, avec pour conséquence que les soins transfrontaliers sont ressentis comme étant les soins les plus évidents, ou au fait qu'en raison d'une lacune relative dans le système de santé propre à leur pays les pousse à se rendre à l'étranger (longues listes d'attente, traitement non disponible, trop coûteux, ...) ou au fait qu'ils habitent dans un autre pays que celui dans lequel ils sont assurés.

La mobilité transfrontalière des patients est le terme général qui est utilisé pour décrire le mouvement des patients qui se rendent d'un pays à l'autre pour avoir accès à des soins de santé (Glinos & Baeten, 2006). Le nombre total de patients qui se rend d'un pays vers un autre pays spécifique pour des soins médicaux constitue un flux de patients transfrontaliers.

D'après la définition qui précède, la mobilité transfrontalière des patients porte en principe uniquement sur des soins programmés. Cela n'enlève toutefois rien au fait qu'une bonne coopération transfrontalière est importante pour tous les patients, y compris pour ceux qui ont besoin de soins médicaux non programmés. C'est pourquoi nous appliquons une définition plus large de la mobilité transfrontalière des patients dans le présent rapport, dans lequel sont pris en considération les soins transfrontaliers tant programmés que non programmés, avec une attention pour leurs caractéristiques spécifiques. Lorsque le rapport le permet, les soins programmés et non programmés sont dissociés.

² Article 3, sous e) de la directive européenne 2011/24/UE.

³ Une explication détaillée à cet égard figure sous le chapitre 7. 'Les raisons de la mobilité transfrontalière des patients'.

1.3. Objet de l'étude

L'objet de cette étude est de mieux cerner les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux et les régions limitrophes en France et en Allemagne. Les études existantes donnent généralement une image incomplète, notamment par manque de données fiables, exhaustives et comparables (van Ginneken & Busse, 2011).

Une récente étude Eurobaromètre constate que 5 % de la population européenne en moyenne a reçu un traitement à l'étranger au cours de l'année écoulée (Eurobaromètre spécial 425, 2015). Afin de connaître l'ampleur du flux de patients transfrontaliers au sein du Benelux, les données provenant de différentes sources, des autorités et organisations au sein du secteur de santé dans le Benelux, ont été rassemblées. Ce rapport combine ces données pour en faire un aperçu des flux de patients transfrontaliers au sein du Benelux et des pays limitrophes.

Par ailleurs, dans la mesure du possible, diverses spécificités des flux de patients transfrontaliers sont décrites. Les questions suivantes ont servi de ligne directrice dans ce cadre :

- Qui est le patient qui a recours aux soins transfrontaliers ?
- Combien de patients ont recours aux soins transfrontaliers ?
- Quels soins transfrontaliers sont dispensés ?
- Où ces soins transfrontaliers sont-ils dispensés ?
- Pourquoi le patient opte-t-il pour des soins transfrontaliers ?

Nous étudions le nombre de patients entrants et sortants, en accordant de l'attention à des caractéristiques comme le pays de provenance et le contexte démographique. En outre, nous examinons également les régions où les patients se rendent et nous tentons de décrire quelques caractéristiques des soins dispensés. Pour finir, nous offrons également un aperçu des motivations ou barrières à la mobilité des patients et nous tournons notre regard vers l'avenir.

1.4. Flux de patients transfrontaliers à l'avenir

Les résultats provisoires de cette étude ont été examinés à la lumière des expériences et des visions d'avenir d'un panel d'experts des trois pays au cours d'un atelier Benelux 'Patients sans frontières? Flux de patients transfrontaliers dans le Benelux' du 8 septembre 2015. Cet atelier Benelux a permis de tester la qualité des chiffres disponibles et de compléter les interprétations et les éventuelles lacunes avec les opinions des experts.

Il est également ressorti de l'atelier que l'optimisation de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de soins disponible, sans que les frontières ne constituent un obstacle à cet égard, doit constituer l'élément essentiel d'une bonne politique de santé transfrontalière. Enfin, il s'est avéré qu'un grand nombre d'experts, au cours de l'atelier, estimaient que les flux de patients transfrontaliers augmenteront sans doute à l'avenir par suite de l'internationalisation et de la spécialisation accrue du paysage de la santé.

Chaque citoyen du Benelux est un patient potentiel qui peut avoir besoin de soins adaptés, de qualité et à temps, y compris au-delà de la frontière. Une bonne coopération transfrontalière peut constituer un outil contribuant à une meilleure organisation des services de soins de santé, en réagissant aux défis actuels et à venir de ce secteur dans les pays du Benelux. Ce rapport présente des informations sur lesquelles de futurs choix politiques en matière de coopération transfrontalière dans le secteur des soins de santé pourront se baser.

2. Collecte des données



2.1. Description des sources

Actuellement, il n'existe pas d'informations complètes et harmonisées sur les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, pas plus qu'en ce qui concerne les données sur les flux de patients entre les autres pays européens. Par conséquent, la présente étude s'est nécessairement fondée sur les données disponibles provenant des pays du Benelux eux-mêmes. Les données ont été obtenues auprès de différentes sources dans les pays. Les sources de données ont été citées systématiquement dans le rapport, accompagnées d'une brève mise en situation, afin de permettre une bonne interprétation des données fournies.

Dans l'aperçu présenté ci-dessous sont décrites les sources les plus importantes ayant permis d'esquisser une vision des flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne. Étant donné la diversité des sources de données, les caractéristiques de base de chaque source sont décrites, telles que la valeur dans laquelle les données sont exprimées, la période et le type de soins auxquels elles se rapportent.

Tableau 1 Description des sources de données utilisées

Source	Type d'organisation	Période	Valeur mesurée	Type de soins	Flux de patients reflétés
SOURCES DE LA BELGIQUE					
Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)	Institution publique de sécurité sociale	2014	Nombre de demandes de remboursement	Soins programmés & soins non programmés	Belgique → étranger (sortants) Étranger → Belgique (entrants)
Résumé hospitalier minimal (RHM)	Service public fédéral Santé publique	de 2008 à 2012	Nombre de séjours dans les hôpitaux belges	Soins programmés & soins non programmés	Étranger → Belgique (entrants)
SOURCES DES PAYS-BAS					
Achmea	Assureur maladie	de 2006 à 2013	Nombre d'assurés	Soins programmés & soins non programmés	Pays-Bas → étranger (sortants)
Centraal Ziekenfonds (CZ)	Assureur maladie	de 2012 à 2014	Nombre d'assurés uniques	Soins programmés & soins non programmés	Pays-Bas → étranger (sortants)
Menzis	Assureur maladie	de 2012 à 2015	Nombre d'assurés uniques	Soins programmés & soins non programmés	Pays-Bas → étranger (sortants)
SOURCES DU LUXEMBOURG					
Caisse Nationale Santé (CNS)	Institution publique de sécurité sociale	de 2011 à 2015	Nombre de demandes approuvées pour un traitement à l'étranger	Soins programmés	Luxembourg → étranger (sortants)

Outre, ces sources de données primaires, des données provenant d'études européennes ont également été utilisées.

- L'étude Eurobaromètre intitulée 'Special Eurobarometer 425 – Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union' est utilisée pour obtenir un aperçu des motivations et des barrières pour les soins transfrontaliers auprès d'un échantillon de citoyens des pays du Benelux, de France et d'Allemagne. Il a été fait usage tant du rapport publié que des données originales, publiées sur le site web de la Commission européenne⁴ (DG SANTE de la Commission européenne, 2015).
- Par ailleurs, la Commission européenne a récemment publié (le 4 septembre 2015) le rapport d'évaluation de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Ce rapport évalue la mise en œuvre de la directive précitée dans les différents États membres. A cet effet, la Commission européenne a également rassemblé quelques chiffres généraux concernant le nombre de patients qui se rendent à l'étranger pour des soins de santé dans le cadre de cette directive.

Enfin, pour la cartographie des flux de patients entrants aux Pays-Bas, il a été fait usage d'un rapport d'étude commandé par le groupe de travail néerlandais 'Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Grensoverschrijdende zorg' (Étude interministérielle - Soins transfrontaliers). Dans ce rapport d'étude figurent certains chiffres qui concernent le nombre de patients étrangers dans les hôpitaux néerlandais (Vandemeulen, Beldman & Pieter, 2013).

⁴ Ces données figurent sur le portail des données ouvertes de l'Union européenne. Site web pour l'Eurobaromètre spécial 425 : https://open-data.europa.eu/fr/data/dataset/S2034_82_2_425_ENG

2.2. Remarques sur l'exhaustivité et la comparabilité

Cette étude utilise uniquement des sources d'informations des pays du Benelux. Aucune source d'Allemagne ou de France n'a été utilisée. Dès lors, les données sur les flux de patients entrants et sortants pour l'Allemagne et la France n'ont pas été contrôlées par rapport aux sources de ces pays. Il convient donc de faire preuve d'une certaine prudence avec les chiffres indiqués. Pour ce motif, il n'y a pas non plus de chiffres sur les flux de patients entre l'Allemagne et la France.

En raison du fait que des données de sources diversifiées sont utilisées dans les trois pays et étant donné qu'il n'existe pas d'harmonisation entre ces données, les données présentées ne sont pas toujours totalement comparables entre elles. Il n'est pas non plus toujours possible de garantir que les données disponibles soient complètes. Ces restrictions sont également clairement mentionnées dans le rapport.

Malgré ces différences et lacunes dans les données disponibles, nous avons choisi de présenter conjointement les données recueillies, parce qu'il en résulte quand même une bonne vision collective approximative des flux de patients transfrontaliers. On peut considérer cela comme des estimations dûment étayées. Dans le même temps, il convient d'interpréter les données avec la prudence nécessaire, surtout lorsqu'il s'agit de données provenant de différentes sources à comparer entre elles.

Il ressort de divers contacts avec des experts issus du terrain, notamment à l'occasion du panel d'experts de l'atelier Benelux du 8 septembre 2015, que cette approche, même s'il ne s'agit pas d'une vision quantitative parfaite dans les circonstances actuelles, est considérée comme extrêmement intéressante et pertinente. Pour dire les choses plus simplement, cette approche est pour le moment la meilleure approche réalisable tout en offrant cependant des informations suffisantes pour parvenir à des recommandations politiques.

Cela n'enlève rien au fait que toutes les parties concernées considèrent des données plus complètes, plus transparentes et plus comparables comme très souhaitables (voir également la constatation 8 sous le chapitre 8, Constatations et tendances).

3. Belgique



3.1. Introduction

La Belgique occupe une position centrale en Europe, non seulement du point de vue géographique, mais aussi comme lieu d'établissement de nombreuses organisations européennes et internationales. En 2014, il y avait en Belgique 1.264.427 résidents qui n'avaient pas la nationalité belge. Cela représente environ 11,3 % de la population totale (Eurostat, 2014). Il est intéressant de découvrir l'ampleur des répercussions de cette dynamique internationale sur les soins de santé en Belgique.

En matière de soins de santé transfrontaliers, la Belgique a aussi mis en place différentes coopérations structurelles avec les quatre pays limitrophes. Les trois langues nationales et les frontières du pays relativement longues créent non seulement une proximité géographique, mais aussi davantage de solidarité culturelle dans les régions frontalières. Divers projets transfrontaliers permettent aux étrangers de bénéficier d'un traitement en Belgique et aux Belges de recevoir des soins médicaux à l'étranger. Quelques exemples :

- 'LuxLorSan' est un réseau de coopération transfrontalière entre la Belgique, le Luxembourg et la France en matière de santé. Les conventions ZOAST (zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers) en font partie⁵. Elles forment une coopération entre la France et la Belgique par laquelle les patients de régions spécifiques autour de la frontière franco-belge ont accès aux soins ambulatoires et peuvent être hospitalisés de l'autre côté de la frontière⁶.
- Le projet IZOM est une coopération similaire entre la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne, par laquelle les patients de certaines communes du Limbourg belge peuvent bénéficier de soins de santé dans les zones partenaires au-delà de la frontière, et inversement⁷.
- Il existe depuis longtemps une coopération entre la Flandre zélandaise et les hôpitaux flamands dans la région de Gand, Bruges et Knokke, dans le cadre de laquelle les patients néerlandais viennent en Belgique pour les soins de santé de deuxième ligne. En outre, les assureurs maladie néerlandais établissent également, de leur propre initiative, des conventions de soins avec des hôpitaux belges, qui permettent aux assurés néerlandais de se faire soigner en Belgique.
- La convention PICU (Pediatrische Intensive Care Unit) entre l'AZ Vesalius Tongeren et le Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+) permet de renvoyer les patients pédiatriques de Tongres au département spécialisé de soins intensifs pédiatriques à Maastricht. Depuis le 1^{er} juillet 2015, il existe également une convention PICU entre l'Hôpital du Limbourg oriental (Ziekenhuis Oost-Limburg, ZOL) et le MUMC+.

⁵ Pour plus d'informations sur la coopération franco-belge, voir également le site <http://www.ofbs.eu>.

⁶ La mission opérationnelle transfrontalière (MOT) est une organisation de coopération créée par les autorités françaises en 1997 qui vise la promotion de la coopération transfrontalière dans la région frontalière. Le site internet présente un aperçu détaillé des différentes coopérations en matière de soins de santé dans la région frontalière France – Luxembourg – Allemagne – Belgique. <http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/>

⁷ Vous trouverez davantage d'informations sur le projet IZOM au chapitre 4. 'Pays-Bas – 4.1. Introduction'.

3.2. Flux de patients sortants

Pour avoir une idée du nombre de patients belges qui se rendent à l'étranger, il est fait usage de données provenant de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). L'une des missions centrales de l'INAMI concerne la gestion et la politique financière de l'assurance soins de santé en Belgique. Vu la position centrale de l'INAMI dans la structure des soins de santé belges, il a été possible d'obtenir des informations sur les flux de patients à l'étranger, aussi bien pour les soins programmés que non programmés. Il existe effectivement un échange de données structuré entre l'INAMI et les organismes assureurs.

3.2.1. Destination et évolution

Le tableau 2 comprend le nombre de demandes de remboursement des coûts pour un traitement que les assurés en Belgique reçoivent aux Pays-Bas, au Luxembourg, en France ou en Allemagne. Il s'agit de soins programmés pour lesquels une autorisation préalable a été donnée par les organismes assureurs belges concernés.⁸ En 2014, il y a eu 504 demandes pour lesquelles une autorisation n'a pas été accordée.

Nous disposons en outre de données concernant le nombre de formulaires de remboursement introduits pour des soins médicaux dispensés sur la base de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)⁹. Il s'agit de soins non programmés. Ces chiffres ne représentent pas le nombre de patients uniques¹⁰. Plusieurs formulaires de remboursement peuvent effectivement être introduits, par an, pour une seule personne.

Tableau 2 Assurés belges traités aux Pays-Bas, en France, en Allemagne ou au Luxembourg.

Source : INAMI (2014)

Pays de destination	Soins programmés	Soins non programmés	Total
Pays-Bas	1.673	7.768	9.441
Luxembourg	482	1	483
Allemagne	16.734	1.877	18.611
France	347	6.776	7.123
Total	19.236	16.422	35.658

Soins programmés = nombre de demandes approuvées (Formulaire S2)

Soins non programmés = nombre de créances sur la base de la CEAM (formulaire E125)¹¹

⁸ Concrètement, il s'agit du nombre de remboursements après la délivrance d'un formulaire S2 (précédemment un formulaire E112), et donc de soins programmés pour lesquels une autorisation est accordée au préalable. Pour les soins programmés pour lesquels aucune autorisation préalable n'est exigée, les situations 'Kohl & Decker' (art. 294, §1er, 13°, AR), il existe certaines données financières (voir tableau 3, rangée 2 'soins programmés sans autorisation').

⁹ La carte CEAM (également appelée European Health Insurance Card (EHIC)) sert de preuve d'assurance au sein des 28 pays de l'UE, ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse. Cette carte prévoit en premier lieu une couverture pour les soins non programmés à l'étranger. Pour plus d'informations, voir annexe 1.

¹⁰ 'Uniques' = Les patients qui ont besoin de soins médicaux à plusieurs reprises à l'étranger au cours d'une même année ne sont comptabilisés qu'une seule fois dans les statistiques.

¹¹ Les assurés rapportent souvent eux-mêmes la facture en Belgique et demandent la tarification à la mutualité belge. Dans ce cas, il n'y a pas de formulaire E125 et cette situation n'est pas représentée non plus dans les données actuelles. Seules quelques données financières étaient disponibles pour cette situation (voir tableau 3, rangée 4, 'soins non programmés sans CEAM').

3.2.2. Données par région

L'INAMI ne dispose pas de telles données.

3.2.3. Démographie

L'INAMI ne dispose pas de telles données.

3.2.4. Spécificité des soins

L'INAMI ne dispose pas de telles données.

3.2.5. Informations supplémentaires

Le **tableau 3** donne une estimation de l'ampleur macro-économique des soins de santé transfrontaliers. Les chiffres reflètent le montant global que les organismes assureurs belges ont remboursé en 2014 pour les soins de santé reçus par des assurés belges à l'étranger. Les données pour les 'soins programmés avec autorisation' ne peuvent être présentées en raison d'incohérences dans les données.

Tableau 3 Remboursement de soins de santés reçus à l'étranger.

Source : INAMI (2014)

De la Belgique vers ...	Pays-Bas	Luxembourg	France	Allemagne	Total
Soins programmés avec autorisation	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu
Soins programmés sans autorisation	618.518,03 €	478.866,32 €	281.003,83 €	299.455,16 €	1.677.843,34 €
Soins non programmés avec CEAM	5.800.752,64 €	130,37 €	12.755.897,28 €	1.465.140,47 €	20.021.920,76 €
Soins non programmés sans CEAM	4.657,74 €	882,36 €	28.690,20 €	8.402,82 €	42.633,12 €
Total	6.423.928,41 €	479.879,05 €	13.065.591,31 €	1.772.998,45 €	21.742.397,22 €

Le tableau 4 indique la base légale des demandes approuvées (soins programmés). Lors de ces approbations, nous voyons qu'un certain nombre de bases légales se rencontrent fréquemment (indiquées en rouge). Cela donne une indication limitée des raisons qui sous-tendent les soins transfrontaliers programmés dans le cadre d'une demande S2.

- Les conventions de collaboration dans le domaine des soins de santé dans les régions frontalières, telles que les conventions 'IZOM' et 'ZOAST', occupent une part importante dans le flux de patients transfrontaliers de la Belgique vers l'étranger.
- L'article prévu dans la législation nationale concernant les 'résidents dans une zone frontalière' se présente fréquemment. Cela confirme l'importance des soins de santé transfrontaliers dans les régions frontalières.
- En outre, l'article relatif aux 'meilleures conditions médicales' joue un rôle important dans l'approbation d'une demande (par exemple, un traitement plus rapide, des soins très spécialisés, ...). Cette approbation est accordée en concertation avec le médecin conseil de l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié.

Tableau 4 Demandes approuvées pour un traitement programmé à l'étranger (formulaire S2) selon la base légale.

Source : INAMI (2014)

Base légale des demandes approuvées (formulaire S2)	Pays de traitement			
	NL	LU	DE	FR
S2 - normal	48	48	48	48
S2 – 'meilleures conditions médicales' à l'étranger (art. 294, §1er, 2°, AR)¹²	149	149	149	149
S2 - femmes enceintes	27	27	27	27
S2 – 'domicilié dans une région frontalière' (art. 294, §1er, 7°, AR)	22	22	22	22
S2 - revalidation en Allemagne				
Convention IZOM	1.420	1.420	1.420	1.420
Région frontalière franco-belge (ZOAST, SMUR, etc.)				
Autres (PICU, transport par ambulance BE-NL, etc.)				
S2 – 'meilleures conditions médicales' à l'étranger (art. 294, §1er, 2°, AR)	2	2	2	2
Transposition de la directive 2011/24/UE : hospitalisation (art. 294, §1er, 14°, AR)	3	3	3	3
Transposition de la directive 2011/24/UE : équipement médical spécialisé (art. 294, §1er, 14°, AR)	2	2	2	2
Transposition de la directive 2011/24/UE : risque exceptionnel pour le patient (art. 294, §1er, 14°, AR)				
Nombre total de demandes	1.673	1.673	1.673	1.673

¹² Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

3.3. Flux de patients entrants

CHIFFRES DE L'INAMI

Les données de l'INAMI, basées sur le nombre de formulaires S2 issus de l'étranger, peuvent donner une première indication du nombre de patients étrangers bénéficiaires de soins de santé en Belgique. Il s'agit ici de traitements programmés dont bénéficient des patients étrangers en Belgique, pour lesquels une autorisation de l'assureur dans le pays d'origine a été obtenue. Cela comprend également un certain nombre de documents S2, qui sont délivrés dans le cadre des 'conventions ZOAST' avec la France. Par ailleurs, le nombre de demandes de remboursement pour les traitements non programmés obtenus sur présentation de la CEAM est également connu.

Il convient de formuler trois observations importantes à l'égard de ces chiffres :

1. Une union nationale n'a pas communiqué de chiffres relatifs au nombre de formulaires S2 reçus.
2. Du reste, il manque un grand groupe de patients : ceux qui viennent en Belgique sous un autre régime d'assurance que le formulaire S2. Par exemple : Les patients néerlandais qui bénéficient d'un traitement dans un hôpital belge dans le cadre d'une convention de soins, ne sont pas inclus.
3. Ces créances ont été communiquées en 2014 mais concernent, dans certains cas, des soins médicaux dispensés au cours des années précédentes (par exemple en 2012 ou en 2013).

C'est pourquoi les chiffres du **tableau 5** ne reflètent qu'une partie du nombre total de patients qui se sont rendus en Belgique en 2014.

Tableau 5 Traitements programmés et non programmés (formulaire S2 & CEAM) des étrangers en Belgique.
Source : INAMI (2014)

Pays d'origine	Soins programmés Demandes approuvées (S2)	Soins non programmés		
		Nombre de créances sur la base de la CEAM	Nombre de patients	Montant total réclamé ¹³
Pays-Bas	1.197	4.490	3.797	€ 5.691.495,46
Luxembourg	2.673	4.857	3.397	€ 6.208.901,66
Allemagne	84	2.670	2.240	€ 2.561.643,50
France	7.552	2.985	Inconnu	€ 4.316.120,99
Total	11.506	15.002	9.434	€ 18.778.161,61

¹³ Le montant total réclamé n'est généralement pas le montant effectivement remboursé car un autre pays peut refuser les créances introduites pour certains motifs (fondés).

RÉSUMÉ HOSPITALIER MINIMAL (RHM)

Pour poursuivre l'analyse, nous recourons au résumé hospitalier minimal (RHM), une forme d'enregistrement des données hospitalières qui vise à soutenir la politique de santé. La fourniture de ces données est organisée par l'arrêté royal du 28 mars 2013¹⁴, qui détermine les données hospitalières spécifiques devant être communiquées au Service public fédéral de la Santé publique.

Tableau 6 séjours de non-résidents selon le pays du domicile.

Source : RHM (2012)

Pays d'origine	Nombre de séjours	Pourcentages de séjours
Pays-Bas	35.927	41,18 %
France	25.994	29,80 %
Luxembourg	3.688	4,23 %
Allemagne	3.527	4,04 %
Grande-Bretagne	2.359	2,70 %
Espagne	2.039	2,34 %
Pologne	1.835	2,10 %
Italie	1.821	2,09 %
Portugal	810	0,93 %
États-Unis	700	0,80 %
Autres pays	8.538	9,79 %
Total top 10	78.700	90,21 %
Benelux + FR + DE	69.136	79,25 %
Total tous pays	87.238	100,00 %

Ces chiffres sont également utilisés dans les rapports annuels de l'Observatoire de la mobilité des patients. L'Observatoire a été créé par la loi en 2007, auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement et de l'INAMI. Cet organe a pour objectif de surveiller l'afflux des patients étrangers dans les hôpitaux belges. L'impact éventuel de cet afflux sur l'accessibilité des hôpitaux pour les patients qui résident en Belgique est également examiné (Observatoire de la mobilité des patients, 2013).

Les données disponibles les plus récentes (**tableau 6**) concernent les traitements en 2012. Nous définissons les flux de patients transfrontaliers pour ces données sur la base du domicile, non sur la base de la nationalité du patient. Il s'agit donc de la distinction entre les résidents et les non-résidents.

Nous avons fait ce choix car, indépendamment de la nationalité, le patient traversera tout de même une frontière pour bénéficier d'un traitement. Par exemple, les patients de nationalité belge qui résident au Pays-Bas ont été enregistrés dans le flux de patients des Pays-Bas vers la Belgique¹⁵.

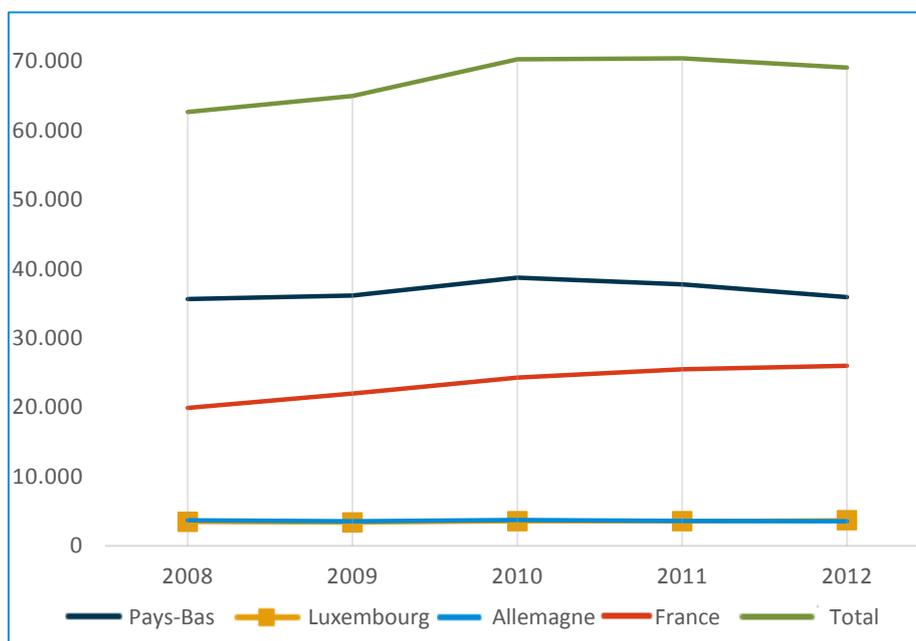
¹⁴ Arrêté royal du 28 mars 2013 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

¹⁵ Un aperçu du rapport entre nationalité et domicile se trouve au point '3.3.5. Informations complémentaire'.

3.3.1. Origine et évolution

La **figure 1** présente l'évolution du nombre de séjours des patients étrangers venant des Pays-Bas, du Luxembourg, de la France et de l'Allemagne dans les hôpitaux belges, pour la période de 2008 à 2012. Le **tableau 6** présente les dix pays desquels sont originaires la plupart des patients étrangers qui reçoivent un traitement dans un hôpital belge. Enfin, le **tableau 7** reflète la part des soins transfrontaliers par rapport à la totalité des soins donnés dans les hôpitaux belges. Tous les chiffres concernent aussi bien les urgences ambulatoires que les hospitalisations normales (de jour).

Figure 1 Évolution du nombre de séjours des patients des pays voisins dans les hôpitaux belges.
Source : RHM (2008-2012)



Pays du domicile	2008	2009	2010	2011	2012
Pays-Bas	35.672	36.146	38.750	37.796	35.927
Luxembourg	3434	3349	3545	3533	3688
Allemagne	3655	3530	3705	3587	3527
France	19.916	21.995	24.304	25.516	25.994
Benelux	39.106	39.495	42.295	41.329	39.615
BENELUX + DE + FR	62.677	65.020	70.304	70.432	69.136

- En 2012, 69.136 patients en provenance des pays voisins (Luxembourg, Pays-Bas, Allemagne et France) ont séjourné dans les hôpitaux belges.
- Le groupe le plus nombreux, soit 35.972 personnes, était celui des patients néerlandais. Cette tendance allait croissant jusqu'à un pic en 2010, après quoi on constate un léger recul en 2012.
- Les patients en provenance de la France constituent le deuxième groupe le plus important, avec 25.994 patients en 2012. Au cours des quatre dernières années, leur proportion a augmenté de plus de 6.000 patients. Cet afflux croissant peut s'expliquer par les conventions ZOAST.
- Environ 3.500 patients en provenance d'Allemagne et du Luxembourg ont séjourné dans les hôpitaux belges. On remarque une légère hausse pour le Luxembourg et une légère diminution pour l'Allemagne.
- Il est étonnant que 'seulement' 3.500 patients soient venus d'Allemagne en Belgique. Le flux de patients provenant de Belgique qui sont allés en Allemagne pour un traitement, soit 18.611 personnes, était au moins cinq fois plus élevé en 2014 (voir **Figure 1**). Cela peut éventuellement s'expliquer par la présence d'un hôpital universitaire à Aix-la-Chapelle. Il en résulte un flux de patients belges de la Communauté germanophone qui, dans le cadre de conventions IZOM, reçoivent en Allemagne des soins spécialisés dans leur langue maternelle.
- Les Pays-Bas, le Luxembourg, la France et l'Allemagne sont les quatre pays d'origine les plus importants des patients étrangers, ayant séjourné dans un hôpital belge en 2012. Conjointement, les pays limitrophes représentent près de 80 % de tous les séjours de patients étrangers dans les hôpitaux belges. Il est frappant de constater que les Pays-Bas et la France se situent loin derrière les autres pays, ce qui s'explique par les contrats de soins avec les Pays-Bas et les conventions ZOAST avec la France.
- Les flux de patients transfrontaliers depuis les Pays-Bas, le Luxembourg, la France et l'Allemagne vers les hôpitaux belges représentent 1,1 % de la totalité des soins dispensés dans les hôpitaux belges. Cette proportion est restée relativement constante au cours de la période 2008-2012.
- Il est toutefois difficile d'estimer la proportion totale des soins de santé transfrontaliers sachant que ces chiffres ne concernent que les soins dispensés en hôpital. Ils ne donnent donc aucune indication sur les soins de première ligne ou les soins dispensés dans les cliniques privées.

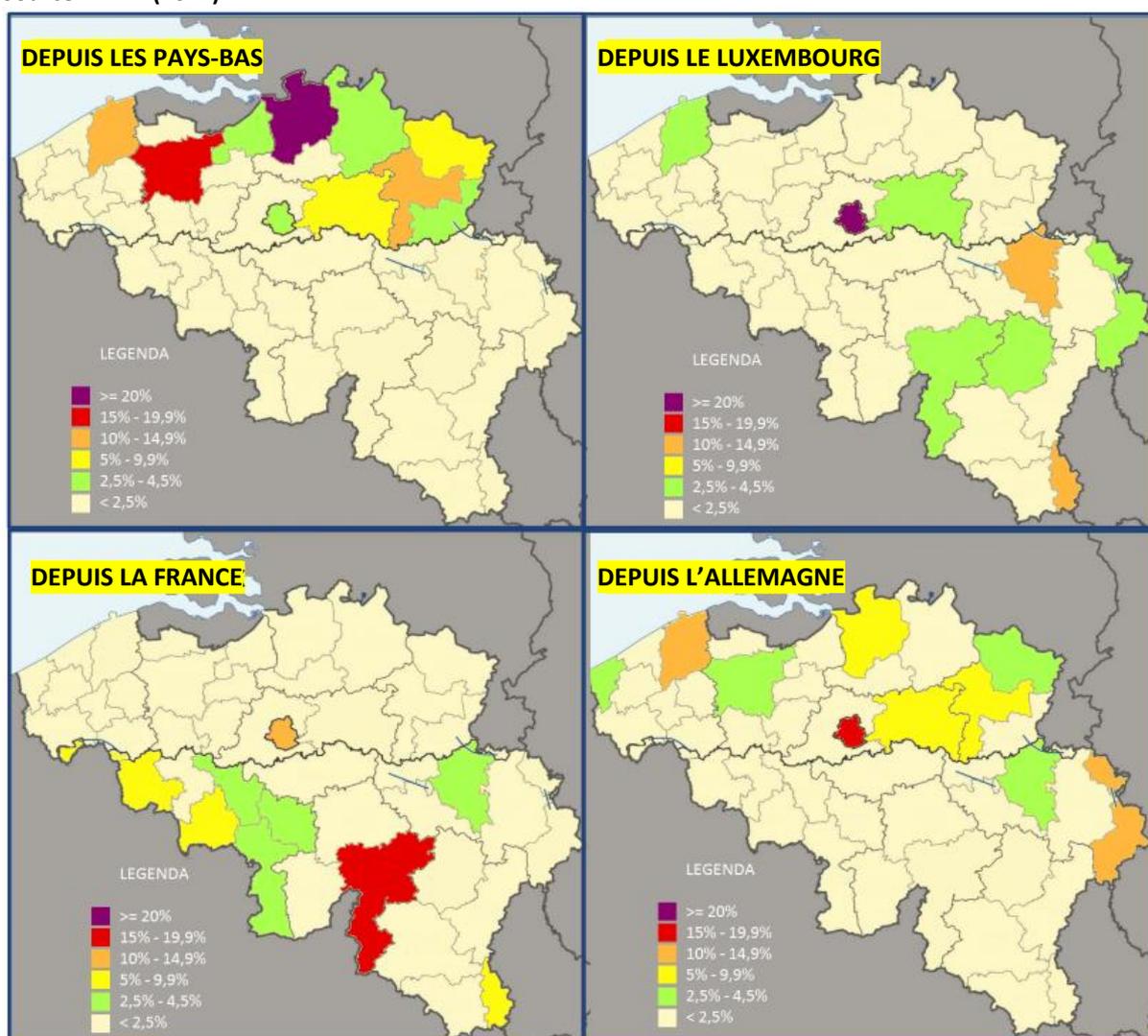
Tableau 7 Évolution de la part des séjours des 'résidents du Benelux + FR + DE' et des 'non-résidents' (RHM, 2008-2012)

Année	Benelux + FR + DE		Non-résident		Résident		Total Nombre de séjours
	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours		
2008	62.677	1,15	85.484	1,56	5.382.551	98,44	5.468.035
2009	65.020	1,16	80.555	1,43	5.541.839	98,57	5.622.394
2010	70.304	1,19	87.000	1,48	5.798.522	98,52	5.885.522
2011	70.432	1,16	88.463	1,46	5.982.879	98,54	6.071.342
2012	69.136	1,12	87.238	1,41	6.078.971	98,59	6.166.209

3.3.2. Données par région (destination)

La figure 2 présente les arrondissements dans lesquels se situent les hôpitaux ayant accueilli des patients en provenance de l'étranger en 2012. Il s'agit ici du pourcentage de traitements par rapport au nombre total de traitements des non-résidents provenant d'un pays déterminé, représenté par pays du domicile. Nous pouvons ainsi déterminer, par pays, quels arrondissements attirent le plus de patients. Pour garantir le respect de la vie privée, nous n'indiquons pas spécifiquement dans quels hôpitaux ils se rendent. On peut néanmoins constater certains faits notables.

Figure 2 Répartition par arrondissement des séjours dans les hôpitaux belges selon le pays d'origine.
Source : RHM (2012)



DEPUIS LES PAYS-BAS

Les patients des Pays-Bas séjournent principalement dans les hôpitaux de Flandre et de Bruxelles, à savoir dans les arrondissements de la région frontalière septentrionale. Les arrondissements colorés ont accueilli conjointement 91 % des patients des Pays-Bas traités en Belgique. Les plus grands nombres concernent Anvers et Gand. Le deuxième groupe est composé des arrondissements de Hasselt et Bruges. Maaseik et Louvain constituent un troisième groupe important.

Les raisons possibles de ces flux sont la présence de grands hôpitaux universitaires (UZ Antwerpen, UZ Gent, UZ Leuven), d'importants hôpitaux régionaux, l'accessibilité et le néerlandais comme langue véhiculaire.

DEPUIS LE LUXEMBOURG

Depuis le Luxembourg, on constate un flux considérable vers l'arrondissement de Bruxelles : 37,9 % des traitements y ont lieu. Les différents centres universitaires et le nombre élevé d'expatriés jouent sans doute un rôle. En outre, Arlon et Liège sont également des arrondissements importants pour le traitement de patients du Luxembourg.

Dans l'arrondissement de Liège se trouve le CHU de Liège, l'un des centres universitaires les plus facilement accessibles de la région. Ensuite, pour beaucoup de patients et de travailleurs frontaliers luxembourgeois, Arlon constitue un environnement facile d'accès et familier pour obtenir des soins.

DEPUIS LA FRANCE

Depuis la France, on observe un flux vers les régions frontalières méridionales de la Belgique. Cela peut s'expliquer par les conventions ZOAST, entre autres avec Dinant, Mouscron, Mons et Tournai. Dinant constitue un pôle d'attraction fort : il rassemble presque 20 % de tous les traitements administrés à des patients venus de France en Belgique. Par ailleurs, Bruxelles et Arlon constituent également des arrondissements importants dans lesquels de nombreux patients se rendent.

DEPUIS L'ALLEMAGNE

Depuis l'Allemagne, la tendance est moins marquée. C'est Bruxelles qui attire le plus de patients, suivie par Bruges. Le flux de patients vers l'arrondissement de Bruges peut probablement s'expliquer du fait que les touristes allemands apprécient la région côtière. Nous observons également un flux vers la communauté germanophone de Belgique, située dans l'arrondissement de Verviers. Avec certaines parties du Limbourg, ces régions relèvent des conventions IZOM. Comme signalé plus haut, le flux de patients depuis l'Allemagne vers la Belgique est beaucoup moins important que le flux inverse.

3.3.3. Démographie

La **figure 3** indique, à l'aide d'une pyramide des âges, le rapport hommes-femmes par catégorie d'âge¹⁶. On ne peut probablement pas parler de véritables tendances pour les pyramides des âges du Luxembourg et de l'Allemagne, car elles sont basées sur un nombre trop limité de patients (environ 3.500). Toutefois, il convient de relever certains faits.

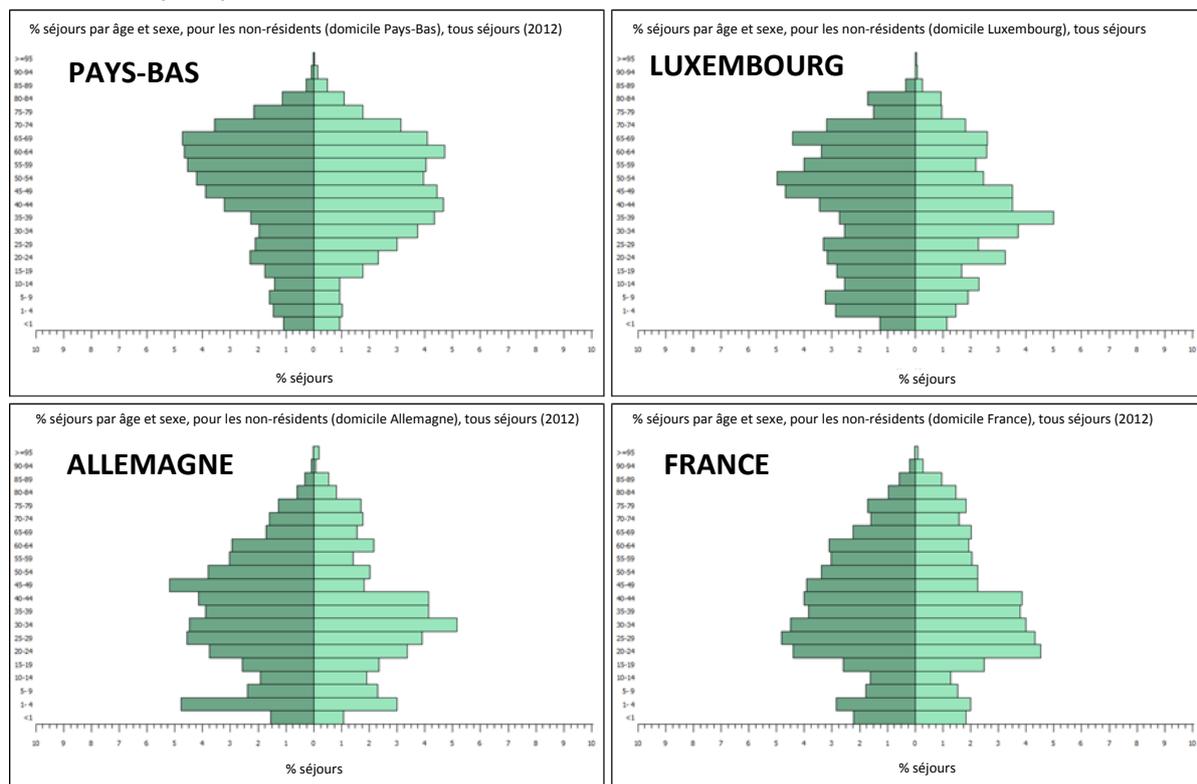
Pays	Homme		Femme	
	Nombre	%	Nombre	%
Allemagne	1.925	54,6	1.602	45,4
France	13.876	53,5	12.056	46,5
Luxembourg	2.074	56,3	1.610	43,7
Pays-Bas	17.408	48,5	18.502	51,5
Belgique	2.940.819	48,4	3.137.894	51,6

- Le rapport entre le nombre d'hommes et le nombre de femmes traités en 2012 est plus ou moins égal pour les Pays-Bas et la Belgique. Pour les autres pays, il y a juste un peu plus d'hommes que de femmes.
- Depuis les Pays-Bas, ce sont principalement des hommes de 40 à 74 ans qui viennent se faire soigner en Belgique. Chez les femmes, ce phénomène est davantage distribué sur les différentes catégories d'âge, avec deux légers pics dans les catégories 40-44 ans et 60-64 ans.
- Le flux venant de France affiche un pic prononcé pour les femmes entre 20 et 44 ans. Cela peut s'expliquer par le nombre élevé de femmes qui viennent accoucher en Belgique. Pour les habitants du nord de la France, l'hôpital belge est souvent le plus proche. Il est frappant de constater que beaucoup plus d'hommes que de femmes de 44 à 69 ans se rendent en Belgique pour un traitement. Ces chiffres redeviennent similaires à partir de 70 ans.

¹⁶ Les traitements pour lesquels l'âge ou le sexe étaient inconnus ne sont pas repris dans cette pyramide des âges.

Figure 3 Pyramide des âges des non-résidents, répartition par pays.

Source : RHM (2012)



■ HOMME
■ FEMME

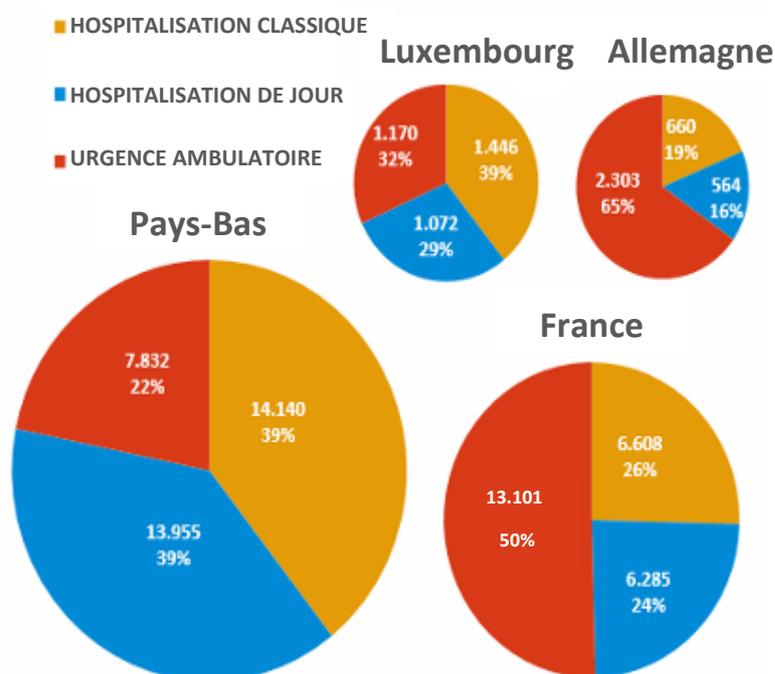
- On constate que, en provenance du Luxembourg, les hommes sont davantage représentés dans presque toutes les catégories d'âge, à l'exception des femmes entre 30 et 39 ans.
- La pyramide des âges des patients en provenance d'Allemagne affiche quelques pics remarquables. Pour les hommes, les catégories 1-4 ans et 45-49 ans se détachent. Pour les filles, la proportion des 1-4 ans est aussi assez élevée. L'origine de ces phénomènes ne s'explique pas d'emblée. Chez les femmes, on constate en revanche une hausse entre 20 et 44 ans, avec un pic à 30-34 ans.

3.3.4. Spécificité des soins

Pour bien replacer les données relatives aux diagnostics dans leur contexte, il est utile de d'abord comprendre la distribution des types de séjour de patients étrangers dans les hôpitaux belges (**figure 4**). On constate qu'un plus grand nombre d'urgences ambulatoires se présente en provenance d'Allemagne et de France que du Luxembourg et des Pays-Bas. Pour les deux autres pays Benelux, les hospitalisations classiques, suivies des hospitalisations de jour, constituent les types de séjour les plus fréquents dans les hôpitaux belges.

Figure 4 Répartition selon le type de séjour de patients en provenance des pays voisins dans les hôpitaux belges.

Source : RHM (2012)



Les données relatives au diagnostic et aux traitements administrés ne sont pas indiquées en détail, afin de garantir le respect de la vie privée. À l'annexe 2, vous trouverez un aperçu du top dix des diagnostics avec lesquels les patients viennent de l'étranger en Belgique pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques, par pays.

Seules les données relatives au diagnostic principal sont disponibles pour les hospitalisations classiques et de jour. En effet, il n'est pas obligatoire d'enregistrer ces informations pour les urgences ambulatoires. Ces données sont enregistrées par des codes ISHMT (liste résumée internationale pour la mise en tableaux de la morbidité hospitalière). Les résultats les plus marquants sont cités ci-dessous.

HOSPITALISATIONS DE JOUR

- Pour le diagnostic principal des patients provenant des Pays-Bas et du Luxembourg, nous retrouvons en premier lieu le code ISHMT 2104 ('Autres soins médicaux (y compris sessions de radio- et chimiothérapie)'). Pour le Luxembourg, ce code a été enregistré comme diagnostic principal pour 29,1 % des hospitalisations de jour, contre 20,8 % pour les Pays-Bas. Pour l'Allemagne, ce diagnostic occupe la troisième place, avec une proportion de 3,5 %.
- Le code ISHMT 2105 'Autres facteurs influençant l'état de santé et contact avec les services de santé' est le plus fréquent (Allemagne : 47,9 % des hospitalisations de jour ; France : 16,8 %) ou vient en deuxième place (Luxembourg : 17,7 % des hospitalisations de jour ; Pays-Bas : 14,4 %).
- En outre, on remarque que, pour chaque pays, le code ISHMT 701 'Cataracte' se retrouve dans le top 10 des traitements. Il en va de même pour le code ISHMT 605 'Autres maladies du système nerveux'.

HOSPITALISATIONS CLASSIQUES

- Pour les hospitalisations classiques, il est plus difficile de déterminer de véritables tendances. Les diagnostics sont plus différenciés et les pourcentages par groupe de diagnostic sont moins prononcés que pour les hospitalisations de jour.
- Cependant, pour la France, il est très clair que les accouchements sont un motif important de l'hospitalisation en Belgique. En 2012, le code ISHMT 2103 'Enfants nés vivants selon endroit de naissance (nouveau-nés sains)' a été utilisé 449 fois, et le code ISHMT 1503 'Complications de la grossesse, principalement dans la période anténatale' 319 fois. Ensemble, ces cas représentent 11,6 % des hospitalisations classiques de patients résidant en France.
- Pour le diagnostic principal des patients provenant des Pays-Bas, nous voyons que le code ISHMT 1307 'Lésions des disques intervertébraux' est le plus courant (1.023 fois) dans les hospitalisations classiques (soit 7,2 %). Avec le code ISHMT 1301 'Coxarthrose (arthrose de la hanche)', ils représentent 10,1 % de tous les diagnostics principaux posés lors d'une hospitalisation classique. Cela s'explique par le fait que les listes d'attente pour les opérations du dos et de la hanche sont en moyenne plus courtes en Belgique qu'aux Pays-Bas.

3.3.5. Informations supplémentaires

Comme précisé dans l'introduction, nous définissons les flux de patients dans la présente étude sur la base du domicile, et pas sur la base de la nationalité. Le **tableau 8** indique le rapport entre le lieu du domicile et la nationalité pour le nombre de patients traités en 2012 dans les hôpitaux belges.

Tableau 8 Patients représentés selon la résidence et la nationalité.

Source : RHM (2012)

Nationalité	Pays du domicile					Total
	Pays-Bas	France	Allemagne	Luxembourg	Belgique	
Pays-Bas	29.090	36	45	28	33.731	62.930
France	27	15.504	12	96	36.030	51.669
Allemagne	51	<10	2.175	21	5.726	7.973
Luxembourg	<5	36	5	1516	1.247	2.804
Belgique	4.761	8.628	652	1342	5.514.092	5.529.475
Autres	+/- 1.983	+/- 1.782	638	685	488.145	493.311
Total domicile	35.927	25.994	3.527	3.688	6.078.971	6.148.162

- Les chiffres bleus représentent les patients de nationalité belge, qui ont séjourné dans des hôpitaux belges en 2012 mais qui résidaient cependant aux Pays-Bas, en France, en Allemagne ou au Luxembourg. Il y a donc un groupe non négligeable de Belges qui résident à l'étranger mais qui retournent cependant dans un hôpital belge pour les soins médicaux.
- Les chiffres en rouge représentent les flux de patients tels que définis dans notre rapport, sur la base de la caractéristique 'non-résident'.
- Les chiffres en jaune représentent le nombre de séjours dans les hôpitaux belges pour les patients de nationalité néerlandaise, luxembourgeoise, allemande ou française mais résidant en Belgique. Ce dernier groupe n'a pas été repris dans la représentation des flux de patients transfrontaliers. Bien entendu, nous ne pouvons déterminer la durée ni l'objet de leur séjour en Belgique. Or, ce groupe ne doit pas être sous-estimé dans l'élaboration des politiques, étant donné son ampleur. Il peut notamment être important pour l'interopérabilité des plateformes eSanté.

Les RHM contiennent aussi des informations relatives au régime d'assurance sous lequel un patient résidant à l'étranger a reçu un traitement dans un hôpital belge. Vous en trouverez un aperçu détaillé à l'annexe 2.

- Le résultat le plus marquant est que 16.481 patients résidant aux Pays-Bas ont suivi un traitement dans un hôpital belge dans le cadre d'une convention de soins en 2012. Cela constitue 45,9 % de tous les séjours dans des hôpitaux belges pour des patients résidant aux Pays-Bas. Étant donné qu'il s'agit de contrats directs conclus entre les assureurs maladie néerlandais et les hôpitaux belges, ce groupe important de patients ne figure pas dans les premières données mentionnées de l'INAMI.
- Pour une grande partie des séjours dans les hôpitaux belges de patients résidant à l'étranger, le patient est affilié à une mutualité belge. Il s'agit peut-être, en l'espèce, de personnes habitant dans une région frontalière et de travailleurs frontaliers. Tel est le cas pour 66,5 % du flux de patients provenant de la France, pour 65,7 % du flux de patients provenant du Luxembourg et pour 43,2 % du flux de patients provenant de l'Allemagne, vers les hôpitaux belges. Pour les Pays-Bas, tel est le cas pour 'seulement' 21,6 % du flux de patients.

4. Pays-Bas



4.1. Introduction

Les Pays-Bas coopèrent depuis plusieurs décennies avec divers pays voisins en matière de soins de santé transfrontaliers. Ainsi, depuis 1976, un accord existe entre les hôpitaux de Flandre zélandaise et un certain nombre d'hôpitaux en Belgique permettant aux patients néerlandais de se rendre en Belgique pour y recevoir un traitement spécialisé (Glinos, Boffin & Baeten, 2005).

Le projet IZOM (Intégration de soins sur mesure) a été lancé en 2000 dans le cadre de l'Euregio Meuse-Rhin. Le but est de permettre aux personnes qui habitent dans certaines régions frontalières de faire appel à des spécialistes médicaux et aux éventuels médicaments ou autres traitements que ces médecins prescrivent de l'autre côté de la frontière.

PAYS	L'Euregio Meuse-Rhin comprend ...
BELGIQUE	la province de Liège (codes postaux 4000 → 4990) la province du Limbourg (codes postaux 3500 → 3990)
PAYS-BAS	la province du Brabant septentrional la province du Limbourg néerlandais
ALLEMAGNE	Aix-la-Chapelle L'arrondissement de Bitburg L'arrondissement de Daun L'arrondissement de Prüm

En 2006, le système de santé néerlandais a été réformé en profondeur, avec notamment une privatisation du marché des assurances maladie. Les assureurs maladie négocient eux-mêmes avec les prestataires de soins de santé les meilleures conditions pour des soins de qualité, éventuellement aussi de l'autre côté de la frontière. Avant cette réforme, le système néerlandais des soins de santé était confronté à une capacité de traitement limitée pour certains traitements, ce qui entraînait de longs délais d'attente. Pour remédier à ce problème, les assureurs maladie néerlandais concluent des contrats avec des hôpitaux belges et allemands (Glinos et al., 2005).

Mais il ne faut pas seulement s'attendre à un flux de patients néerlandais vers l'étranger. En effet, les Pays-Bas sont connus pour des soins de qualité et une grande expertise dans certaines spécialisations. En 2014, les Pays-Bas étaient de nouveau en tête de 'l'Euro Health Consumer Index' (l'Indice européen des consommateurs de soins de santé, EHCI), un classement qui compare les systèmes européens de soins de santé sur la base de divers critères de qualité (Euro Health Consumer Index, 2014).

4.2. Flux de patients sortants

Afin de mieux appréhender le flux de patients en provenance des Pays-Bas se rendant à l'étranger, le Secrétariat général de l'Union Benelux a demandé les informations à ce sujet par assureur maladie. Trois grands groupes d'assureurs maladie (Achmea, Centraal Ziekenfonds (CZ) et Menzis) ont apporté une contribution. En 2015, ces groupes représentaient conjointement 64,3 % des assurés aux Pays-Bas. Le quatrième grand groupe, VGZ, a choisi de ne pas mettre de données à disposition. En 2015, il était le deuxième plus important assureur maladie des Pays-Bas, avec une part de marché de 25,7 % (Vektis, 2015). Quelques petits assureurs maladie régionaux (DSW-SH, ONVZ, Eno, ASR, Zorg en Zekerheid) n'ont pas été repris pour des considérations pratiques dans la présente étude. Conjointement, ils détiennent une part de marché de 11,2 % (Vektis, 2015).

Étant donné les différences dans les systèmes d'enregistrement des données entre les différents assureurs maladie, une explication des données sélectionnées qui sont utilisées dans le présent rapport par assureur maladie est présentée ci-après. Ces éclaircissements sont compilés sur la base des données fournies et des informations complémentaires concernant les critères de sélection obtenus des assureurs maladie concernés. En vue de la comparabilité des données, il est important de faire ces observations.

SÉLECTION DE DONNÉES POUR ACHMEA

Les déclarations qui sont fournies pour cette étude concernent deux flux. Le premier flux porte sur les factures de la Belgique, du Luxembourg et de l'Allemagne qui sont directement payées par 'Achmea - Zilveren Kruis' au prestataire de soins étranger ou qui sont restituées à notre assuré. Cela concerne en l'occurrence tant les factures de l'assurance de base que celles de l'assurance complémentaire. Le deuxième flux concerne les factures via le formulaire E, ventilées entre CEAM, E106, 112 et 123. Une limitation est également établie ici sur les déclarations qui concernent la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne.

Il importe de noter que les déclarations via le formulaire E ne sont enregistrées dans la base de données que depuis 2012. Auparavant, elles étaient traitées à partir d'un autre système, raison pour laquelle elles ne font pas partie de la sélection actuelle. Dans le cadre de la fusion Achmea-Agis, les factures Agis ne sont traitées dans le système que depuis 2013. Pour les années précédentes, elles ne font pas partie de la sélection actuelle (courriel d'Achmea, 21/10/2015).

SÉLECTION DE DONNÉES POUR CZ

Les données concernent les assurés Zvw. Ce sont des assurés en vertu de la loi néerlandaise sur l'assurance soins de santé (Zorgverzekeringswet, Zvw), qui sont donc légalement assurés. Les clients titulaires d'une police 'Convention' (qui sont domiciliés aux Pays-Bas et qui travaillent à l'étranger) sont exclus de la sélection. Sont également exclus de la sélection, les coûts qui sont déclarés avec une carte européenne d'assurance maladie, un formulaire 111 ou S2/E112. Seuls les coûts directement déclarés par les assurés ou les prestataires de soins sont repris dans la sélection. Ces coûts sont couverts selon nos conditions d'assurance.

Dans la sélection sont repris les coûts des prestataires de soins conventionnés et non conventionnés. Via le Passeport santé international (une collaboration avec AOK Rheinland), les coûts des prestataires de santé conventionnés sont repris dans la sélection. Les coûts concernent tant les soins d'urgence que les soins programmés et sont répartis entre l'assurance de base (assurance légale) et l'assurance complémentaire (courriel de CZ, 21-10-2015).

SÉLECTION DE DONNÉES POUR MENZIS

Les données de Menzis concernent tous les coûts réalisés, introduits par l'assureur ou le prestataire de soins, payés en vertu de la loi sur l'assurance soins de santé et/ou un produit complémentaire. Les déclarations via les formulaires E, notamment les déclarations en vertu de la carte européenne d'assurance maladie, un formulaire 111 ou S2/E112, ne sont pas disponibles au niveau individuel et, par conséquent, ne sont pas reprises dans la sélection. Les données pour 2015 sont encore incomplètes et ne comportent que des données jusqu'au 13 octobre 2015. La sélection pour l'année 2014 sera presque complète. Bien qu'il existe toujours la possibilité, naturellement, de factures introduites très tardivement (courriel de Menzis, 10-11-2015).

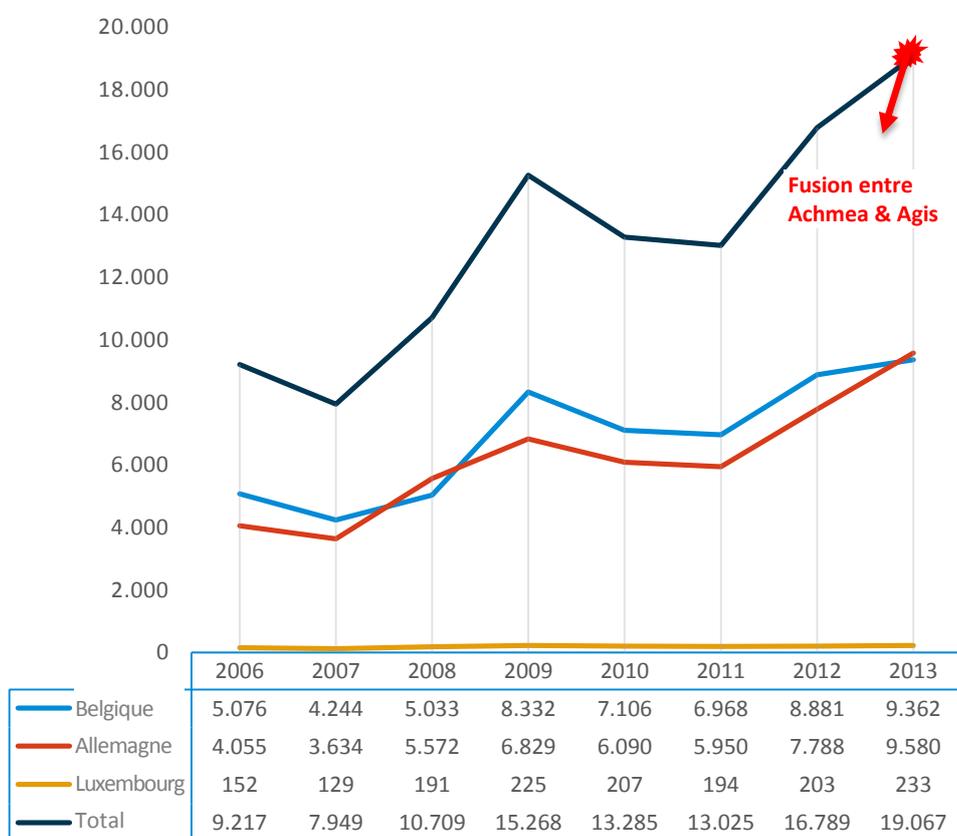
4.2.1. Destination et évolution

ACHMEA

En 2013, le groupe Achmea représentait 4,4 millions d'assurés, ce qui correspond à une part de marché de 26 %. La **figure 5** montre l'évolution du nombre de patients ayant reçu un traitement en Belgique, en Allemagne ou au Luxembourg au cours de la période 2006-2013. Nous pouvons en tirer les conclusions suivantes :

Figure 5 Évolution du nombre d'assurés traités à l'étranger par pays.

Source : Achmea (2006-2013)

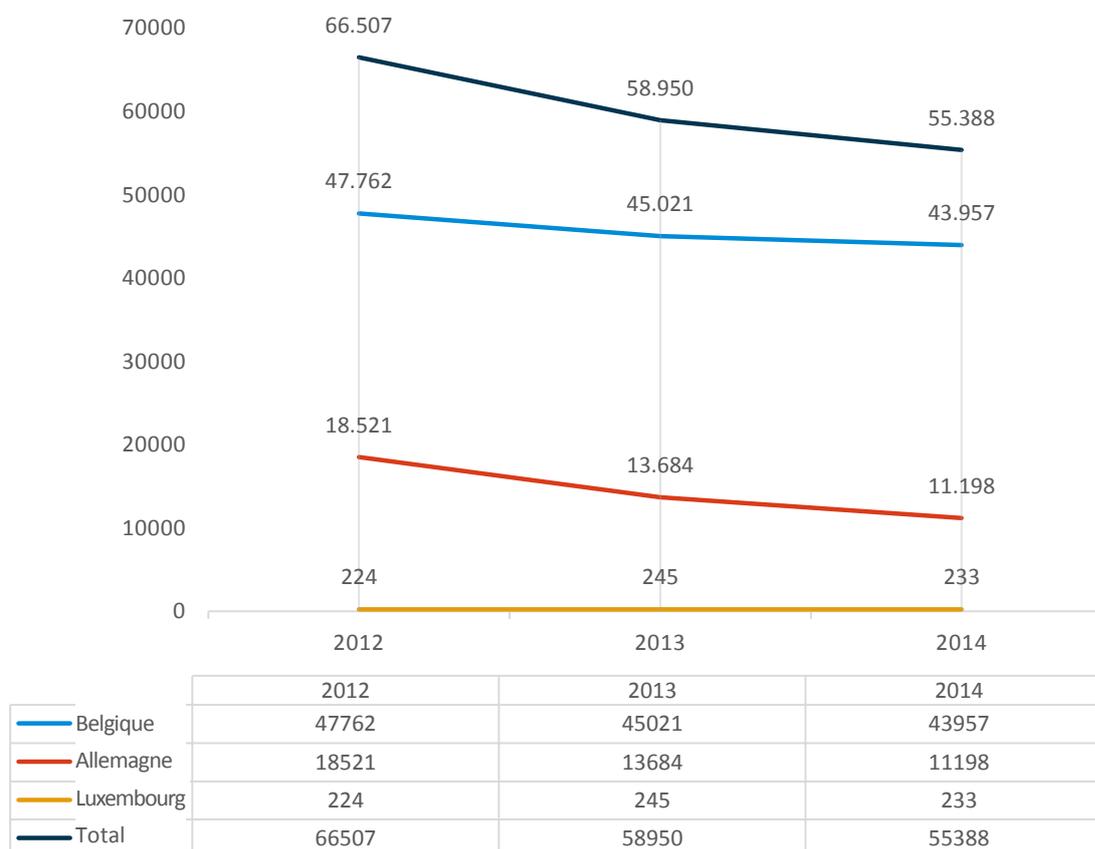


- En 2013, 19.067 assurés ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne. Les données en fonction de l'âge et du sexe donnent la meilleure estimation du nombre unique d'assurés qui ont reçu un traitement à l'étranger.
- Tout en faisant preuve d'une certaine prudence, nous pouvons parler d'une tendance à la hausse, avec un pic dans le nombre de patients en 2009. Une première remarque importante est le fait que les données de l'assureur maladie 'Agis' ont été ajoutées à partir de 2013 en raison d'une fusion avec 'Achmea - Zilveren Kruis'. Les données de 2006 à 2012 inclus concernent 1,1 millions d'assurés en moins.

- Une deuxième raison importante pour expliquer cette hausse est une modification dans le système d'enregistrement, lors de laquelle une partie des coûts (sur la base du formulaire E125) qui étaient auparavant traités sur des factures papier dans les enregistrements de masse, ont été traités de manière numérique à partir de 2012. Les chiffres pour les années précédentes ne sont toutefois pas repris dans le système et ne peuvent pas être ramenés à des personnes individuelles et c'est pourquoi ils ne font pas partie de la sélection actuelle. La hausse des soins transfrontaliers entre 2012 et 2013 ne peut dès lors être estimée correctement.
- La Belgique et l'Allemagne reçoivent la plupart des patients transfrontaliers en provenance des Pays-Bas. Le flux de patients transfrontaliers en provenance des Pays-Bas et en direction du Luxembourg est limité.

CZ

Figure 6 Nombre d'assurés uniques traités en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne.
 Source : CZ (2012-2014)



En 2014, le groupe CZ (Centraal Ziekenfonds – mutuelle centrale) détenait une part de 20,2 % sur le marché néerlandais des soins de santé. CZ est de ce fait le troisième plus grand groupe d'assurance aux Pays-Bas (Vektis, 2015).

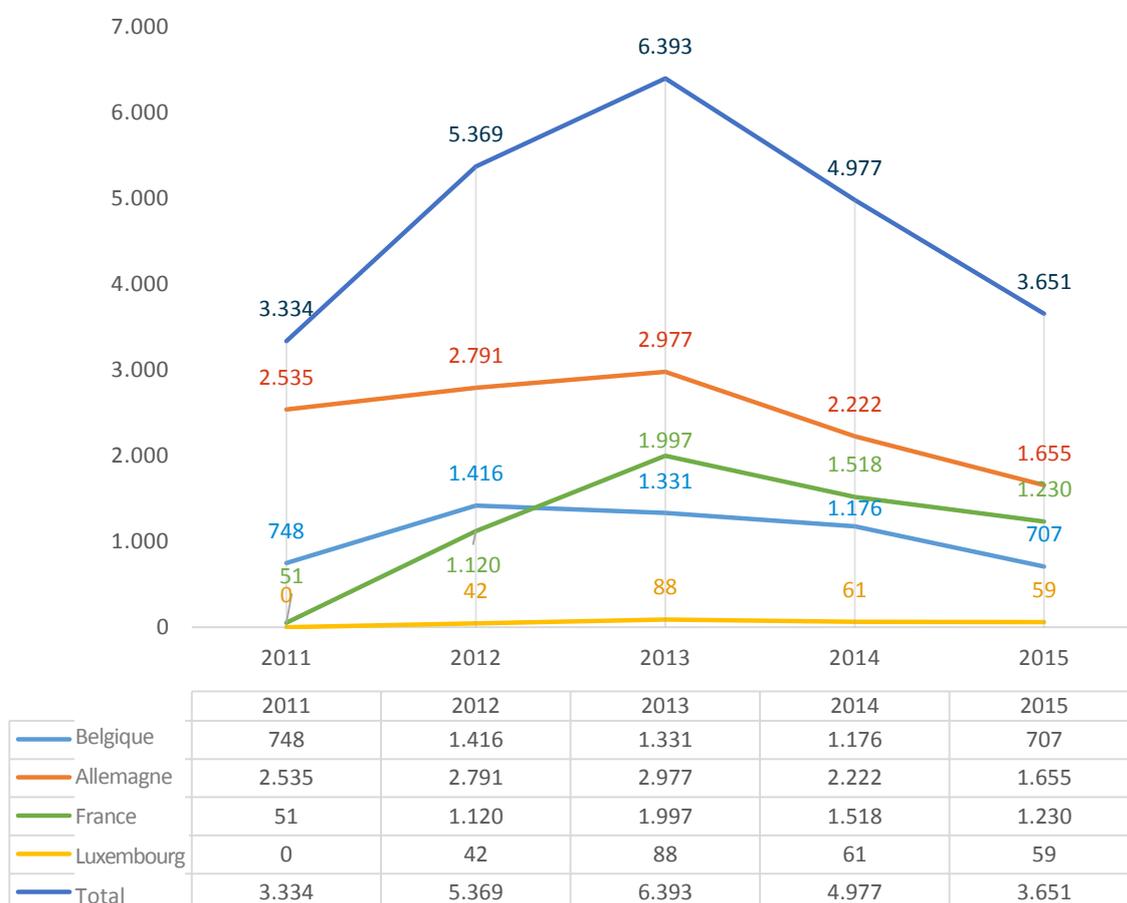
La **figure 6** montre l'évolution du nombre d'assurés uniques de CZ qui ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne au cours des trois dernières années (de 2012 à 2014).

Nous constatons une diminution du nombre d'assurés ayant reçu des soins médicaux à l'étranger à raison d'environ 11.000 assurés en moins au cours des trois dernières années. Cela correspond à une diminution d'environ 7.000 assurés en Allemagne et 4.000 en Belgique. Le flux de patients vers le Luxembourg est très limité.

MENZIS

Figure 7 Nombre d'assurés traités en Belgique, au Luxembourg, en France ou en Allemagne.

Source : Menzis (2011-2015)



En 2014, le groupe Menzis détenait une part de 12,6 % sur le marché néerlandais des soins de santé. Menzis est de ce fait le quatrième plus grand groupe d'assurance aux Pays-Bas (Vektis, 2015). La **figure 7** montre l'évolution du nombre d'assurés uniques de Menzis qui ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg, en France ou en Allemagne au cours des cinq dernières années (de 2011 à 2015). Les chiffres pour 2015 sont encore incomplets et ne comportent que des données jusqu'au 13 octobre 2015. Cela explique la grande différence avec les données de 2014.

Nous constatons cependant une diminution du nombre d'assurés uniques ayant reçu des soins médicaux à l'étranger à raison d'environ 1.400 assurés en moins en 2014 par rapport à 2013. Nous constatons un flux important de patients vers l'Allemagne et la Belgique. En France également, un grand nombre d'assurés ont reçu un traitement à l'étranger. Nous ne pouvons toutefois comparer ce chiffre avec les autres assureurs car nous ne disposons pas de ces données. Le flux de patients vers le Luxembourg est très limité.

CONCLUSION

- Lorsque nous comparons entre eux les chiffres communiqués pour l'année complète la plus récente (2013) des trois assureurs maladie, nous constatons que 82.413 personnes assurées d'Achmea, de CZ ou de Menzis, ont reçu des soins médicaux en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne¹⁷.
- Pour CZ et Menzis, le nombre de patients ayant reçu des soins médicaux à l'étranger a diminué, alors que pour Achmea, une légère augmentation est observable.
- Le flux de patients le plus important sous assurance d'Achmea, de Menzis et de CZ part des Pays-Bas vers la Belgique avec, d'après les estimations, 55.714 assurés uniques ayant reçu des soins médicaux en 2013 en Belgique. 26.241 assurés se rendent en Allemagne pour y recevoir des soins médicaux. Il s'agit du flux de patients le plus important pour l'assureur maladie Menzis.

¹⁷ Lors de la comparaison des données entre les assureurs maladie, les données de Menzis concernant les flux de patients vers la France ont été omises. Il s'agit de 1.997 patients supplémentaires qui ont reçu un traitement en France pour l'année 2013.

4.2.2. Données par région (origine)

ACHMEA

Sur la base des données d'Achmea, nous pouvons coupler le domicile de l'assuré au pays de traitement. Le **tableau 9** montre cette relation. Des informations sur le prestataire de soins de santé n'étaient pas disponibles. C'est pourquoi nous ne pouvons indiquer que le pays de traitement et pas le lieu de traitement.

Tableau 9 Nombre d'assurés en fonction du 'pays du domicile' et du 'pays de traitement'.
Source : Achmea (2013)

Pays du domicile	Traitement en Belgique	Traitement en Allemagne	Traitement au Luxembourg	Total traitement
Belgique	3.497	11	0	3.500
Allemagne	11	2.905	0	2.910
Luxembourg	0	0	9	9
Pays-Bas	5.949	6.763	224	12.842
Total assurés	9.457	9.679	233	19.261

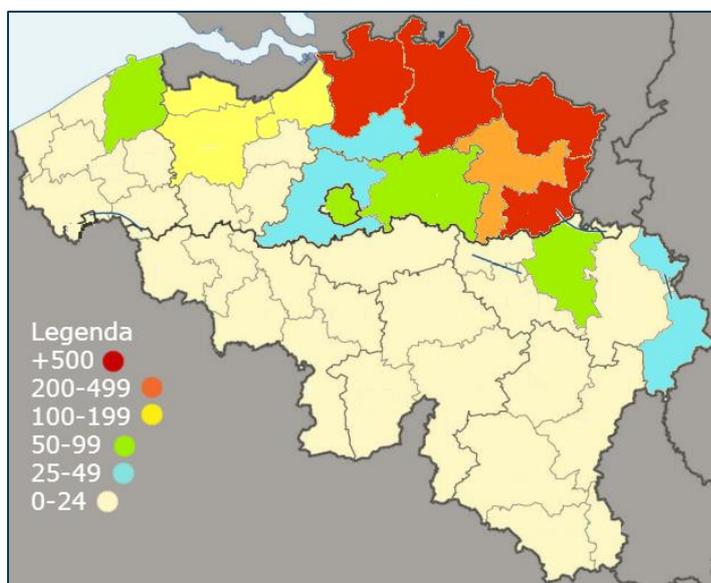
Le nombre total d'assurés ayant reçu un traitement à l'étranger est un peu supérieur au total mentionné ci-dessus (19.261 contre 19.067). Cela peut s'expliquer par les assurés qui ont déménagé ou qui ont un double lieu de résidence¹⁸.

¹⁸ Achmea communique la remarque suivante en ce qui concerne les données : si l'adresse de l'assuré est inconnue, ils ont choisi de compléter avec l'adresse d'un site Achmea. Cela peut éventuellement légèrement fausser les données.

37 % des traitements qui ont eu lieu en Belgique sont reçus par des assurés qui ont leur domicile en Belgique. La **figure 8** reflète l'arrondissement dans lequel ces assurés résident.

Figure 8 Assurés d'Achmea résidant en Belgique selon l'arrondissement.

Source : Achmea (2013)



Les arrondissements de Maaseik, Anvers, Turnhout, Tongres et Hasselt représentent 75 % des assurés Achmea habitant en Belgique et ayant reçu un traitement en Belgique.

Les chiffres pour l'Allemagne soulignent à nouveau l'importance des régions frontalières. 30 % des traitements en Allemagne ont été prodigués à des assurés ayant leur domicile en Allemagne. La majorité de ces assurés habitent en région frontalière.

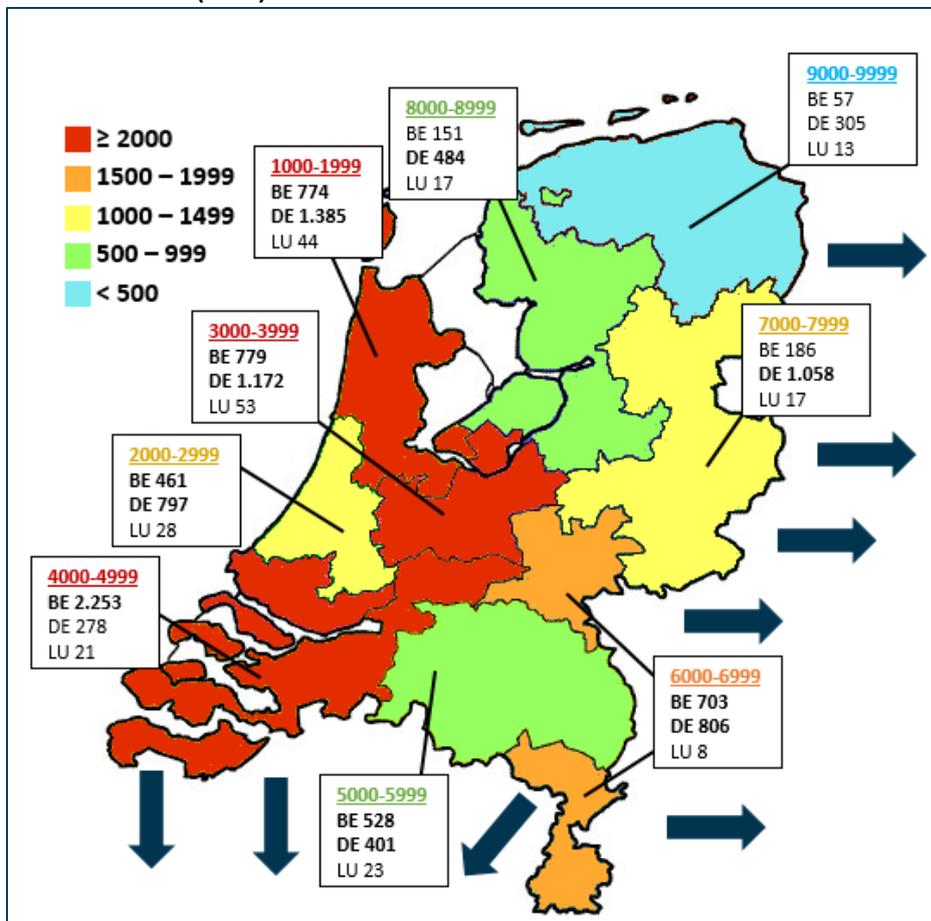
66 % des assurés qui ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne ont leur domicile aux Pays-Bas.

La **figure 9** représente ces assurés sur une carte avec les codes postaux. Cette carte montre que les soins transfrontaliers ne concernent pas exclusivement les régions frontalières malgré leur proportion importante. Ce sont principalement des communes du nord des Pays-Bas que peu d'assurés se rendent à l'étranger pour y bénéficier d'un traitement.

La Zélande, et particulièrement la région autour de Terneuzen et d'Oostburg, devance de loin le reste des Pays-Bas. 2.552 assurés originaires de cette région ont reçu un traitement à l'étranger, tous en Belgique à quelques exceptions près. Ce phénomène est probablement le résultat de la coopération dans le domaine des soins de santé dans cette région entre les Pays-Bas et la Belgique. Au départ des métropoles d'Amsterdam et Rotterdam, il y a également nettement plus de personnes qui se rendent à l'étranger pour un traitement. Cela peut éventuellement s'expliquer par la grande concentration des assurés qui y habitent, surtout par rapport à d'autres régions qui sont moins peuplées.

Il ressort également des chiffres par domicile qu'il y a, en moyenne, un peu plus d'assurés qui partent des Pays-Bas vers l'Allemagne que vers la Belgique. La répartition fluctue aux environs de 60 % vers l'Allemagne et 40 % vers la Belgique. Comme indiqué précédemment, le flux de patients vers le Luxembourg est très faible (environ 1,5 %). Il y a aussi une série d'exceptions importantes. Dans la partie sud des Pays-Bas, la zone frontalière avec la Belgique, nettement plus de personnes se rendent en Belgique pour un traitement. Dans l'est des Pays-Bas, la zone frontalière avec l'Allemagne, davantage d'assurés se rendent en Allemagne pour un traitement.

Figure 9 Nombre d'assurés Achmea qui ont reçu un traitement à l'étranger en fonction du code postal.
 Source : Achmea (2013)



La **figure 10** présente les flux de patients vers la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg pour les assurés de CZ ayant leur domicile aux Pays-Bas pour l'année 2014. Ces données sont agrégées au niveau des provinces. Quelques résultats remarquables :

- Beaucoup plus de patients se rendent à l'étranger à partir des provinces du Sud des Pays-Bas (Zélande, Brabant septentrional, Hollande méridionale et Limbourg). Il convient cependant de préciser qu'il s'agit également de provinces où CZ est fortement présent sur le marché des assurances en tant qu'assureur maladie.
- Il y a un flux de patients très important vers la Belgique à partir de la Zélande, du Brabant septentrional et du Limbourg. Environ 88 % du flux de patients en direction de la Belgique provient de ces provinces limitrophes de la Belgique.
- Nous constatons un mouvement important de patients à partir des provinces du Limbourg et du Brabant septentrional en direction de l'Allemagne (limitrophe). 58 % du flux de patients transfrontalier provient de ces deux provinces. Il convient également de remarquer un flux prononcé en direction de l'Allemagne pour les autres provinces frontalières de l'Allemagne telles que Gelderland et Overijssel. Les chiffres sont ici nettement plus faibles que ceux des provinces du sud.
- Nous constatons un flux important de patients aussi bien vers la Belgique que vers l'Allemagne à partir des provinces de Hollande septentrionale et de Hollande méridionale. En Hollande méridionale, le flux vers la Belgique est légèrement plus important.
- Comme escompté, le flux de patients vers le Luxembourg s'avère très limité.

Figure 10 Nombre d'assurés uniques en fonction du domicile (province) et du pays de traitement.

Source : CZ (2014)

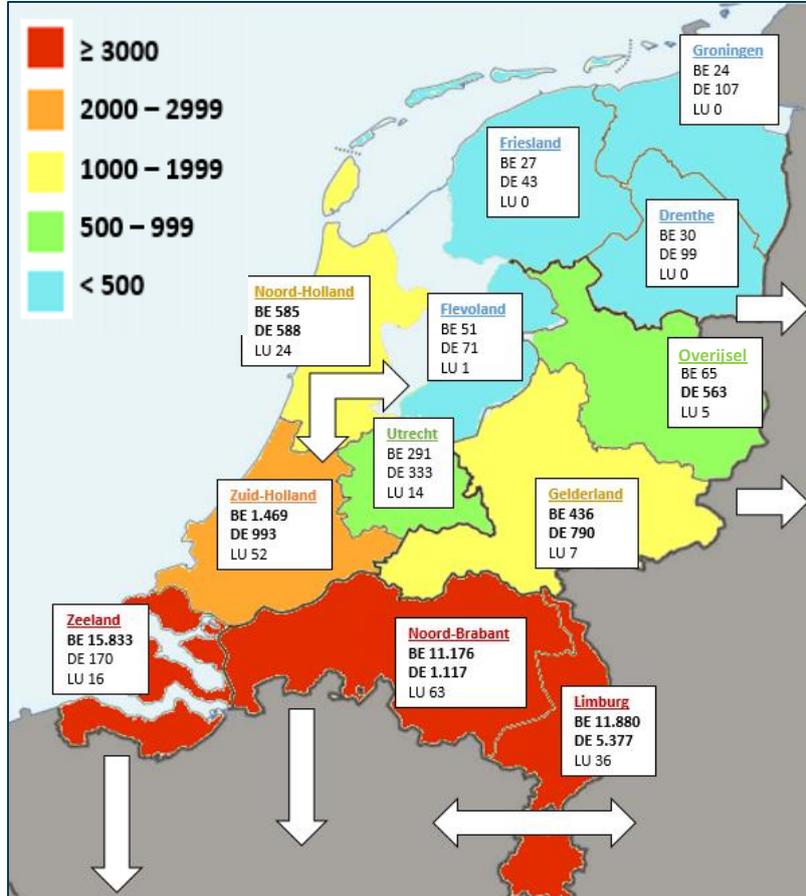
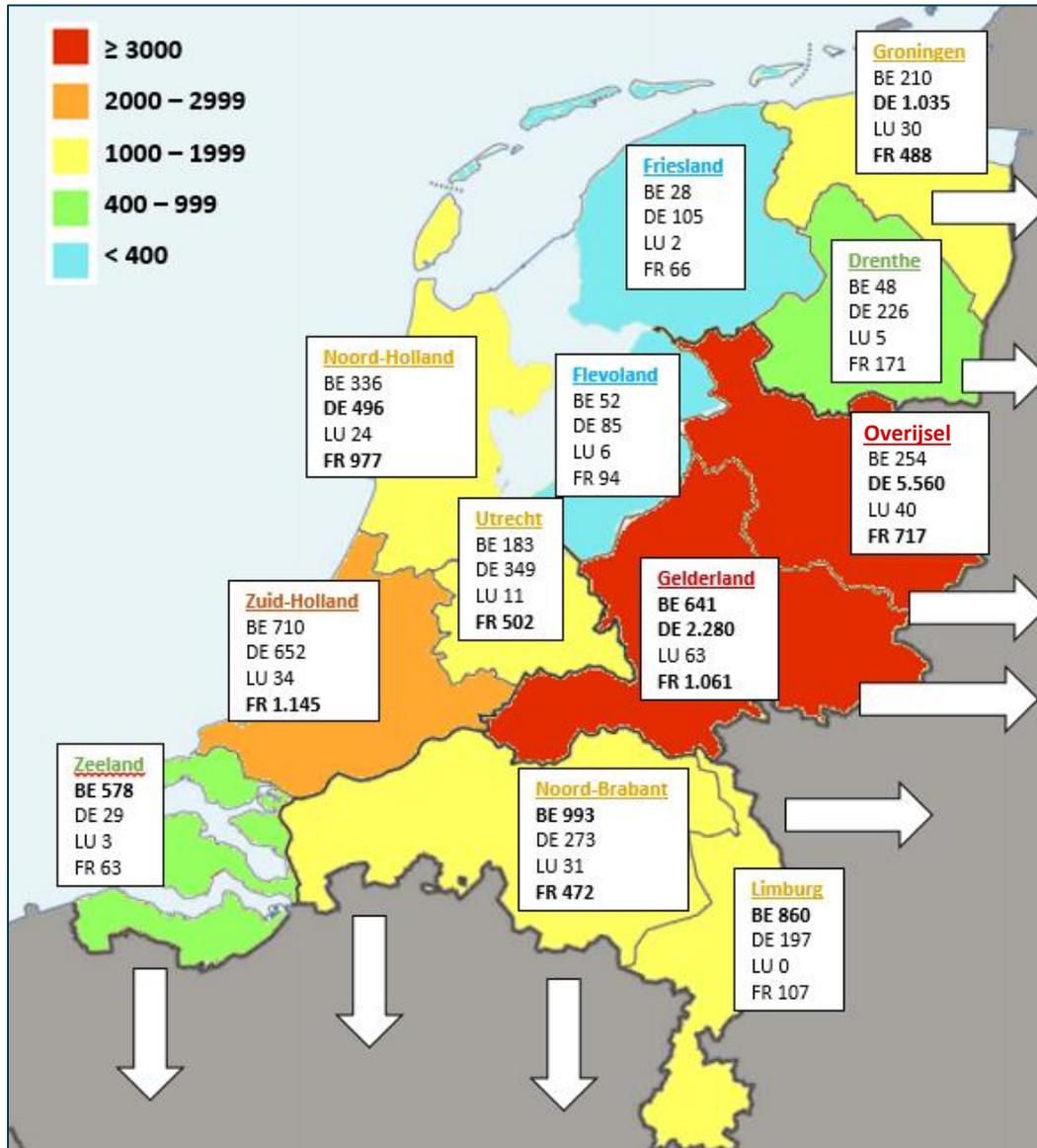


Tableau 10 Nombre d'assurés uniques en fonction du 'pays du domicile' et du 'pays de traitement'.
Source : CZ (2014)

Année	Pays de traitement	Pays de domicile					Total
		Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Allemagne	Autres pays	
2014	Belgique	41.867	1.900	2	109	79	43.957
	Luxembourg	218	2	10	s.o.	3	233
	Allemagne	10.251	46	2	841	58	11.198
	Total	52.336	1.948	14	950	140	55.388

Le **tableau 10** indique la relation entre le pays du domicile et le pays de traitement pour les assurés de CZ ayant reçu un traitement en Belgique, en Allemagne ou au Luxembourg. Un groupe limité d'assurés CZ habite en Belgique ou en Allemagne. 52.336 d'assurés habitent cependant aux Pays-Bas, si bien que 95 % du flux de patients assurés chez CZ vers la Belgique, l'Allemagne ou le Luxembourg provient des Pays-Bas. Les 5 % restant englobent essentiellement des assurés CZ habitant en Belgique ou en Allemagne. Ces 5 % reçoivent généralement un traitement dans le pays où ils habitent.

Figure 11 Nombre d'assurés uniques en fonction du domicile (province) et du pays de traitement.
Source : Menzis (2014)



La **figure 11** présente un aperçu du nombre d'assurés uniques qui, en 2014, ont reçu un traitement en Belgique, en France, en Allemagne ou au Luxembourg par lieu du domicile, agrégé au niveau provincial. Nous voyons ici également que dans les provinces de Gelderland et d'Overijssel, il y a nettement plus de patients qui se rendent à l'étranger. Cela s'explique en partie par le fait que depuis toujours, Menzis a détenu ici une part de marché importante. Ce qui frappe également, immédiatement, est le fait que le flux de patients le plus important, ici, se rend vers l'Allemagne toute proche.

Tout comme pour les autres assureurs maladie, nous constatons une tendance similaire dans laquelle le flux de patients transfrontaliers des provinces du (nord-)est prend la direction de l'Allemagne et celui des provinces du sud prend plutôt la direction de la Belgique. Dans le centre du pays, les flux semblent être répartis de manière égale.

Les données de Menzis offrent également un aperçu limité du flux de patients en direction de la France. Ces chiffres ne sont toutefois pas représentatifs pour l'ensemble des Pays-Bas mais montrent cependant qu'il existe un petit flux de patients. Le rapport traite plus loin de la question de savoir si ces soins sont surtout programmés ou non programmés.

Tableau 11 Nombre d'assurés selon le 'pays du domicile' et le 'pays de traitement'.

Source : Menzis (2014)

Pays du domicile	Pays de traitement				Total
	Belgique	Allemagne	France	Luxembourg	
Pays-Bas	1.055	2.082	1.510	61	4.708
Belgique	15	2	0	0	17
Allemagne	1	50	1	0	52
France	0	0	1	0	1
Autres	105	88	6	0	199
Total	1.176	2.222	1.518	61	4.977

Sur la base des données de Menzis, nous pouvons associer le domicile de l'assuré au pays de traitement. Le **tableau 11** montre cette relation. Seul un nombre limité d'assurés qui ont reçu un traitement à l'étranger y habitaient effectivement. Cela représente une différence avec, par exemple, les chiffres de CZ. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que Menzis détient une part de marché plus faible, par exemple, dans les provinces du sud qui sont frontalières de la Belgique.

CONCLUSION

- Le flux de patients vers la Belgique est principalement le fait d'assurés vivant dans le sud des Pays-Bas. La Zélande en particulier fournit un flux notable vers la Belgique.
- Les patients de la région (Nord-)Est se dirigent essentiellement vers l'Allemagne. Les chiffres sont cependant moins élevés.
- Au départ de la province du Limbourg (NL), il y a un flux important tant en direction de la Belgique qu'en direction de l'Allemagne.
- A l'ouest et au centre des Pays-Bas, les flux en direction de la Belgique et de l'Allemagne sont quasi identiques.
- Un petit groupe, mais non négligeable, d'assurés ayant reçu un traitement en Belgique ou en Allemagne, y habite aussi effectivement. Il s'agit de 5.719 assurés néerlandais, domiciliés en Belgique, et de 3.935 assurés néerlandais, domiciliés en Allemagne.
- Les différences entre les assureurs maladie entre eux sont grandes, non seulement en nombre mais aussi en termes de destination ou de domicile. Par ailleurs, certains assureurs maladie sont plus actifs dans certaines régions des Pays-Bas, étant donné leurs liens historiques avec ces régions. C'est ainsi qu'Achmea détient une grande part de marché dans les provinces de Frise, Drenthe, Flevoland et Utrecht. Menzis occupe une grande place dans les provinces de Gelderland, Overijssel et Groningen et CZ est fortement représentée dans les provinces de Brabant, Limbourg et Zélande (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011).

4.2.3. Démographie

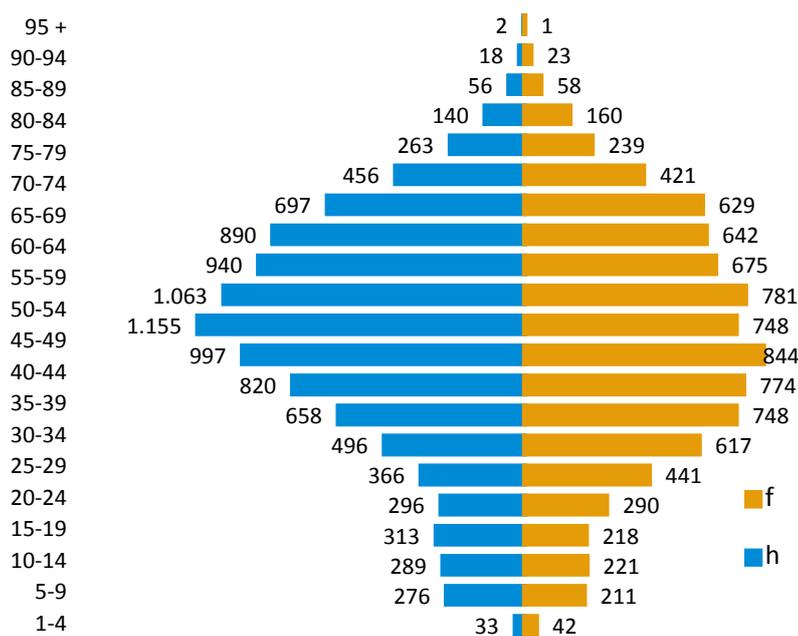
ACHMEA

La **figure 12** est une pyramide des âges qui montre la répartition hommes et des femmes par catégorie d'âge pour l'année 2013. Les conclusions suivantes peuvent en être tirées :

- Au total, 10.224 hommes ont reçu un traitement et 8.783 femmes.
- Il y a 60 personnes ayant reçu un traitement dont le sexe est inconnu. Elles n'ont pas été reprises dans la pyramide des âges.
- Les femmes semblent proportionnellement un peu mieux représentées dans les catégories 20-44 ans, alors que le nombre d'hommes connaît un pic entre 45-64 ans. Il serait cependant prématuré de parler d'une véritable tendance.

Figure 12 Nombre de patients par âge et par sexe.

Source : Achmea (2013)



La **figure 13** montre la répartition entre le nombre d'hommes et de femmes. Environ 45 % sont des hommes et 55 % des femmes. Cette proportion n'a pas particulièrement changé au cours des dernières années. En 2014, 29.998 femmes et 25.390 hommes ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne.

La tranche d'âge la plus fortement représentée est celle des 40-69 ans. Ce groupe est celui qui a reçu le plus souvent un traitement. 35 % des assurés avaient moins de 40 ans lorsqu'ils ont reçu des soins médicaux en 2014. 15 % avaient plus de 69 ans lorsqu'ils ont été traités en 2014.

Figure 13 Nombre d'assurés uniques traités en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne : répartition selon l'âge.

Source : CZ (2014)

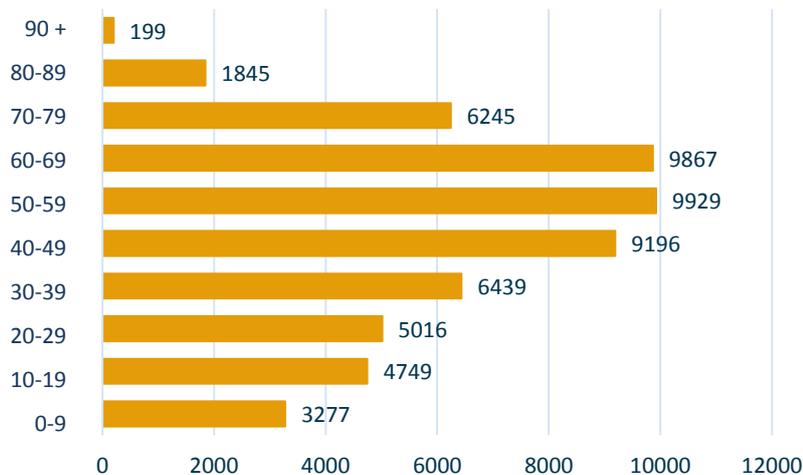
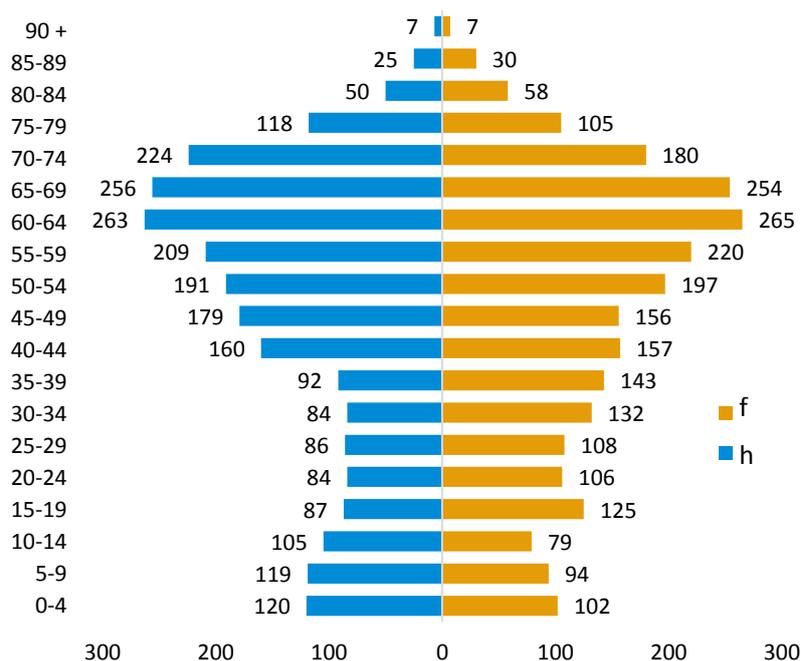


Figure 14 Nombre d'assurés uniques traités en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne ou en France selon l'âge et le sexe.

Source : Menzis (2014)



En 2014, 2.459 hommes et 2.518 femmes ont reçu un traitement en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne ou en France dans le cadre d'une couverture de Menzis. Le groupe d'âge des 55 à 74 ans est celui qui a reçu le plus fréquemment un traitement, tant pour les hommes que pour les femmes. Les jeunes d'une vingtaine d'années et les seniors sont ceux qui se sont le moins rendus à l'étranger pour un traitement.

CONCLUSION

Étant donné les différences au niveau des données collectées, il n'est pas possible de comparer les données de CZ, de Menzis et d'Achmea par sexe. Il convient toutefois de noter que chez chaque assureur maladie, la plupart des patients sont âgés de 30 à 70 ans. Les enfants et les seniors représentent manifestement une proportion moindre dans les flux de patients.

4.2.4. Spécificité des soins

ACHMEA

Des chiffres exacts sur le diagnostic ou le traitement des assurés n'étaient pas disponibles. Sur la base du codage interne pour la responsabilité financière d'Achmea, nous constatons néanmoins une série d'évolutions (**Tableau 12**).

- 9.173 patients ont reçu un remboursement pour un traitement prévu (soins électifs). 2.188 remboursements ont quant à eux été effectués sur la base de la carte européenne d'assurance maladie (soins non programmés). Pour les autres catégories, il est difficile de déterminer s'il s'agit de soins programmés ou non.
- Le nombre élevé de remboursements pour des visites au généraliste est frappant. Cela montre qu'outre les soins spécialisés, les soins de première ligne jouent également un rôle au niveau des flux de patients transfrontaliers. Le nombre élevé d'assurés dans les régions frontalières y contribue probablement.
- Davantage de soins électifs (traitements programmés) ont lieu en Belgique qu'en Allemagne. L'Allemagne compte quant à elle davantage de remboursements sur la base de la carte européenne d'assurance maladie (soins non planifiés). Ce phénomène s'explique probablement par le fait que l'Allemagne est une destination de vacances importante.
- Le nombre d'assurés est beaucoup plus élevé dans ce tableau que le nombre d'assurés sur la base de l'âge (27.699 par rapport à 19.067). Il s'agit en effet du nombre d'assurés qui ont reçu un remboursement en 2013. Étant donné qu'une personne peut avoir plusieurs remboursements pour différents traitements au cours d'une même année, ce chiffre ne reflète pas le nombre d'assurés uniques.

Tableau 12 Données de facturation par pays de traitement.

Source : Achmea (2013)

DONNÉES DE FACTURATION	PAYS	NOMBRE D'OPÉRATIONS	NOMBRE D'ASSURÉS	MONTANT TOTAL
soins non programmés (carte européenne d'assurance maladie)	BE	519	450	€ 825.617,15
	DE	2.484	1.692	€ 2.543.225,00
	LU	52	46	€ 134.274,42
	TOTAL	3.055	2.188	€ 3.503.116,57
Soins électifs (soins programmés)	BE	10.559	5.486	€ 4.638.929,46
	DE	9.414	3.677	€ 4.534.432,75
	LU	14	10	€ 6.795,62
	TOTAL	19.987	9.173	€ 9.180.157,83
Soins de 1ère ligne (généraliste)	BE	5.263	2.216	€ 150.487,50
	DE	2.385	1.878	€ 88.958,60
	LU	123	102	€ 5.242,88
	TOTAL	7.771	4.196	€ 244.688,98
Couverture assurance de base	BE	1.991	1.290	€ 458.036,61
	DE	2.600	1.957	€ 1.044.995,10
	LU	226	111	€ 29.509,46
	TOTAL	4.817	3.358	€ 1.532.541,17
Médicaments & vaccination & laboratoire	BE	5.991	2.344	€ 241.962,65
	DE	2.971	2.015	€ 146.541,33
	LU	153	102	€ 5.594,17
	TOTAL	9.115	4.461	€ 394.098,15
Frais de transport	BE	380	346	€ 89.815,78
	DE	996	840	€ 499.972,54
	LU	42	39	€ 6.495,63
	TOTAL	1.418	1.225	€ 596.283,95
Soins psychologiques & psychiatriques	BE	981	121	€ 87.583,79
	DE	496	42	€ 57.331,79
	LU	0	0	€ 0,00
	TOTAL	1.477	163	€ 144.915,58
Dentisterie	BE	1.801	1.468	€ 146.404,34
	DE	1.627	1.218	€ 184.087,30
	LU	15	14	€ 1.171,48
	TOTAL	3.443	2.700	€ 331.663,12
Grossesse & accouchement	BE	19	13	€ 4.200,29
	DE	34	9	€ 8.096,58
	LU	9	2	€ 289,08
	TOTAL	62	24	€ 12.585,95
Divers	BE	204	102	€ 13.913,26
	DE	131	103	€ 12.685,75
	LU	13	6	€ 806,87
	TOTAL	348	211	€ 27.405,88
TOTAL BE		27.708	13.836	€ 6.656.950,83
TOTAL DE		23.138	13.431	€ 9.120.326,74
TOTAL LU		647	432	€ 190.179,61
TOTAL GÉNÉRAL		51.493	27.699	€ 15.967.457,18

La **figure 15** avec le tableau afférent montre la relation entre les frais pour des soins urgents, les frais pour des soins non urgents et les frais pour des soins dispensés par d'autres prestataires de soins. Cette comparaison permet de montrer pour quels types de soins les assurés se rendent à l'étranger.

Figure 15 Comparaison des frais de soins urgents, non urgents, autres.
Source: CZ (2014)

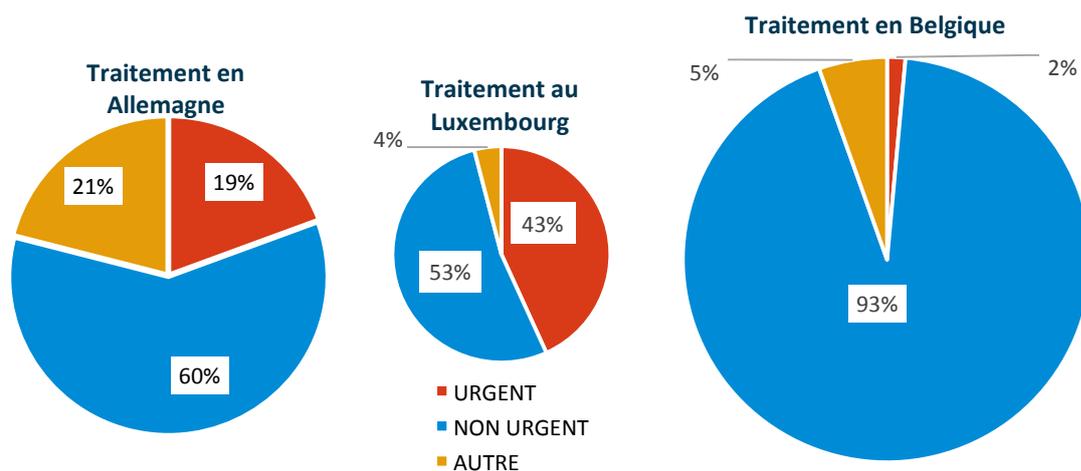


Tableau 13 Comparaison des coûts pour les soins urgents, non urgents et les coûts généraux selon le pays de traitement et le pays de domicile.

Source : CZ (2014)

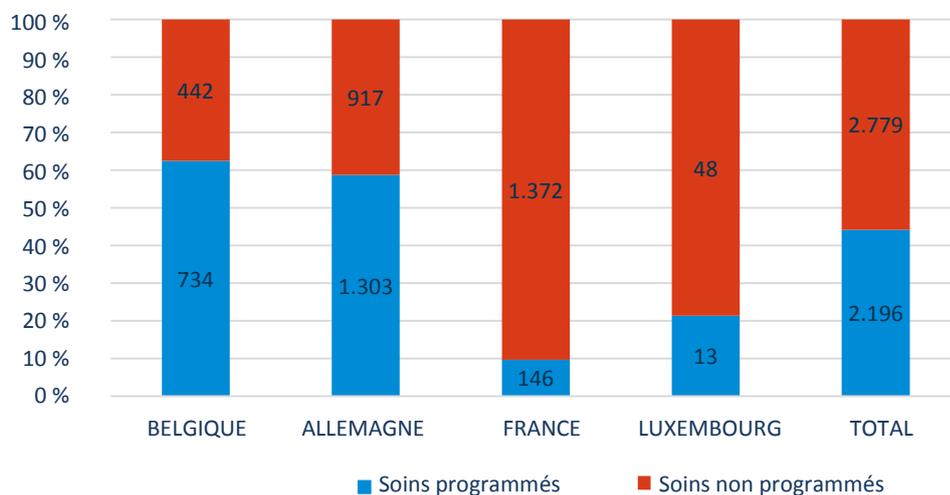
Pays de traitement	Pays de domicile	URGENT	NON URGENT	AUTRES	Total
Belgique	Pays-Bas	€ 595.341	€ 48.563.559	€ 2.747.641	€ 51.906.541
	Belgique	€ 151.760	€ 916.437	€ 134.156	€ 1.202.353
	Allemagne	€ 3.489	€ 125.439	€ 1.057	€ 129.985
	Luxembourg	€ 0	€ 294	€ 0	€ 294
	Autres pays	€ 22.203	€ 107.419	€ 2.046	€ 131.668
	Total		€ 772.793	€ 49.713.148	€ 2.884.900
Allemagne	Pays-Bas	€ 1.105.162	€ 5.213.211	€ 1.829.312	€ 8.147.685
	Belgique	€ 357	€ 7.866	€ 8.257	€ 16.480
	Allemagne	€ 655.392	€ 249.331	€ 89.145	€ 993.868
	Luxembourg	€ 1.046	€ 6.754	€ 409	€ 8.209
	Autres pays	€ 17.336	€ 843	€ 705	€ 18.884
	Total		€ 1.779.293	€ 5.478.005	€ 1.927.828
Luxembourg	Pays-Bas	€ 35.311	€ 21.017	€ 2.443	€ 58.771
	Belgique	€ 305	€ 0	€ 100	€ 405
	Allemagne	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
	Luxembourg	€ 5.814	€ 2.689	€ 789	€ 9.292
	Autres pays	€ 80	€ 26.939	€ 536	€ 27.555
	Total		€ 41.510	€ 50.645	€ 3.868
Total tous pays		€ 2.593.596	€ 55.241.798	€ 4.816.596	€ 62.651.990

Dans le **tableau 13**, nous constatons très clairement que les frais pour des ‘soins non urgents’ constituent la plus grande proportion de frais pour tous les pays. Les coûts de soins non urgents peuvent concerner, par exemple, des remboursements pour des soins de première ligne, des hospitalisations de jour, des hospitalisations classiques ou des consultations auprès de spécialistes. Les soins dispensés en Belgique pour des assurés néerlandais sont, à 93 %, des soins non urgents. 60 % des coûts des soins en Allemagne concernent des soins non urgents et, au Luxembourg, seulement 53 %. En ce qui concerne le Luxembourg, les frais pour des soins urgents représentent 43 % du total des frais de soins remboursés.

MENZIS

La **figure 16** présente le rapport entre le nombre d'assurés uniques qui ont reçu un remboursement pour, d'une part, un traitement programmé à l'étranger et, d'autre part, un traitement non programmé à l'étranger (2014). Menzis a déterminé s'il s'agit de soins programmés ou non programmés sur la base de la description de l'intervention. Tous les soins ‘urgents’ sont considérés comme des soins non programmés. Dans le cas du flux de patients vers la Belgique et l'Allemagne, nous constatons que la majorité des assurés a reçu un traitement programmé. Pour le flux de patients vers le Luxembourg, nous constatons qu'il s'agissait principalement de soins non planifiés. De même pour le flux de patients vers la France, pour lequel nous n'avons reçu de données que de Menzis, il s'agissait principalement de soins non programmés.

Figure 16 Nombre de patients selon le type de soins (programmés/non programmés).
Source : Menzis (2014)



CONCLUSION

Étant donné les différences dans les données communiquées (données financières, chiffres en valeur absolue, ...), il n'est pas possible d'établir une vision générale correcte des données de CZ, de Menzis et d'Achmea pour les spécificités des soins. Il a cependant été choisi de représenter ces données dans la mesure où elles étaient disponibles.

4.2.5. Informations supplémentaires

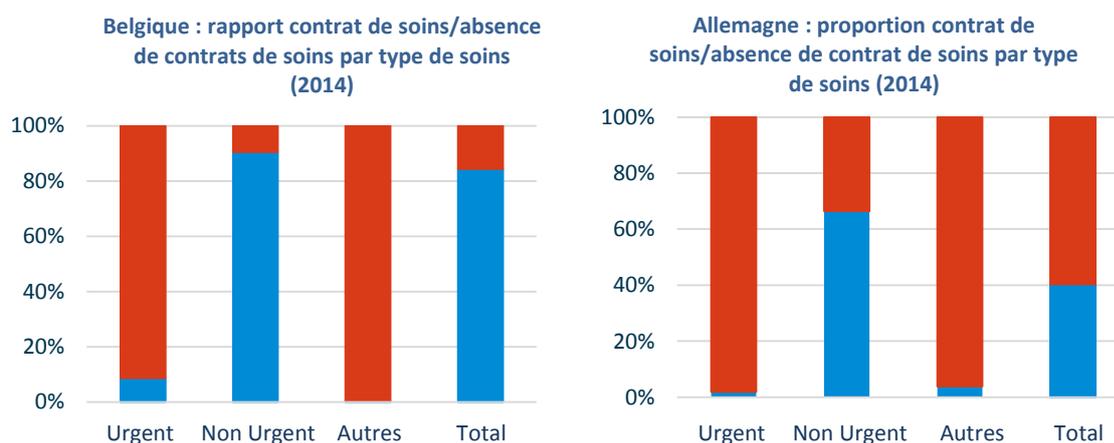
ACHMEA

Il n'y a pas d'informations supplémentaires disponibles.

CZ

La **figure 17** montre le rapport entre les soins dispensés sur la base d'un contrat de soins et les soins qui ne sont pas dispensés sur la base d'un contrat de soins. La majeure partie des soins non urgents en Belgique et en Allemagne ont été dispensés sur la base d'un contrat de soins. Pour les autres types de soins, les contrats de soins jouent un rôle moins important. Cela répond totalement aux attentes selon lesquelles les assureurs maladie néerlandais achètent également des soins à l'étranger.

Figure 17 Proportion contrat de soins/absence de contrat de soins par type de soins.
Source : CZ (2014)



Pays de traitement : Belgique			
Type de contrat	Prestataire de soins conventionné	Prestataire de soins non conventionné	Total
Urgent	€ 67.071	€ 705.722	€ 772.793
Non urgent	€ 44.976.226	€ 4.736.922	€ 49.713.148
Autres	€ 5.818	€ 2.879.082	€ 2.884.900
Total	€ 45.049.115	€ 8.321.726	€ 53.370.841
Pays de traitement : Allemagne			
Type de contrat	Prestataire de soins conventionné	Prestataire de soins non conventionné	Total
Urgent	€ 34.431	€ 1.744.862	€ 1.779.293
Non urgent	€ 3.638.907	€ 1.839.098	€ 5.478.005
Autres	€ 73.794	€ 1.854.034	€ 1.927.828
Total	€ 3.673.338	€ 5.437.994	€ 9.185.126

MENZIS

Il n'y a pas d'informations supplémentaires disponibles.

4.3. Flux de patients entrants

Pour ce volet, il n'y avait pas de données récentes disponibles pour les flux de patients entrants aux Pays-Bas. En 2013, le centre de référence néerlandais 'Kiwa Carity' a toutefois procédé à une enquête sur le nombre d'étrangers dans les hôpitaux néerlandais, à la demande du groupe de travail 'étude interministérielle (IBO)' concernant les soins transfrontaliers. Pour ce faire, il a été fait usage des données du LMR (Landelijke Medische Registratie (Registre médical national)). Le LMR est un registre de données, existant déjà de longue date, sur toute personne admise dans un hôpital néerlandais.

Dans cette enquête, il est indiqué que depuis 2004, la qualité de cet enregistrement a diminué en raison de la mise en place d'un nouveau système d'enregistrement des données médicales (le système d'information DBC (DIS)¹⁹). De ce fait, les données concernant le diagnostic et d'autres spécificités des soins ne sont pas complètes. Les données concernant l'origine des patients sont toutefois complètes (Vandermeulen et.al., 2013). Cela nous permet d'esquisser une vision approximative des flux de patients entrants dans les hôpitaux néerlandais.

Tableau 14 Non-résidents dans les hôpitaux néerlandais selon le pays du domicile. ((LMR, 1998-2012) cité dans Vermeulen et. al., 2013))

Pays d'origine	1998	2003	2008	2012	% en 2012
Belgique + Luxembourg	2.107	2.467	3.237	3.560	26,5 %
Allemagne	1.814	2.481	3.712	4.302	32,0 %
France	156	144	272	264	2,0 %
Autres	1.557	1.498	2.096	2.680	19,9 %
Inconnu	1.492	1.581	2.245	2.650	19,7 %
Total	7.126	8.171	11.562	13.456	100,0 %

Pour les séjours des patients étrangers dans les hôpitaux néerlandais au cours de l'année 2012, il est tout à fait évident que les pays du Benelux, la France et l'Allemagne représentent ici une part importante. Près de 60 % des séjours des patients ayant leur domicile à l'étranger proviennent de ces pays. L'Allemagne est en tête avec 4.302 séjours dans les hôpitaux néerlandais, suivie par la Belgique et le Luxembourg avec 3.560 séjours. Il est frappant de constater que l'Allemagne a opéré ainsi un mouvement de rattrapage depuis 1998.

Pour 20 % des séjours, le pays d'origine est inconnu. Cela s'explique par le fait que certains hôpitaux n'enregistrent pas le pays d'origine spécifique lorsqu'il ne s'agit pas des Pays-Bas. C'est pourquoi il est très vraisemblable que la part des pays du Benelux, de la France et de l'Allemagne soit en réalité plus élevée.

Il convient également de constater une tendance clairement à la hausse du nombre de séjours des patients étrangers dans les hôpitaux néerlandais. Depuis 1998, il y a eu presque un doublement, de 7.126 séjours à 13.456 séjours en 2012.

¹⁹ Les données du système d'information DBC (DIS) ne sont pas complètes pour l'instant. Il manque trois hôpitaux et le registre ne peut fournir de données fiables qu'après quelques années. Bien que ces chiffres figurent dans le rapport IBO, ils n'ont pas été repris dans l'étude Benelux car la qualité ne pouvait être garantie sans effectuer des estimations supplémentaires.

5. Luxembourg



5.1. Introduction

Le Grand-Duché de Luxembourg compte un nombre exceptionnellement élevé de résidents ayant une nationalité étrangère. Au 1^{er} janvier 2015, 46 % de la population luxembourgeoise était d'origine étrangère (STATEC, 2015). En outre, environ 143.000 travailleurs frontaliers sont actifs au Luxembourg (Secrétariat général de l'Union Benelux, 2014). Cette dynamique transfrontalière a évidemment aussi un impact sur les soins de santé luxembourgeois.

En raison d'une population assez peu nombreuse, le Luxembourg est confronté à d'autres défis que ses voisins dans le domaine des soins de santé. Une bonne coopération transfrontalière est particulièrement importante dans le domaine des soins de santé hautement spécialisés, des investissements dans des équipements médicaux coûteux et de l'acquisition de connaissances concernant des maladies rares. C'est pourquoi le Luxembourg a une longue tradition de collaboration avec les régions frontalières. Le Luxembourg travaille ainsi en collaboration avec 'LuxLorSan', un réseau de coopération transfrontalière entre la Belgique, le Luxembourg et la France en matière de santé.

5.2. Flux de patients sortants

Afin de mieux appréhender le flux de patients du Luxembourg vers la Belgique, l'Allemagne et la France, nous utilisons les données de la Caisse Nationale de Santé (CNS). La CNS est l'institution centrale qui assume l'organisation nationale tant de l'assurance maladie que de l'assurance soins. C'est ainsi qu'elle dispose également de données sur les soins remboursés pour les traitements à l'étranger des assurés luxembourgeois. La CNS dispose de données relatives au nombre d'autorisations octroyées pour un traitement à l'étranger. Il s'agit néanmoins uniquement de soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée.

Il n'y a pas de données détaillées disponibles pour les soins non programmés et les soins pour lesquels aucune autorisation ne doit être demandée. Mais il est un fait que le Luxembourg, vu sa position centrale, applique une politique très 'libre' en ce qui concerne les soins transfrontaliers. Concrètement, cela signifie que dans de nombreux cas, aucune autorisation ne doit être demandée, ce qui facilite les soins transfrontaliers.

L'enquête Eurobaromètre confirme cette thèse. Dans cette enquête, sur la base d'un échantillon de résidents du Luxembourg, 20 % des personnes interrogées ont indiqué avoir reçu un traitement à l'étranger (Commission européenne, DG SANTE, 2015). Le rapport d'évaluation de la Commission européenne concernant la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers confirme ces chiffres. Dans une consultation des États membres sur le nombre de remboursements des traitements à l'étranger pour lesquels aucune autorisation ne doit être demandée, le Luxembourg a signalé 117.962 remboursements pour l'année 2014.

Une remarque importante concernant ce dernier chiffre est le fait qu'il s'agit du nombre de remboursements, non du nombre de personnes uniques qui traversent la frontière. Un archivage détaillé de ces remboursements n'est toutefois pas disponible. Tel est uniquement le cas pour les traitements programmés pour lesquels une autorisation doit être demandée au préalable. Ces chiffres sont plus amplement discutés ci-après.

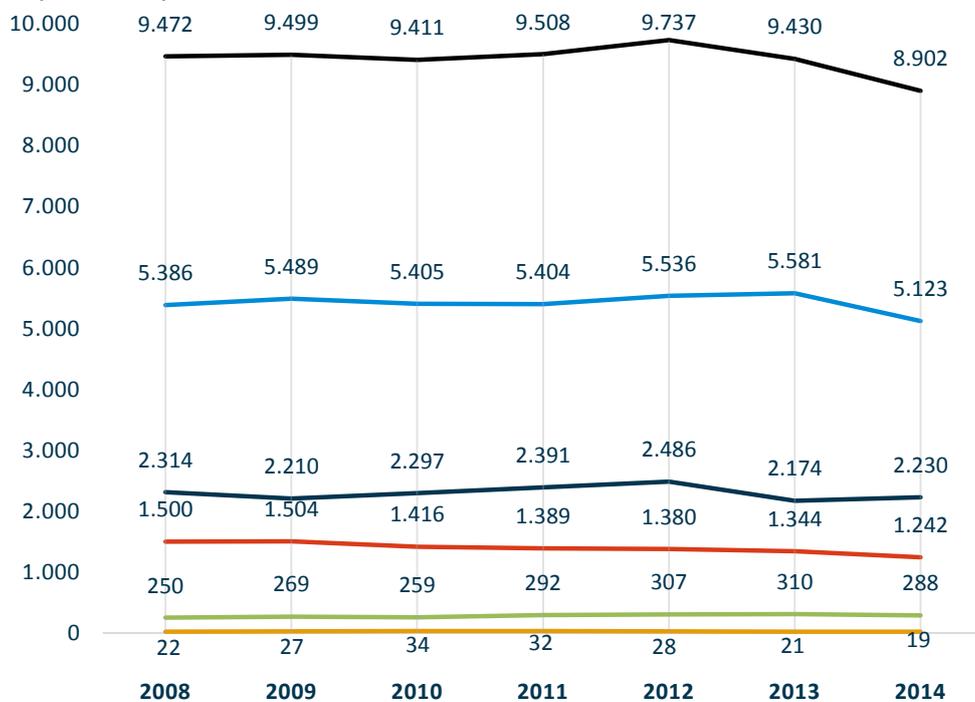
5.2.1. Destination et évolution

La **figure 18** montre l'évolution du nombre d'autorisations octroyées par la Caisse Nationale de Santé (CNS) pour un traitement à l'étranger. Il s'agit donc du nombre d'autorisations accordées au cours d'une année particulière, le traitement en tant que tel peut avoir eu lieu ultérieurement.

Le nombre d'autorisations octroyées est resté relativement constant au cours du temps. Ce n'est qu'à partir de 2013 qu'une baisse est observable. Une explication potentielle est la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Celle-ci facilite les traitements à l'étranger étant donné qu'une autorisation préalable ne doit plus être demandée pour les soins sans hospitalisation.

Figure 18 Évolution du nombre d'autorisations accordées par pays de destination.

Source : CNS (2008-2014)



Pays de destination	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Belgique	2.314	2.210	2.297	2.391	2.486	2.174	2.230
Allemagne	5.386	5.489	5.405	5.404	5.536	5.581	5.123
France	1.500	1.504	1.416	1.389	1.380	1.344	1.242
Pays-Bas	22	27	34	32	28	21	19
Autres pays	250	269	259	292	307	310	288
Total	9.472	9.499	9.411	9.508	9.737	9.430	8.902

- Le flux des patients en direction de l'Allemagne est le plus prononcé, avec 5.123 patients en 2014. 58 % de tous les patients qui se sont rendus à l'étranger cette année-là pour y recevoir un traitement ont choisi l'Allemagne.
- Avec 2.230 patients, le flux de patients vers la Belgique est un peu moins élevé. 25 % de tous les patients qui se sont rendus à l'étranger pour y recevoir un traitement ont choisi la Belgique.
- Le flux de patients vers la France vient en troisième lieu, avec environ 14 %. 1.242 assurés ont reçu, en 2014, une autorisation pour se rendre en France en vue d'un traitement.
- Comme escompté, le flux de patients vers les Pays-Bas est très faible. Proportionnellement, il y a également peu de patients qui se rendent vers les autres pays. La Belgique, l'Allemagne et la France constituent donc les destinations privilégiées des patients en provenance du Luxembourg.

Tableau 15 Nombre d'autorisations pour un traitement en Belgique par arrondissement.
Source : CNS (20082014)

5.2.2. Données par région

Le **tableau 15** indique combien d'autorisations ont été octroyées en 2014 pour un traitement en Belgique. Les données sont réparties en fonction de l'arrondissement où les soins auront lieu. Il s'agit ici des 15 principaux arrondissements. Pour le flux de patients vers les Pays-Bas, nous n'indiquons pas les données par région car les chiffres sont trop faibles.

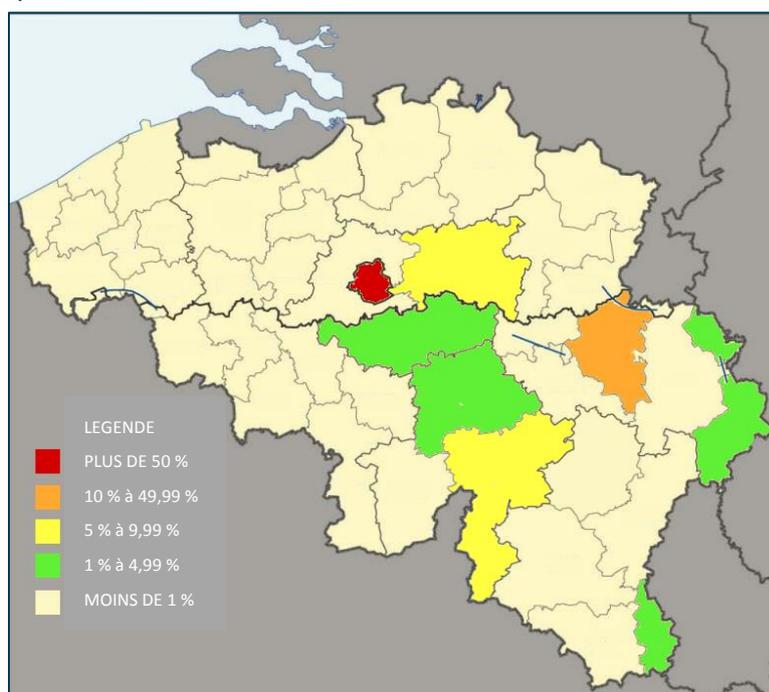
Arrondissement	Nombre d'autorisations	%
Bruxelles	1.624	56,86 %
Liège	551	19,29 %
Louvain	188	6,58 %
Dinant	158	5,53 %
Arlon	74	2,59 %
Namur	41	1,44 %
Nivelles	39	1,37 %
Verviers	31	1,09 %
Hasselt	24	0,84 %
Marche-en-Famenne	24	0,84 %
Gand	22	0,77 %
Bastogne	22	0,77 %
Anvers	20	0,70 %
Neufchâteau	13	0,46 %
Charleroi	10	0,35 %
Autres	15	0,53 %
Total final	2.856	100 %

La **figure 19** montre la répartition en pourcentage par arrondissement des assurés luxembourgeois ayant reçu l'autorisation de se rendre en Belgique pour y recevoir un traitement en 2014. Il est frappant de constater que la majeure partie des demandes, près de 57 %, concernent un traitement à Bruxelles. Ceci s'explique probablement par le nombre élevé d'expatriés à Bruxelles et le nombre de grands hôpitaux au sein de l'arrondissement bruxellois.

L'arrondissement de Liège arrive ensuite avec près de 20 % des autorisations pour un traitement. À Liège se trouve en effet le Centre Hospitalier Universitaire CHU Liège. Il s'agit, pour de nombreux habitants du Luxembourg, de l'hôpital universitaire le plus proche. Louvain est également un arrondissement important pour les flux de patients transfrontaliers en provenance du Luxembourg avec 6,5 % des autorisations.

Pour finir, Dinant et Arlon sont également deux arrondissements populaires auprès des patients luxembourgeois. Pour Arlon, cela va de soi, étant donné la proximité géographique. Dans le cadre de cette étude, Dinant s'était déjà avéré être un arrondissement important pour les patients en provenance de France.

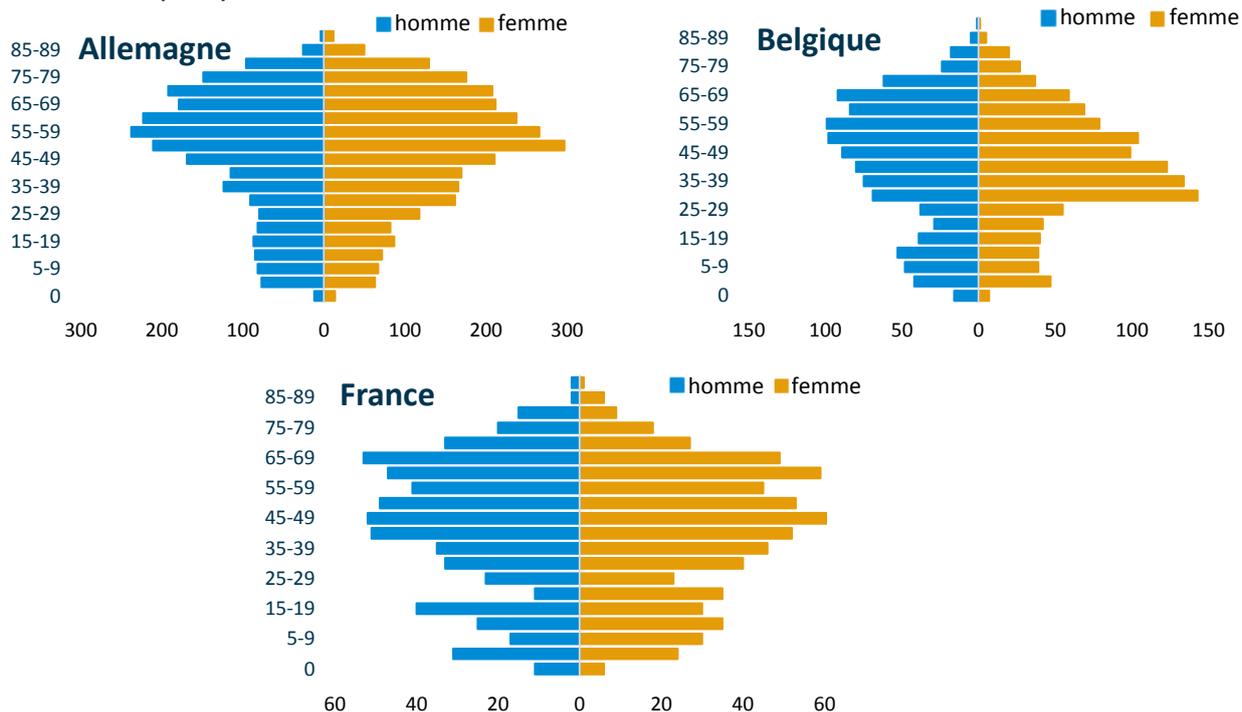
Figure 19 Assurés luxembourgeois en Belgique : répartition en pourcentage par arrondissement.
Source : CNS (2014)



5.2.3. Démographie

En 2014, 4.673 femmes et 4.040 hommes ont reçu une autorisation pour un traitement à l'étranger. Ci-dessous figurent les pyramides des âges (**figure 16**) pour les flux de patients transfrontaliers en direction de la Belgique, de l'Allemagne et de la France. Étant donné le nombre limité de données, il n'est pas possible d'élaborer une pyramide des âges pour les flux de patients vers les Pays-Bas.

Figure 20 Autorisations pour un traitement en Allemagne, en Belgique ou en France, selon l'âge et le sexe.
Source : CNS (2014)



Pour la Belgique, nous constatons qu'il y a un nombre important de femmes au niveau de la catégorie 30-54 ans, qui diminue ensuite lentement. Pour les hommes, on constate une augmentation surprenante au niveau de la catégorie 30-34 ans. Ensuite, le nombre d'hommes reste relativement constant jusqu'à la catégorie d'âge des 70-74 ans.

Pour l'Allemagne, force est de constater que le plus grand groupe de femmes qui demandent une autorisation pour un traitement est un peu différent (50-54 ans). Il y a également plus de demandes dans les catégories plus âgées. Chez les hommes aussi, la hausse commence plus tard (45-49 ans). Nous pouvons donc avancer prudemment que proportionnellement, les patients qui se rendent en Allemagne sont un peu plus âgés.

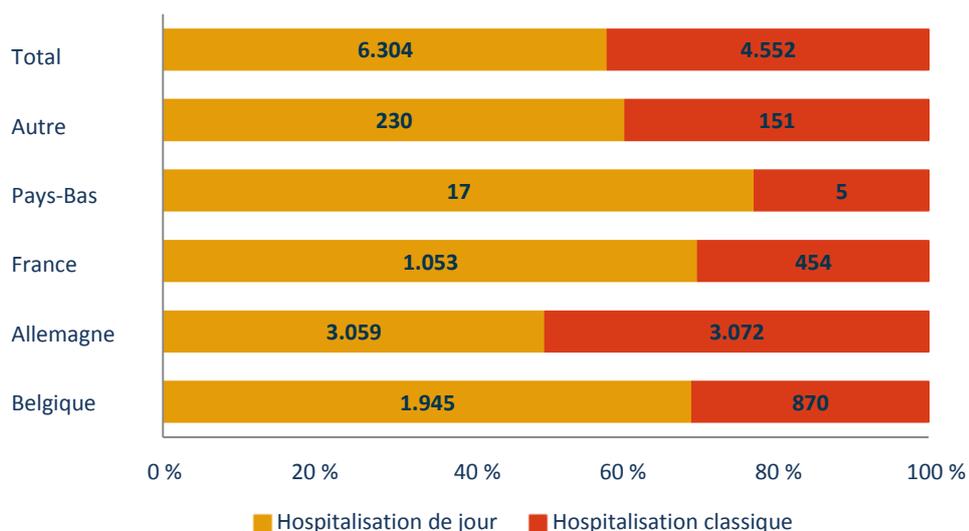
En ce qui concerne la France, la pyramide est un peu plus capricieuse. Beaucoup moins d'autorisations pour des soins en France sont octroyées aux hommes âgés de 20 à 29 ans. Une faible diminution est également observée pour les femmes de 25 à 29 ans.

5.2.4. Spécificité des soins

Les données concernant le diagnostic ne peuvent être provisoirement traitées pour l'année 2014. Au cours de cette année, une modification a eu lieu dans le système de codage des données des diagnostics selon le codage ICD-10. Il n'est dès lors pas possible de présenter des résultats uniformes. A partir de 2015, il y aura cependant des données détaillées disponibles, basées sur les codes ICD-10.

Les données permettent cependant de déterminer si l'autorisation est accordée pour une hospitalisation de jour ou pour une hospitalisation classique. La **figure 21** en présente la répartition en pourcentage, conjointement avec les chiffres absolus. Il y a, en général, un peu plus d'hospitalisations de jour que d'hospitalisations classiques. La répartition n'est à peu près égale que pour l'Allemagne. Une remarque importante est le fait que le nombre total d'autorisations accordées est un peu plus élevé selon les données. Cela peut éventuellement s'expliquer par le fait que dans certains cas, l'autorisation concerne les deux types d'hospitalisations.

Figure 21 Nombre d'autorisations accordées par hospitalisation de jour/hospitalisation classique.
Source : CNS (2014)



5.2.5. Informations supplémentaires

Tableau 16 Nombre d'accords et de refus par type de traitement.

Source : CNS (2008-2014)

Autorisation	Type de soins	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Accords	Hospitalisation de jour	6.155	6.076	6.317	6.482	6.674	6.593	6.170
	Hospitalisation classique	5.027	5.089	4.890	4.866	5.035	4.819	4.511
	Total	9.233	9.259	9.185	9.262	9.493	9.221	8.713
	% d'accords (total)	97 %	96 %	94 %	95 %	95 %	90 %	92 %
Refus	Hospitalisation de jour	175	201	320	269	336	361	528
	Hospitalisation classique	129	180	273	247	233	231	258
	Total	303	378	577	500	546	570	745
	% de refus (total)	3 %	4 %	6 %	5 %	5 %	10 %	8 %
Nombre total de demandes	Total	9.536	9.637	9.762	9.762	10.039	9.791	9.458

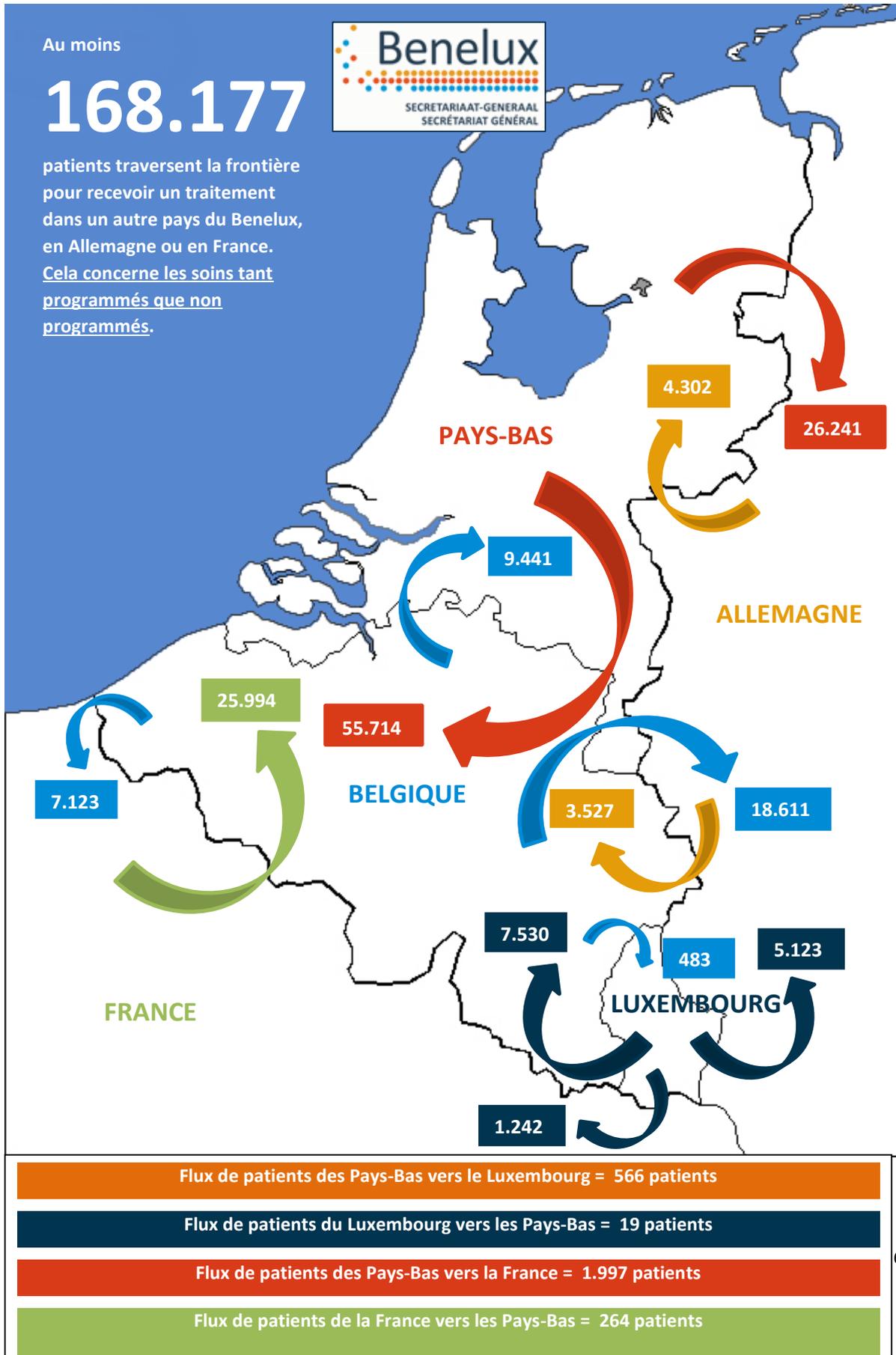
Le **tableau 16** montre le lien entre le nombre de demandes ayant été approuvées et le nombre de refus de traitements à l'étranger par type de traitement. Il est frappant de constater qu'à partir de 2013, le nombre de refus est plus élevé. Cela n'explique cependant pas la diminution du nombre de patients à partir de 2013, étant donné que le nombre total de demandes diminue également (refus compris).

5.3. Flux de patients entrants

Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de patients qui viennent de l'étranger pour se rendre dans les hôpitaux luxembourgeois. Pour les flux entrants de patients, quelques chiffres sont disponibles auprès de l'INAMI en Belgique et des assureurs maladie aux Pays-Bas.

- Selon l'INAMI, 281 patients se sont rendus au Luxembourg en 2014 pour y recevoir un traitement prévu pour lequel la mutuelle avait au préalable donné son accord. Seule une personne a reçu un traitement non prévu sur la base de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM).
- En provenance des Pays-Bas, au cours de l'année 2013, il y a eu 961 assurés d'Achmea et CZ traités au Luxembourg. Il n'est pas possible d'établir une estimation fiable du rapport entre les soins programmés et non programmés par les différences dans les données. Il est cependant plausible que les soins non programmés représentent une proportion plus importante qu'en Belgique.

6. Vue d'ensemble



La carte à la page précédente permet de visualiser les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne. **Les données reprises dans le présent rapport concernent les soins tant programmés que non programmés.** Le calcul exact des flux de patients indiqués et les sources des données utilisées à cet effet sont représentés dans les vues d'ensemble présentées ci-dessous. Ces vues d'ensemble comportent, par pays, les chiffres clés les plus importants. Pour une explication de fond plus détaillée, nous renvoyons aux chapitres précédents concernés. Lorsque cela s'est avéré possible dans les vues d'ensemble présentées ci-dessous, une distinction a été établie entre les soins programmés et les soins non programmés. Cela n'a toutefois pas été possible pour toutes les données car ces informations étaient inconnues ou n'étaient disponibles que dans les données financières. Il a toutefois été possible de présenter, sous réserve, quelques thèses sur la base des sources disponibles. Lorsque les données n'étaient pas disponibles ou n'étaient pas précises, aucune thèse n'a été reprise.

- Flux de patients des Pays-Bas vers la Belgique : plus de soins programmés que de soins non programmés (RHM, 2012).
- Flux de patients des Pays-Bas vers la France : plus de soins non programmés que de soins programmés (Menzis, 2014). Attention : cela ne concerne que 12,6 % des assurés néerlandais.
- Flux de patients de la Belgique vers les Pays-Bas : plus de soins non programmés que de soins programmés (INAMI, 2014).
- Flux de patients de la Belgique vers le Luxembourg : plus de soins programmés que de soins non programmés (INAMI, 2014).
- Flux de patients de la Belgique vers l'Allemagne : plus de soins programmés que de soins non programmés (INAMI, 2014).
- Flux de patients de la Belgique vers la France : plus de soins non programmés que de soins programmés (INAMI, 2014).

Une remarque méthodologique importante est le fait que, pour plus de commodité, il est discuté du 'nombre de patients'. Dans les vues d'ensemble ci-dessous figurent toutefois également les valeurs mesurées exactes. Étant donné que les données qui ont été reçues n'étaient pas complètes, les chiffres indiqués constituent peut-être une sous-estimation du nombre effectif des assurés, des remboursements ou des séjours. Quelques hiatus dans les connaissances :

- Les données des Pays-Bas concernent 64,3 % du marché néerlandais de l'assurance.
- Les données de l'INAMI n'indiquent pas le nombre de remboursements pour les soins programmés pour lesquels aucune autorisation ne doit être demandée (conformément aux prescriptions de la directive n° 2011/24/UE).
- Pour le Luxembourg, seul le nombre d'autorisations accordées est indiqué. Étant donné que le Luxembourg applique une politique très 'libre' en matière de soins transfrontaliers, pour lesquels il est fréquent qu'une autorisation ne doive pas être demandée, il s'agit peut-être d'une forte sous-estimation. Le rapport d'évaluation de la Commission européenne concernant la mise en œuvre de la Directive 2011/24/UE indiquait déjà que le Luxembourg a signalé 117.932 remboursements pour les soins pour lesquels aucune autorisation ne doit être demandée. Il n'a toutefois pas été possible de déterminer quel type de soins transfrontaliers était remboursé. Par exemple, s'il s'agissait ici d'un traitement médical ou du remboursement de médicaments achetés à l'étranger. C'est pourquoi ce chiffre n'est pas repris dans les flux de patients.

CHIFFRES CLES POUR LA BELGIQUE						
Provenance	Total	Dont soins programmés	Dont soins non programmés	Source + Année	Valeur mesurée	Remarques
PAYS-BAS	5.687	1.197	4.490	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
	35.927	28.095	7.832	RHM (2012)	Nombre de séjours dans les hôpitaux belges	
	9.362	Inconnu	Inconnu	ACHMEA (2013)	Nombre d'assurés	
	45.021	Inconnu	Inconnu	CZ (2013)	Nombre d'assurés uniques	
	1.331	830	501	MENZIS (2013)	Nombre d'assurés uniques	
Flux de patients des Pays-Bas vers la Belgique = 55.714 patients <i>sur la base du total des assurés auprès des assureurs maladie néerlandais Achmea, CZ et Menzis en 2013</i>						
LUXEMBOURG	7.530	2.673	4.857	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
	3.688	2.518	1.170	RHM (2012)	Nombre de séjours dans les hôpitaux belges	
	2.230	2.230	sans objet	CNS (2014)	Nombre de demandes approuvées pour un traitement à l'étranger	Uniquement les soins pour lesquels une autorisation a été demandée.
Flux de patients du Luxembourg vers la Belgique = 7.530 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						
ALLEMAGNE	2.754	84	2.670	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
	3.527	1.224	2.303	RHM (2012)	Nombre de séjours dans les hôpitaux belges	
Flux de patients de l'Allemagne vers la Belgique = 3.527 patients <i>sur la base du nombre de séjours dans les hôpitaux belges en 2012</i>						
FRANCE	10.537	7.552	2.985	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
	25.994	12.893	13.101	RHM (2012)	Nombre de séjours dans les hôpitaux belges	
Flux de patients de la France vers la Belgique = 25.994 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						

CHIFFRES CLES POUR LES PAYS-BAS						
Provenance	Total	Dont soins programmés	Dont soins non programmés	Source + Année	Valeur mesurée	Remarques
LUXEMBOURG	19	19	sans objet	CNS (20082014)	Nombre de demandes approuvées pour un traitement à l'étranger	Uniquement les soins pour lesquels une autorisation a été demandée.
Flux de patients du Luxembourg vers les Pays-Bas = 19 patients <i>sur la base du nombre de demandes de soins planifiés approuvés par la CNS en 2015</i>						
BELGIQUE	9.441	1.573	7.768	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM. Total du nombre de séjours pour les patients originaires tant de Belgique que du Luxembourg ²⁰ .
	3.560	Inconnu	Inconnu	LMR (2012)	Séjours dans les hôpitaux néerlandais	
Flux de patients de la Belgique vers les Pays-Bas = 9.441 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						
ALLEMAGNE	4.302	Inconnu	Inconnu	LMR (2012)	Séjours dans les hôpitaux néerlandais	Plus de 2.560 séjours pour lesquels le domicile n'a pas été déterminé. Sous-estimation !
Flux de patients de l'Allemagne vers les Pays-Bas = 4.302 patients <i>sur la base du nombre de séjours dans les hôpitaux néerlandais en 2012</i>						
FRANCE	264	Inconnu	Inconnu	LMR (2012)	Séjours dans les hôpitaux néerlandais	Plus de 2.560 séjours pour lesquels le domicile n'a pas été déterminé. Sous-estimation !
Flux de patients de la France vers les Pays-Bas = 264 patients <i>sur la base du nombre de séjours dans les hôpitaux néerlandais en 2012</i>						

CHIFFRES CLES POUR LE LUXEMBOURG						
Provenance	Total	Dont soins programmés	Dont soins non programmés	Source + Année	Valeur mesurée	Remarques
BELGIQUE	483	482	1	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
Flux de patients de la Belgique vers le Luxembourg = 483 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						
PAYS-BAS	233	Inconnu	Inconnu	ACHMEA (2013)	Nombre d'assurés	
	245	Inconnu	Inconnu	CZ (2013)	Nombre d'assurés uniques	
	88	12	76	MENZIS (2013)	Nombre d'assurés uniques	
Flux de patients des Pays-Bas vers le Luxembourg = 566 patients <i>sur la base du total des assurés auprès des assureurs maladie néerlandais Achmea, CZ et Menzis en 2013</i>						
ALLEMAGNE				Inconnu		
<i>Flux des patients inconnu</i>						
FRANCE				Inconnu		
<i>Flux des patients inconnu</i>						

²⁰ Pour plus d'informations, voir également sous chapitre 4. 'Pays-Bas, point 4.3. Flux de patients entrants'

CHIFFRES CLES POUR L'ALLEMAGNE						
Provenance	Total	Dont soins programmés	Dont soins non programmés	Source + Année	Valeur mesurée	Remarques
PAYS-BAS	9.580	Inconnu	Inconnu	ACHMEA (2013)	Nombre d'assurés	
	13.684	Inconnu	Inconnu	CZ (2013)	Nombre d'assurés uniques	
	2.977	1.677	1.299	MENZIS (2013)	Nombre d'assurés uniques	
Flux de patients des Pays-Bas vers l'Allemagne = 26.241 patients <i>sur la base du total des assurés auprès des assureurs maladie néerlandais Achmea, CZ et Menzis en 2013</i>						
BELGIQUE	18.611	16.734	1.877	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
Flux de patients de la Belgique vers l'Allemagne = 18.611 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						
LUXEMBOURG	5.123	5.123	sans objet	CNS (2014)	Nombre de demandes approuvées pour un traitement à l'étranger	Uniquement les soins pour lesquels une autorisation a été demandée.
Flux de patients du Luxembourg vers l'Allemagne = 5.123 patients <i>sur la base du nombre de demandes de soins planifiés approuvés par la CNS en 2015</i>						
FRANCE	Inconnu					
<i>Flux des patients inconnu</i>						

CHIFFRES CLES POUR LA FRANCE						
Provenance	Total	Dont soins programmés	Dont soins non programmés	Source + Année	Valeur mesurée	Remarques
LUXEMBOURG	1.242	1.242	sans objet	CNS (2014)	Nombre de demandes approuvées pour un traitement à l'étranger	Uniquement les soins pour lesquels une autorisation a été demandée.
Flux de patients du Luxembourg vers la France = 1.242 patients <i>sur la base du nombre de demandes de soins planifiés approuvés par la CNS en 2015</i>						
BELGIQUE	7.123	347	6.776	INAMI (2014)	Nombre de demandes de remboursement	Uniquement les soins programmés pour lesquels une autorisation est demandée et les soins sur la base de la CEAM.
Flux de patients de la Belgique vers la France = 7.123 patients <i>sur la base du nombre de demandes de remboursement auprès de l'INAMI en 2014</i>						
PAYS-BAS	1.997	205	1.791	MENZIS (2013)	Nombre d'assurés uniques	Attention : ce chiffre ne concerne que 12,7 % des assurés néerlandais.
Flux de patients des Pays-Bas vers la France = 1.997 patients <i>sur la base du total des assurés auprès des assureurs maladie néerlandais Achmea, CZ et Menzis en 2013</i>						
ALLEMAGNE	Inconnu					
<i>Flux des patients inconnu</i>						

7. Les raisons de la mobilité transfrontalière des patients



Afin de dresser un aperçu des perspectives d'avenir, il importe de cerner les motifs, les acteurs et les structures qui influencent la mobilité transfrontalière des patients. C'est pourquoi une série d'éléments susceptibles de promouvoir ou de décourager la mobilité transfrontalière des patients sont décrits ci-dessous. Lorsque cela s'avère possible, ces éléments sont précisés à l'aide de chiffres.

Cette description des raisons qui poussent les gens à avoir recours aux soins transfrontaliers ainsi que les chiffres obtenus ont été présentés au panel d'experts (8 septembre 2015). Sur cette base, des perspectives d'avenir, des interventions politiques potentielles et des opportunités pour une coopération transfrontalière plus poussée sont formulées.

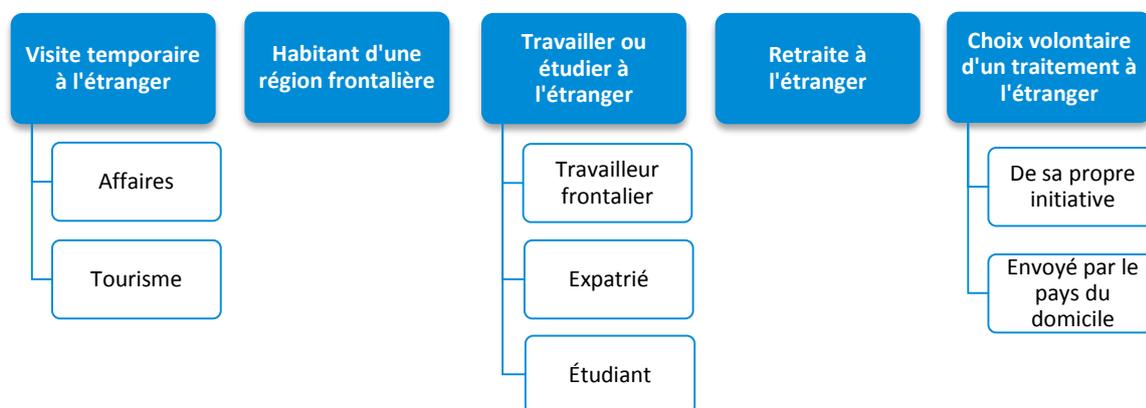
7.1. Mobilité transfrontalière

Comprendre les facteurs poussant les gens à faire appel à des soins de santé transfrontaliers nécessite de distinguer les différents types de mobilité transfrontalière. Les besoins du patient en matière de soins peuvent varier en fonction des raisons du séjour à l'étranger. Divers besoins en matière de soins de santé existent, allant des soins ambulatoires et des traitements spécialisés aux soins de longue durée ou de première ligne.

La **figure 22** donne un aperçu des différentes situations dans lesquelles un citoyen peut faire appel à des soins médicaux à l'étranger. Une distinction est faite entre cinq situations qui peuvent être davantage détaillées dans certains cas.

Figure 22 Mobilité transfrontalière.

Source : Cet aperçu a été élaboré à partir des informations tirées du rapport **Policy Summary 14 Cross-border healthcare in Europe (OMS, 2014, p. 2-5)**.



1. Une visite temporaire à l'étranger

Il peut aussi bien s'agir d'un déplacement professionnel que d'un voyage effectué par la personne pendant son temps libre. Les soins transfrontaliers sont facilités dans ce cadre par un système de remboursement par le biais de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) qui couvre l'aide médicale imprévue et nécessaire.

2. Habitant d'une région frontalière

La proximité du prestataire de soins s'avère être un facteur déterminant pour le patient (Glinos & Baeten, 2006). Dans une région frontalière, le centre de soins le plus proche peut se trouver de l'autre côté de la frontière. C'est pourquoi il existe une longue tradition de coopération entre les pays du Benelux et les régions frontalières en matière de soins transfrontaliers, notamment dans le cadre des conventions dites ZOAST (BE-FR), du projet IZOM (DE-NL-BE), de la coopération entre la Flandre et la Flandre zélandaise (BE-NL) et de divers projets Interreg, dont LuxLorSan (LU-FR-BE). Les accords Benelux sur le transport transfrontalier par ambulance en sont également un exemple.

3. Travailler ou étudier dans un pays autre que le pays d'origine

Au sein de l'UE-28 1,16 millions de personnes travaillent dans un autre pays que celui où elles habitent. Environ 70 % d'entre elles travaillent dans un pays limitrophe. 37 % du travail frontalier total au sein de l'UE est localisé sur le territoire du Benelux. En 2012, le nombre de travailleurs frontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne était estimé à 310.000 personnes.

En outre, les pays du Benelux ont reçu 18.983 étudiants étrangers au cours de l'année académique 2011-2012 et 16.851 se sont rendus à l'étranger par le biais du programme d'échange Erasmus. Ces chiffres ont augmenté de manière constante au cours des dernières années (Secrétariat général de l'Union Benelux, 2014).

4. Retraite à l'étranger

Certains citoyens, parmi lesquels de nombreux travailleurs frontaliers, passent leur retraite dans un autre pays que celui où ils ont presté la majeure partie de leur activité professionnelle. Des formulaires de transfert européens existent à cette fin qui règlent la sécurité sociale et la couverture médicale des citoyens (notamment les formulaires S1 et S3).

5. Le choix volontaire d'un traitement à l'étranger

Le patient peut opter volontairement pour un traitement à l'étranger ou être envoyé à l'étranger par un prestataire de soins de santé ou un assureur de son pays d'origine pour y bénéficier d'un traitement spécifique. Cela peut être dû par exemple à un besoin de soins hautement spécialisés ou à des maladies rares. Il s'agit toujours de soins qui ont été programmés.

7.2. Motivations et barrières à la mobilité transfrontalière des patients

La mobilité transfrontalière des patients peut offrir un avantage pour plusieurs parties concernées. Le traitement à l'étranger peut par exemple être meilleur marché, plus rapide et de meilleure qualité pour les patients. D'autre part, il faut également que les prestataires de soins de santé, les assureurs et les autorités (autorités publiques) aient un intérêt aux soins transfrontaliers afin qu'ils développent les structures nécessaires (Rosenmöller et al., 2006).

La **figure 23** offre un aperçu de diverses raisons qui jouent un rôle lors du choix d'un traitement à l'étranger. Ce schéma rassemble les résultats de différentes études en un aperçu illustrant ces motifs et barrières. A gauche sont représentés les facteurs qui rendent un traitement à l'étranger attrayant pour le patient. A droite sont représentés les facteurs qui peuvent empêcher les patients de se rendre à l'étranger.

Figure 23 Facteurs stimulants et inhibitifs pour les soins transfrontaliers.

Source : Cet aperçu est une interprétation basée sur des informations provenant de plusieurs sources.



Une série de facteurs sont ambigus et peuvent aussi bien stimuler que freiner. Cela dépend souvent de la situation spécifique du patient. Par exemple : dans le cadre d'un traitement en Allemagne, la langue ne sera pas un obstacle pour quelqu'un venant de la communauté germanophone de Belgique, alors que cela peut être le cas pour un patient originaire du Limbourg belge.

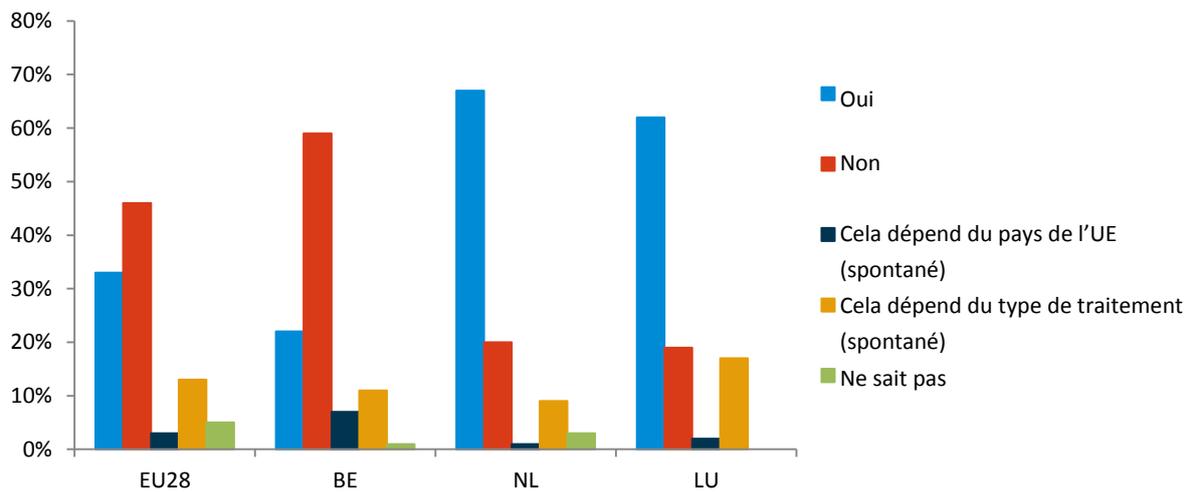
L'équilibre entre les facteurs stimulants et les obstacles lors de l'élaboration de la politique future est important. La mobilité transfrontalière des patients peut être promue en supprimant les facteurs inhibitifs et en renforçant les facteurs stimulants. C'est pourquoi nous compilons les raisons mentionnées ci-dessus en une série de thèmes clé pouvant être pris en compte :

- **La qualité des soins**
Il ne s'agit pas uniquement de la qualité effective des soins à l'étranger, mais également de la perception qu'a le patient de cette qualité.
- **La disponibilité des soins**
Il s'agit d'obtenir rapidement un traitement ou d'obtenir un traitement qui n'est pas disponible dans le pays d'origine par exemple en raison d'une législation spécifique ou d'un niveau de spécialisation élevé.
- **Proximité du prestataire de soins**
Il s'agit aussi bien de la proximité géographique que 'culturelle' du prestataire et du système de soins. Ce dernier aspect a par exemple trait à la langue, à la connaissance du pays d'accueil et à la familiarité avec le système de santé local. Cela peut constituer une valeur ajoutée pour le patient surtout dans les régions frontalières.
- **L'aspect financier**
Il est important de savoir qu'un traitement à l'étranger sur initiative propre n'est pas toujours (intégralement) remboursé. L'ignorance et l'incertitude quant à l'aspect financier d'un traitement à l'étranger peuvent dès lors constituer un frein important. Par ailleurs, l'aspect juridique peut également constituer une barrière. Dans certains cas, il se peut qu'aucune autorisation ne soit donnée par exemple pour un traitement à l'étranger pour lequel il n'y a, par conséquent, pas de remboursement. En annexe 1 figurent davantage de renseignements sur les droits d'un patient à cet égard.

Une récente étude Eurobaromètre sur les droits de patients dans le cadre des soins de santé transfrontaliers au sein de l'Union européenne nous permet de quantifier partiellement l'importance de certaines raisons (Special Eurobarometer 425, 2015). Nous présentons quelques éléments de cette étude qui illustrent les motivations qui se cachent derrière les flux de patients au sein du Benelux.

ÊTRE PRÊT À SE RENDRE DANS UN AUTRE PAYS DE L'UE POUR UN TRAITEMENT MÉDICAL

Il y a une différence notable entre la Belgique et les deux autres pays du Benelux. Au Luxembourg, 62 % des personnes interrogées et aux Pays-Bas 67 % sont prêtes à se rendre à l'étranger pour un traitement. En Belgique, ce chiffre est étonnamment plus bas - 22% - et est même inférieur à la moyenne européenne (33 %).

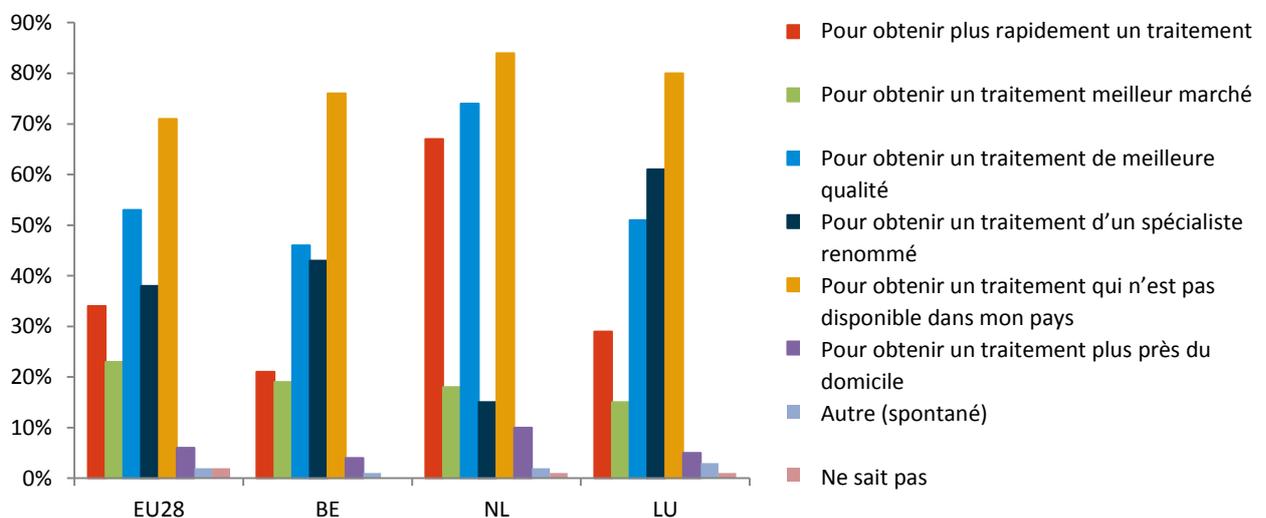


MOTIVATIONS POUR UN TRAITEMENT À L'ÉTRANGER

La principale raison poussant les citoyens du Benelux à se rendre à l'étranger pour des soins médicaux est la possibilité d'y recevoir un traitement qui n'est pas disponible dans leur pays d'origine. En deuxième lieu, une grande importance est également accordée à l'obtention d'un traitement de meilleure qualité.

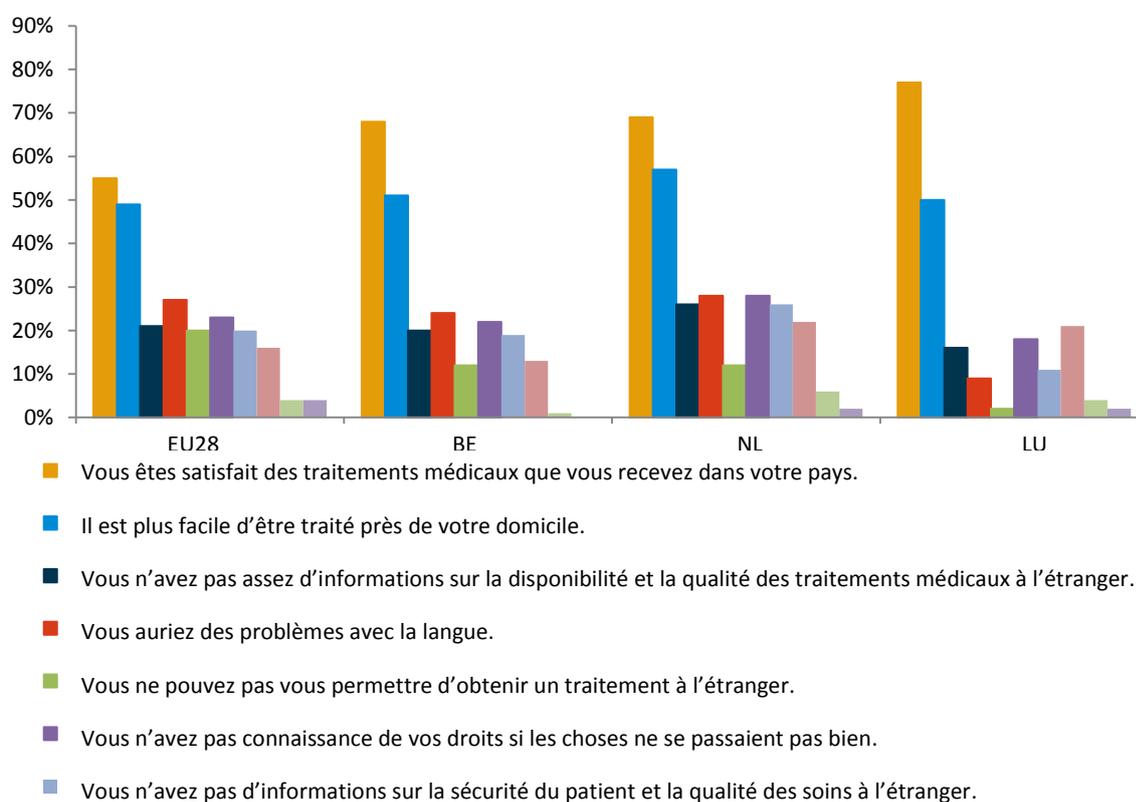
Une troisième raison est l'obtention d'un traitement prodigué par un spécialiste renommé. Les citoyens des Pays-Bas attachent moins d'importance à ce point. Par contre, les Néerlandais accordent une grande importance à l'obtention rapide d'un traitement, un facteur jugé moins important au Luxembourg et en Belgique. Ce phénomène s'explique par les longs délais d'attente aux Pays-Bas. Ces délais d'attente ont eu pour conséquence que des assureurs de soins de santé néerlandais ont conclu des contrats avec des hôpitaux belges et allemands afin de remédier à cette sous-capacité.

Étonnamment, les personnes interrogées accordent relativement peu d'importance au fait de traverser la frontière afin de bénéficier d'un traitement plus proche de chez eux. L'explication vient du fait que les personnes interrogées se trouvent dans tout le pays et pas uniquement dans les régions frontalières.



LES OBSTACLES À UN TRAITEMENT À L'ÉTRANGER

Une raison importante poussant à rester dans le pays d'origine est la satisfaction du système de santé national. Dans tous les pays du Benelux, cette satisfaction est supérieure à la moyenne européenne. Par ailleurs, une grande importance est également octroyée à la possibilité d'avoir un traitement proche du domicile. En ce qui concerne les autres raisons de ne pas vouloir un traitement à l'étranger, les pays du Benelux sont sur la même longueur d'onde. Il y a cependant deux points où le Luxembourg se distingue par un résultat moins élevé : la barrière de la langue et la barrière financière y sont jugées moins importantes.



8. Constatations et tendances



Dans le cadre de l'étude sur les flux de patients transfrontaliers dans le Benelux, en France et en Allemagne, le Secrétariat général de l'Union Benelux a organisé, le 8 septembre 2015, une table ronde avec différents experts des pays concernés. L'objectif consistait à soumettre les données recueillies à un test qualitatif qui permettrait de donner une validation supplémentaire aux résultats de l'étude. Par ailleurs, les attentes pour l'avenir et les différentes possibilités pour une meilleure coopération transfrontalière dans les soins de santé ont également été exposées.

Le panel d'experts se composait de différents représentants du secteur de la santé. La liste des participants à cet atelier figure en annexe 4.

- **Belgique** : Service public fédéral Santé publique, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Unions nationales des différentes mutualités (Mutualités libres (MLOZ), Mutualités chrétiennes (ANML), Mutualités neutres (UNMN))
- **Pays-Bas** : Ministère de la Santé publique, Assureurs maladie (CZ, Achmea)
- **Luxembourg** : Ministère de la Santé, Agence eSanté
- **Europe** : Commission européenne (Direction général SANTE), Observatoire social européen (OSE)

Sur la base des résultats du panel d'experts du 8 septembre 2015, il est possible de faire les constatations qui suivent en ce qui concerne l'étude sur les flux de patients transfrontaliers au sein du Benelux. En outre, les prévisions d'avenir des experts présents sont reflétées dans certaines tendances.

CONSTATATIONS CONCERNANT L'ENQUÊTE BENELUX SUR LES FLUX DE PATIENTS TRANSFRONTALIERS

Constatation 1 : L'étude offre un aperçu unique des flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne.

L'étude esquisse une vision unique des flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne. C'est la première fois que différentes sources de plusieurs pays sont réunies avec succès pour donner un tableau complet. Jusqu'à présent, seuls quelques fragments de la portée totale du flux de patients transfrontaliers étaient connus.

La représentation des flux de patients transfrontaliers, esquissée dans le présent rapport, est reconnaissable pour différents experts des pays du Benelux. Toutefois, l'aperçu de l'ampleur totale de la mobilité transfrontalière des patients dans le Benelux était étonnant.

Constatation 2 : Le nombre réel de patients qui traverse la frontière pour un traitement dans un autre pays du Benelux, en France ou en Allemagne sera plus élevé que les chiffres indiqués dans l'étude.

L'étude indique que les chiffres présentés constituent probablement une sous-estimation du nombre effectif de patients transfrontaliers, au motif que les données ne sont pas complètes. Des limitations dans les sources de données ont constitué un obstacle pour l'élaboration d'une vue d'ensemble complète des flux de patients transfrontaliers. Le manque de données accessibles, comparables et transparentes constitue dès lors un point noir pour une étude plus approfondie.

Constatation 3 : Les résultats constituent un 'business case' au soutien des futurs investissements.

Les résultats de l'étude forment un 'business case' au soutien des futurs investissements susceptibles d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé transfrontaliers. L'étude montre qu'un groupe significatif de patients a besoin de soins transfrontaliers, tant dans les cas programmés que dans les cas non programmés. Pour la poursuite du développement de la politique, il est intéressant de compléter ces données qualitatives sur les flux de patients par des points de vue provenant de l'étude qualitative. C'est ainsi que des préoccupations spécifiques et des points noirs concernant les soins transfrontaliers peuvent être répertoriés pour les différentes parties prenantes du secteur, notamment les prestataires de soins, les patients et les assureurs.

Constatation 4 : Les soins transfrontaliers constituent une notion 'fourre-tout'.

Les soins de santé transfrontaliers constituent une notion 'fourre-tout' qui renferme différentes conceptions sur la manière dont il est possible de concevoir et de définir ce concept.

Du point de vue de l'étude, on ne peut en principe parler de flux de patients transfrontaliers en cas de soins non programmés à l'étranger, étant donné que le patient se trouve déjà à l'étranger. L'idée centrale est que chacun bénéficie d'une bonne coopération transfrontalière dans les soins de santé, non seulement pour les soins programmés mais aussi pour les soins non programmés. C'est pourquoi, du point de vue de la politique, il est important de prendre en compte les soins transfrontaliers tant programmés que non programmés, en accordant une attention à leurs caractéristiques spécifiques.

Constatation 5 : Un certain nombre de cas spécifiques de la mobilité transfrontalière des patients restent souvent sous-exposés dans l'étude sur les soins transfrontaliers.

Certains cas spécifiques de la mobilité transfrontalière des patients restent souvent sous-exposés dans l'étude sur les soins transfrontaliers. C'est ainsi qu'il existe un flux de patients composé de personnes qui habitent et travaillent à l'étranger mais qui retournent cependant dans leur pays d'origine pour un traitement.

Par ailleurs, il est également intéressant d'examiner si le 'touriste hospitalier' s'adresse également à différents prestataires de soins pour une deuxième, troisième ou quatrième opinion. Ces flux de patients spécifiques n'ont pas été pris en considération dans la présente étude. Néanmoins, il est nécessaire d'avoir une meilleure perception de l'ampleur et des raisons qui sous-tendent ce groupe de patients.

Constatation 6 : L'offre de soins transfrontalière est entravée par différentes barrières, souvent causées par un manque de connaissances.

La décision de se rendre à l'étranger pour un traitement est le résultat d'une conjonction de plusieurs facteurs. Le manque d'informations et de connaissances par exemple sur la qualité des soins dispensés à l'étranger, la disponibilité des soins ou l'aspect financier peut avoir pour conséquence de décourager le patient. Toutes les parties prenantes, tant les patients que les prestataires de soins et les organismes assureurs, ont dès lors besoins d'informations de qualité.

Il est également important en l'occurrence de reconnaître le contexte différent dans le pays pour faire concorder les informations avec les différents besoins. Aux Pays-Bas, l'initiative visant à rechercher des soins par-delà la frontière est bien souvent prise par les assureurs maladie, tandis qu'en Belgique et au Luxembourg, l'initiative vient des patients qui se mettent eux-mêmes en quête de soins à l'étranger.

Constatation 7 : Il existe un besoin de partager les informations en matière d'assurance en temps réel.

Un manque de connaissances sur le fonctionnement du système de santé à l'étranger constitue souvent un problème. C'est ainsi qu'apparaissent des problèmes administratifs et des problèmes quant au remboursement des soins. L'incertitude quant au statut en matière d'assurance d'un patient peut constituer une barrière pour la prestation de soins transfrontaliers. Le partage des informations en matière d'assurance en temps réel peut contribuer, en l'occurrence, à offrir une certitude pour le remboursement tant aux prestataires de soins qu'aux organismes assureurs et prévenir d'éventuels abus. En l'espèce, il convient d'accorder de l'attention pour les projets européens déjà existants (par exemple eConfirmation).

Constatation 8 : Les décideurs ont besoin de données transparentes et de qualité sur les flux de patients transfrontaliers et leurs spécificités.

La collecte auprès des différentes sources de données pour ce rapport a exigé un effort disproportionné. C'est pourquoi il est très important pour l'élaboration de futures interventions qu'il existe des données transparentes, harmonisées et de qualité concernant les flux de patients transfrontaliers et leurs caractéristiques, qui soient aisément disponibles.

TENDANCES CONCERNANT L'AVENIR DES SOINS TRANSFRONTALIERS

Tendance 1 : Les développements technologiques et une mobilité accrue des personnes dans le domaine des soins de santé entraînent de 'nouvelles formes' de soins transfrontaliers.

Dans les nouvelles formes de soins transfrontaliers, ce n'est pas toujours le patient qui traverse la frontière pour recevoir des soins. Avec les technologies nouvelles et une mobilité accrue des personnes, le patient peut également être traité dans le pays du domicile, auquel cas le prestataire des soins dispense un traitement à distance (par ex. télémédecine) ou traverse la frontière au lieu du patient (mobilité des prestataires de soins).

En outre, un traitement peut également être externalisé à l'étranger, par exemple dans le cadre de tests médicaux très spécifiques. Ces évolutions méritent également de recevoir l'attention nécessaire dans la poursuite de l'étude. Bien qu'ils fassent partie du thème des soins transfrontaliers, ils n'entraînent pas nécessairement une mobilité transfrontalière des patients. Dans la directive n° 2011/24/UE, une première base juridique a également été établie à cet effet.

Tendance 2 : La future politique en matière de soins transfrontaliers doit viser à accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de soins.

Différents experts, présents lors de l'atelier sur les flux de patients transfrontaliers, ont souligné le fait que la future politique en matière de soins transfrontaliers doit viser à accroître l'accessibilité générale et la qualité de l'offre de soins. Les soins transfrontaliers peuvent ainsi garantir l'accès à des soins médicaux lorsque, dans le pays du patient, les délais sont longs ou lorsque le traitement n'est pas possible ou disponible. La suppression des barrières existantes aux soins transfrontaliers accroît la liberté de choix du patient ainsi que l'accessibilité de soins de qualité, éventuellement de l'autre côté de la frontière également.

Tendance 3 : On s'attend en général à une augmentation du nombre total de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne, mais il existe des différences nationales importantes.

La plupart des experts s'attendent à une augmentation générale du nombre de patients transfrontaliers. Cette augmentation peut avoir lieu dans le domaine des soins spécialisés et éventuellement pour les soins médicaux dispensés dans les zones frontalières également. Il n'y a pas d'accord sur les pays ou les régions spécifiques qui enregistreront la plus forte croissance de soins transfrontaliers. C'est ainsi que la plupart des experts supposent qu'une nouvelle augmentation aura lieu pour la Belgique et le Luxembourg, tandis qu'une stabilisation est plutôt attendue aux Pays-Bas.

Tendance 4 : Une forte augmentation est attendue pour les patients qui se mettent volontairement en quête d'un traitement spécialisé à l'étranger.

Une hausse est attendue du nombre de patients qui se rendent à l'étranger pour un traitement spécialisé. Les raisons éventuelles à cet égard sont un traitement de meilleure qualité, un traitement moins onéreux ou un traitement qui n'est (temporairement) pas disponible dans le pays du domicile. La mise en œuvre récente de la directive européenne relative aux soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) devrait renforcer cet effet. A l'avenir, des patients bien informés et émancipés se mettront dès lors en quête du meilleur rapport qualité-prix pour un traitement, de l'autre côté de la frontière également.

Tendance 5 : Une bonne coopération transfrontalière dans les régions frontalières rend possible une nouvelle hausse des flux de patients entre les régions frontalières.

Les patients habitant dans les régions frontalières ressentent souvent les soins transfrontaliers comme étant les soins les plus évidents. Étant donné les projets et conventions déjà existants, il est difficile d'évaluer si une croissance ou une stabilisation des flux de patients transfrontaliers y aura lieu.

L'expérience montre que cela peut prendre de deux à trois ans avant que de nouvelles procédures administratives parviennent à s'imposer. Lorsque ces connaissances sont complètement assimilées par tous les acteurs, une forte hausse de la mobilité transfrontalière est perçue. Si de nouveaux projets de coopération sont mis en place dans les régions frontalières, une nouvelle hausse des flux de patients est vraisemblable. C'est pourquoi il est utile de créer pour les décideurs une vue d'ensemble des projets de coopération transfrontalière couronnés de succès. Il apparaît ainsi une vue d'ensemble des projets qui se déroulent déjà avec succès dans quelles régions. De la sorte, un éventuel potentiel inexploité est perceptible.

Tendance 6 : Une future politique doit viser une augmentation d'échelle des soins par-delà les frontières afin de rendre possible une meilleure gestion des ressources.

Eu égard aux limitations budgétaires, aux innovations en matière de soins et à la redéfinition du paysage hospitalier, à l'avenir, le centre de soins le plus proche qui propose un traitement déterminé pourra aussi bien se trouver de l'autre côté de la frontière. C'est pourquoi il est intéressant de créer un cadre pour la collaboration transfrontalière grâce auquel les investissements importants en appareils spécialisés et en infrastructures seront alignés au niveau transfrontalier. De la sorte, il sera possible d'atteindre un meilleur taux de couverture dans les régions frontalières.

Un tel cadre pourra également éviter qu'un pays investisse et qu'un autre pays désinvestisse. Une externalisation ne doit pas avoir pour effet qu'un pays choisisse d'envoyer ses patients dans le pays voisin sans investir dans sa propre offre médicale. Un cadre pour une coopération transfrontalière peut contribuer à garantir l'équilibre afin de créer une situation où il n'y aura pas de perdant.

Tendance 7 : Les points de contact nationaux pour les soins transfrontaliers auront à l'avenir un rôle de pionnier pour une meilleure organisation des soins transfrontaliers par la fourniture d'informations de qualité au patient et aux autres parties prenantes.

La directive européenne n° 2011/24/UE comprend l'obligation de création de points de contact nationaux (PCN) pour les soins transfrontaliers. Ces points de contact fournissent des informations aux patients tant entrants que sortants sur leurs droits en matière de soins transfrontaliers dans ce pays. Il existe de grandes différences entre les pays européens en ce qui concerne l'accessibilité, les canaux de communication utilisés et la qualité des informations fournies au patient par le PCN²¹.

Étant donné l'importance du Benelux en tant que région ayant des flux de patients transfrontaliers multiples et réciproques, un renforcement de l'accessibilité à des informations de part et d'autre de la frontière est souhaitable. Une hausse de la visibilité peut avoir pour effet que les PCN jouent un rôle central et proactif dans la meilleure organisation des soins transfrontaliers.

De meilleures informations constituent un instrument très important pour mieux renseigner les patients sur leurs droits en ce qui concerne les soins transfrontaliers. Un point important reste naturellement la question de savoir si les patients sont bien renseignés avec toutes ces informations ou s'il n'y a pas une surabondance d'informations. Les patients se fondent enfin souvent sur l'avis de leur médecin.

Tendance 8 : L'interopérabilité des plateformes eSanté peut accroître la qualité des soins dispensés et entraîner des avantages en matière d'économie de coûts.

L'accès à certaines données sur les antécédents médicaux d'un patient revêt une importance cruciale pour la qualité des soins transfrontaliers, qu'ils soient programmés ou non programmés. Un manque d'informations médicales correctes peut avoir une grande influence sur la qualité du traitement dispensé et sur le suivi ou les soins ultérieurs dans le pays du domicile. Dans les cas d'urgence, l'accès à des informations médicales exactes peut être vital.

Le partage des données médicales peut également offrir des avantages en termes de réduction des coûts. Il est ainsi possible d'éviter des doubles examens et tests médicaux par le partage des données médicales et des résultats des tests. L'interopérabilité des plateformes eSanté entre les pays du Benelux grâce à laquelle les données médicales peuvent être partagées de part et d'autre de la frontière a dès lors été jugée souhaitable par différents experts, moyennant l'attention nécessaire pour la protection de la vie privée.

Tendance 9 : La poursuite du développement des réseaux de référence européens entre les prestataires de soins et les centres d'expertise fera office de laboratoire pour la coopération transfrontalière en matière de soins de santé spécialisés.

Les réseaux de référence européens entre les prestataires de soins et les centres d'expertise feront office de laboratoire pour la coopération transfrontalière en matière de soins de santé. La poursuite du développement de ces réseaux de référence revêtira une grande importance pour le développement de l'expertise et de nouvelles techniques de traitement pour les maladies rares et la recherche scientifique.

²¹ Les points de contact nationaux (PCN) sont évalués dans le rapport de la Commission sur la mise en œuvre de la directive n° 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (Com (2015) 421 final).

9. Recommandations



Sur la base des résultats de l'étude Benelux concernant les flux de patients transfrontaliers entre les pays du Benelux, la France et l'Allemagne ainsi que de la contribution supplémentaire du panel d'experts concernant les perspectives d'avenir, le Secrétariat général de l'Union Benelux formule des recommandations visant à garantir la qualité et l'accessibilité des soins transfrontaliers. Elles sont reprises dans les thèmes clés suivants: offre de soins, droits des patients, données des patients, prévention de la fraude et soutien à la politique. Le point de départ central en l'espèce est le fait que la future politique en matière de soins transfrontaliers doit être axée sur l'optimisation de l'accessibilité générale et la qualité de l'offre de soins par la suppression des barrières existantes aux soins transfrontaliers.

OFFRE DE SOINS

1. La création d'une bonne coopération transfrontalière dans le domaine des soins de santé entre les pays Benelux qui influence positivement l'accessibilité, la qualité et le coût de l'offre de soins.
2. La mise en concordance de l'offre de soins pour des traitements spécialisés entre les pays du Benelux. Celle-ci s'inscrit dans la hausse attendue du nombre de patients transfrontaliers en quête de soins spécialisés dans un autre pays et de la pression financière sur les systèmes de santé dans les pays.
3. Le développement des coopérations existantes et nouvelles dans les régions frontalières, étant donné la part importante des flux de patients transfrontaliers dans les régions frontalières en raison de la proximité géographique et des affinités culturelles. A cela s'ajoute également une cartographie des coopérations et conventions performantes en matière de soins de santé transfrontaliers, permettant de répertorier un futur potentiel de collaboration.

DROITS DES PATIENTS

4. Un élargissement de la fourniture d'informations aux patients sur leurs droits (et obligations) concernant les soins transfrontaliers. Les pays du Benelux peuvent devenir des pionniers dans le domaine des soins transfrontaliers au sein de l'Europe, en supprimant différentes barrières aux soins transfrontaliers, souvent dues à un manque de connaissances.

DONNEES DES PATIENTS

5. Des efforts pour promouvoir le partage transfrontalier sûr des données des patients, en faisant communiquer entre elles les plateformes eSanté par-delà les frontières, seront favorables à la qualité et à la continuité des soins. Il est crucial en l'espèce de garantir le respect de la vie privée du patient par une bonne protection des données.

PREVENTION DE LA FRAUDE

6. Des efforts pour le partage des informations d'assurance en temps réel protégeront les prestataires de soins contre les pratiques frauduleuses. Il est essentiel que l'échange des données financières et d'assurance se produise à la même vitesse que les flux de patients transfrontaliers.

APPUI POLITIQUE

7. La stimulation d'une collecte de données transparentes, de qualité et exhaustives, accessibles et comparables, afin de soutenir les futures interventions politiques et une recherche scientifique approfondie.

RÉFÉRENCES

Secrétariat général de l'Union Benelux (2012). Le Benelux en chiffres. Bruxelles.

Baeten, R., & Palm, W. (2012). Preserving general interest in healthcare through secondary and soft EU law : the case of the Patients' Rights Directive. Chez : Neergaard, U., Szyszczak, E., Gronden, J., & Krajewski, M. (Eds.) Social Services of General Interest in the EU. La Haye : T.M.C. Asser Press.

Busse, R., van Ginneken, E., & Wörz, M. (2011). Access to health care services within and between countries of the European Union. chez Wismar, M.P., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. (Eds.). (2011) Cross-border health care in the European Union : Mapping and analysing practices and policies. Bruxelles : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Commission européenne (2015) Special Eurobarometer 425 : Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union.

Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K., & McKee, M. (2014). Policy Summary 14 : Cross-border health care in Europe. Bruxelles : Observatoire Social Européen.

Glinos, I.A., Baeten, R. (2006). A Literature review of cross-border patient mobility in the European Union. Bruxelles : Observatoire Social Européen.

Glinos, I.A., Boffin, N., Baeten, R. (2005). Contracting cross-border care in Belgian hospitals : an analysis of Belgian, Dutch and English stakeholder perspectives. Bruxelles : Observatoire Social Européen.

Observatoire de la mobilité des patients (2013). Rapport annuel 2013.

Office statistique des Communautés européennes (Eurostat) (2014). Population au 1^{er} janvier, par sexe, pays de naissance et grand groupe de nationalité. [Tableau] Extrait de <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Parlement européen (2010). Recommandation pour la deuxième lecture relative à la position du Conseil en première lecture en vue de l'adoption de la directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (11038/2010 – C7-0266/2010 – 2008/0142(COD)). Extrait de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2010-0307&language=FR>

Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R., Glinos, I.A. (2006). Patient mobility: the context and issues. Aux éditions Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R. Patient Mobility in the European Union : Learning from experience. Bruxelles : Observatoire européen de la santé.

STATEC (2015). État de la population. Extrait de http://www.statistiques.public.lu/stat/ReportFolders/ReportFolder.aspx?IF_Language=fra&MainTheme=2&FolderName=1

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2011). Verzekeraars nog steeds stevig in regio. Extrait de <https://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2011/verzekeraars-nog-steeds-stevig-in-regio>

Vandermeulen, L., Beldman, A., Pieter, D. (2013). Buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht : Kiwa Carity.

Van Ginneken, E., Busse, R. (2011). Cross-border health care data. Chez Wismar, M.P., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. (Eds.). (2011) Cross-border health care in the European Union : Mapping and analysing practices and policies. Bruxelles : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

ANNEXE 1

Réglementation relative aux soins de santé transfrontaliers et à leur remboursement dans les 28 pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse et en Norvège.

S'agissant du remboursement des traitements à l'étranger, il existe une réglementation européenne détaillée qui détermine quels soins transfrontaliers sont couverts par la sécurité sociale d'un État membre à laquelle le patient concerné est affilié.

La réglementation européenne actuelle est fondée sur deux instruments juridiques. Il y a d'une part le règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement d'exécution (CE) n° 987/2009 du 16 septembre 2009. Par ailleurs, il y a la directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, dont le délai de transposition a récemment expiré (25 octobre 2013). Cette dernière réglementation sert à préciser les modalités de remboursement des soins transfrontaliers et d'eSanté.

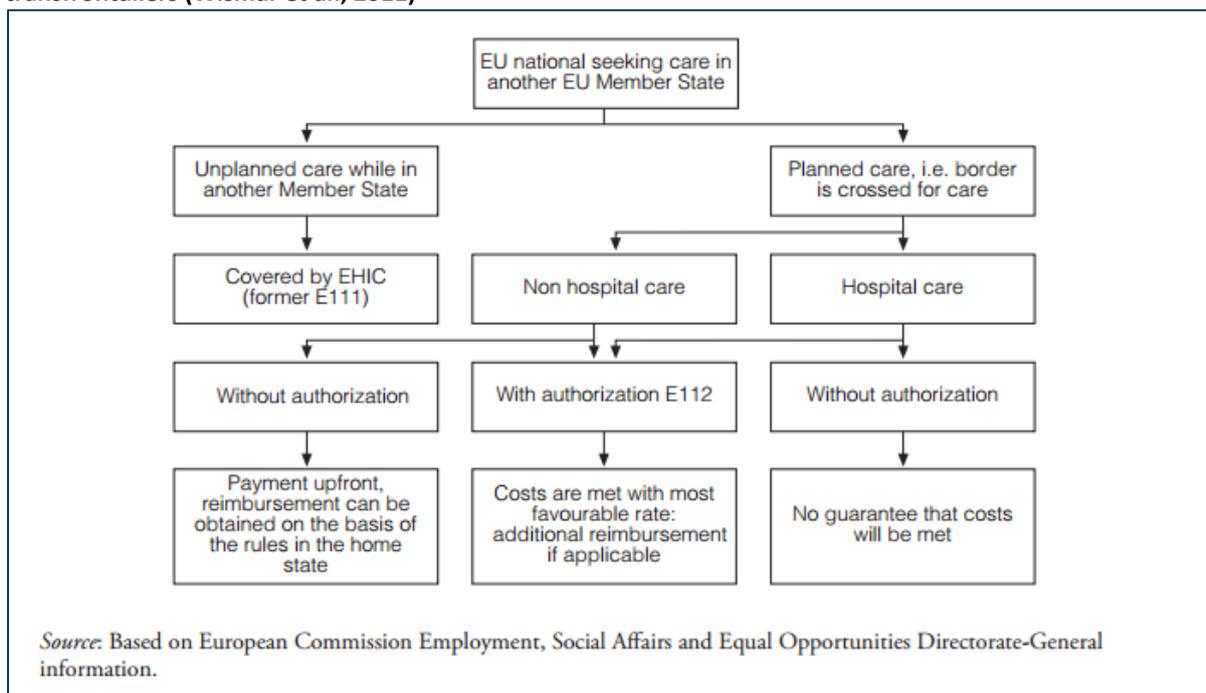
Dans le cadre du règlement (CE) n° 883/2004, la carte européenne d'assurance maladie a également été créée et couvre le remboursement des soins non programmés lors d'un séjour temporaire à l'étranger. La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM, également appelée European Health Insurance Card (EHIC)) remplace les différents formulaires et notamment le formulaire E111. Cette carte bleue sert de preuve d'assurance dans les 28 pays de l'UE ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse. Selon le pays, cette liste peut être complétée par d'autres pays, par exemple l'Australie pour les Belges. Dans certains pays, seul le formulaire E111 est accepté. Tel est le cas, notamment, pour l'Algérie, la Bosnie-Herzégovine, le Kosovo, le Maroc, le Monténégro, la Serbie, la Tunisie et la Turquie. Certains territoires d'outre-mer de l'UE-28 sont exclus de la couverture de la CEAM et les patients prennent ici une assurance d'assistance voyage.



Le principe général est que les citoyens de l'UE ont droit à des soins remboursés à l'étranger, dans les 28 pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse et en Norvège, tant que le traitement et les coûts sont normalement remboursés dans le pays du domicile (Baeten & Palm, 2012). Dans la pratique, cela signifie qu'un traitement par-delà la frontière, sans hospitalisation et dans des circonstances normales est remboursé sans problèmes. S'il est question d'une hospitalisation, les autorités concernées dans le pays du domicile peuvent imposer, dans certains cas, un système d'autorisation préalable. C'est principalement le cas lorsque la mobilité transfrontalière constitue une menace pour le système de santé publique lui-même (Footman et al, 2014). Il peut s'agir par exemple de traitements très onéreux pour lesquels un Etat membre doit investir dans des appareils médicaux spécialisés.

La **figure 23** présente un organigramme des différentes options légales pour le remboursement à un patient pour un traitement à l'étranger (Wismar et al, 2011). La différence entre les soins programmés et non programmés revêt ici une importance cruciale.

Figure 23 Organigramme synthétique des mécanismes de remboursements des soins de santé transfrontaliers (Wismar et al., 2011)



La législation européenne s'efforce de garantir l'équilibre délicat entre le droit à la libre circulation des services et les défis qui se posent lors de la programmation des soins de santé publics. Dans la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne figurent plusieurs arrêts qui ont contribué à donner forme à ce cadre législatif (notamment dans l'affaire Kohl et Decker, l'affaire Geraets-Smits, l'affaire Peerbooms et bien d'autres). C'est ainsi qu'un complément important a été réalisé, en vertu duquel l'État membre est tenu, dans certaines situations, de donner son accord à un traitement à l'étranger. Le patient n'a en effet droit à un traitement à l'étranger que s'il ne peut trouver, dans le pays du domicile, un traitement adéquat dans un délai raisonnable.

ANNEXE 2

Nombre de séjours dans les hôpitaux belges selon le type d'assurance et le pays du domicile.

Source : RHM (2012)

Statut en matière d'assurance	Pays de domicile									
	DE		FR		LU		NL		BE	
	Nombre de séjours	%								
Affiliés auprès d'une mutualité belge	1.525	43,2	17.299	66,5	2.423	65,7	7.749	21,6	5.644.800	92,9
Institut national des invalides de guerre	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	74	0
Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM)	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	957	0
Office de sécurité sociale d'Outre-Mer	<5	<0,2	6	0	21	0,6	<5	<0,2	2.189	0
CPAS	<5	<0,2	21	0,1	<5	0,1	54	0,2	19.808	0,3
Contrats de soins avec des acteurs de soins étrangers établis dans un État membre de l'UE/EEE ou en Suisse, et sans couverture pour des soins de santé en Belgique	42	1,2	67	0,3	3	0,1	16.481	45,9	3.487	0,1
Initiative privée de personnes qui ont une couverture de soins de santé dans un autre État membre de l'UE/EEE ou en Suisse, et sans couverture pour des soins de santé en Belgique	655	18,6	1.206	4,6	286	7,8	3.690	10,3	29.998	0,5
Personnes qui ont une couverture de soins de santé auprès d'une institution de droit international ou européen et sans couverture de soins de santé en Belgique	68	1,9	37	0,1	86	2,3	152	0,4	8.273	0,1
Patients ayant une couverture de soins de santé dans un pays ne faisant pas partie de l'UE/EEE et en Suisse et ne relevant pas d'une convention internationale, et sans couverture de soins de santé en Belgique	222	6,3	1.138	4,4	224	6,1	677	1,9	30.577	0,5
Non assurés	565	16	3.407	13,1	374	10,1	2.400	6,7	95.272	1,6
Autres	448	12,7	2.813	10,8	269	7,3	4.671	13	243.530	4
Non assurés (y compris CPAS)	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	0	<5	<0,2
Traités internationaux	<5	<0,2	<5	<0,2	<5	<0,2	52	0,1	<5	<0,2
Total	3.527	100	25.994	100	3.688	100	35.927	100	6.078.971	100

ANNEXE 3

Top 10 des principaux diagnostics par type d'hospitalisation et par pays du domicile.

Source : RHM (2012)

HOSPITALISATION DE JOUR Allemagne			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	270	47,9
1906	Autres lésions	38	6,7
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	20	3,5
701	Cataracte	17	3,0
1902	Autres lésions à la tête	17	3,0
1101	Affections des dents et du parodonte	13	2,3
1410	Autres affections de l'appareil génito-urinaire	13	2,3
209	Autres tumeurs malignes	10	1,8
301	Anémies	10	1,8
911	Autres maladies de l'appareil circulatoire	9	1,6
Total des diagnostics susmentionnés		417	73,9
Total tous diagnostics		564	100,0

HOSPITALISATION CLASSIQUE Allemagne			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
1906	Autres lésions	57	8,6
1901	Lésion intracrânienne	30	4,5
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	26	3,9
903	Infarctus aigu du myocarde	23	3,5
908	Maladies cérébrovasculaires	23	3,5
402	Autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	20	3
1804	Autres symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	20	3
2103	Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance ('nouveau-nés en bonne santé')	20	3
209	Autres tumeurs malignes	19	2,9
605	Autres maladies du système nerveux	16	2,4
Total des diagnostics susmentionnés		254	38,3
Total tous diagnostics		660	100

HOSPITALISATION DE JOUR			
France			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	1055	16,8
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	980	15,6
701	Cataracte	654	10,4
1403	Lithiase urinaire	288	4,6
1906	Autres lésions	236	3,8
1101	Affections des dents et du parodonte	199	3,2
605	Autres maladies du système nerveux	191	3,0
1410	Autres affections de l'appareil génito-urinaire	190	3,0
213	Autres tumeurs bénignes et à évolution imprévisible	157	2,5
209	Autres tumeurs malignes	156	2,5
Total des diagnostics susmentionnés		4106	65,4
Total tous diagnostics		6285	100,0

HOSPITALISATION CLASSIQUE			
France			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
2103	Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance ('nouveau-nés en bonne santé')	449	6,8
1503	Complications de la grossesse principalement pendant la période anténatale	319	4,8
1906	Autres lésions	311	4,7
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	223	3,4
1804	Autres symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	218	3,3
402	Autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	217	3,3
605	Autres maladies du système nerveux	206	3,1
1909	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	154	2,3
209	Autres tumeurs malignes	147	2,2
1403	Lithiase urinaire	121	1,8
Total des diagnostics susmentionnés		2365	35,7
Total tous diagnostics		6608	100

HOSPITALISATION DE JOUR			
Luxembourg			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	312	29,1
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	190	17,7
209	Autres tumeurs malignes	54	5
605	Autres maladies du système nerveux	39	3,6
702	Autres maladies de l'œil et de ses annexes	38	3,5
701	Cataracte	31	2,9
1410	Autres affections de l'appareil génito-urinaire	30	2,8
211	Tumeur bénigne du côlon, rectum et anus	18	1,7
213	Autres tumeurs bénignes et à évolution imprévisible	18	1,7
1906	Autres lésions	18	1,7
Total des diagnostics susmentionnés		748	69,7
Total tous diagnostics		1072	100,0

HOSPITALISATION CLASSIQUE			
Luxembourg			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
209	Autres tumeurs malignes	98	6,8
1909	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	86	5,9
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	75	5,2
906	Troubles de la conduction et arythmies cardiaques	69	4,8
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	64	4,4
1700	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	51	3,5
702	Autres maladies de l'œil et de ses annexes	48	3,3
605	Autres maladies du système nerveux	47	3,3
911	Autres maladies de l'appareil circulatoire	41	2,8
213	Autres tumeurs bénignes et à évolution imprévisible	38	2,6
Total des diagnostics susmentionnés		617	42,6
Total tous diagnostics		1446	100

HOSPITALISATION DE JOUR			
Pays-Bas			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	2905	20,8
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	1986	14,2
605	Autres maladies du système nerveux	1226	8,8
1303	Lésion interne du genou	487	3,5
701	Cataracte	444	3,2
1307	Atteintes des disques intervertébraux	413	3
1309	Affections des tissus mous	398	2,9
1101	Affections des dents et du parodonte	397	2,8
1308	Dorsalgies	340	2,4
1306	Dorsopathies avec déformation et spondylopathies	330	2,4
Total des diagnostics susmentionnés		8926	64,0
Total tous diagnostics		13955	100,0

HOSPITALISATION CLASSIQUE			
Pays-Bas			
ISHMT code	Diagnostic principal ISHMT	N	%
1307	Atteintes des disques intervertébraux	1023	7,2
1909	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	692	4,9
605	Autres maladies du système nerveux	575	4,1
2105	Autres facteurs influençant l'état de santé et le contact avec les services de santé	561	4
904	Autres cardiopathies ischémiques	545	3,9
402	Autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	542	3,8
209	Autres tumeurs malignes	470	3,3
1906	Autres lésions	462	3,3
2104	Autres soins médicaux (incluant radiothérapie et chimiothérapie)	413	2,9
1301	Coxarthrose [arthrose de la hanche]	405	2,9
Total des diagnostics susmentionnés		5688	40,3
Total tous diagnostics		14140	100

ANNEXE 4

Liste des personnes présentes à l'atelier «Patients sans frontières? Flux de patients transfrontaliers dans le Benelux» du mardi 8 septembre 2015 à Bruxelles.

NL	Madame Tessy Nelissen	Direction des Soins curatifs Ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport Direction des affaires internationales (IZ)
NL	Monsieur Erwin Eisinger	Direction des Soins curatifs Ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport Direction des affaires internationales (IZ)
NL	Monsieur John Stevens	Gestionnaire de projet Stratégie et innovation CZ
NL	Madame Monique Broekhuis-Fleuren	CZ
NL	Monsieur Barry Egberts	Gestionnaire principal du Centre de connaissances Achmea Zilveren Kruis
NL	Monsieur Onno van der Galliën	Conseiller principal en recherche du Centre de connaissances Achmea Zilveren Kruis
LU	Monsieur Hervé Barge	Directeur général de l'Agence eSanté
LU	Madame Anne Calteux	Conseillère principale en politiques Ministère de la Santé – Luxembourg
LU	Madame Daisy Smet	Agence eSanté
LU	Monsieur Samuel Danhardt	Agence eSanté
BE	Madame Eveline Depuijdt	Chef de cellule Gestion de base de données SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
BE	Monsieur Christian Horemans	Expert Affaires Internationales aux Mutualités Libres
BE	Monsieur Luc Nicolas	Expert en télématique SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
BE	Monsieur Chris Segaert	Experts des traités internationaux RIZIV-INAMI
BE	Madame Nathalie Bernard	Responsable des Traités internationaux de Réglementation et tarification en matière de santé Union nationale des mutualités neutres
BE	Madame Myriam Wauters	Union nationale des mutualités neutres
BE	Monsieur Patrick Carnotensis	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
BE	Madame Fabienne van Sloten	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
EU	Madame Corina Vasilescu	Commission européenne - DG Sanco
EU	Monsieur Aurelien Perez	Commission européenne - DG Sanco
EU	Madame Rita Baeten	Analyste principale des politiques Observatoire social européen

