KCE REPORTS 169B

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Center

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

SYNTHÈSE





2011 www.kce.fgov.be

KCE REPORTS 169B
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Center

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

SYNTHÈSE

BOB DE MARS, KATRIEN BOULANGER, PAUL SCHOUKENS, WALTER SERMEUS, CARINE VAN DE VOORDE, FRANCE VRIJENS, IMGARD VINCK

PRÉFACE

La réglementation européenne sur la libre circulation des biens, des services, des capitaux et des personnes permet aussi une grande liberté de circulation des patients entre les pays membres. On observe par ailleurs certains flux de patients venant d'autres pays. Les flux sont-ils déjà importants, vont-ils encore s'accentuer ? Risquent-ils d'entraîner des déséquilibres ou des effets pervers ? Ces questions méritaient d'être posées et examinées.

Un audit de la Cour des Comptes a dénoncé il y a deux ans des doubles remboursements de dépenses hospitalières relatives aux patients étrangers. Un Observatoire de la Mobilité des Patients a été créé mais n'a été réellement installé que très récemment. Nous espérons que le présent rapport lui apportera une matière de départ utile à son déploiement.

Le démarrage de ce projet n'a pas été facile. Le KCE a en effet dû s'y reprendre à trois fois pour trouver une équipe de recherche qui accepte et qui soit capable de mener le projet à bien en collaboration. Ce sont finalement deux équipes de la KUL – le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap et l'Instituut voor Sociaal Recht – qui ont relevé le défi. En outre, cinq hôpitaux ont été sollicités pour fournir des données complémentaires à celles que nous avons pu trouver dans les banques de données traditionnelles. Que tous ceux qui ont collaboré soient ici remerciés

Jean-Pierre CLOSON
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE 5
1.1. QU'EST-CE QUE LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE DES PATIENTS? 5
1.2. POURQUOI SE REND-ON À L'ÉTRANGER POUR UNE INTERVENTION MÉDICALE? 5
1.3. RISQUES ET OPPORTUNITÉS 5
2. PÉRIMÈTRE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 6
2.1. CIBLAGE DE CATÉGORIES SPÉCIFIQUES DE PATIENTS ÉTRANGERS 6
2.2. PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE 6
3. TROIS TYPES DE FLUX DE PATIENTS ÉTRANGERS 7
3.1. PATIENTS COUVERTS DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE LES PATIENTS AFFILIÉS À L'ASSURANCE MALADIE BELGE 8
3.1.1. Mobilité des patients fondée sur le Règlement européen de Coordination 8
3.1.2. Accords de coopération transfrontalière dans les régions frontalières 8
3.2. PATIENTS AVANÇANT OU SUPPORTANT EUX-MÊMES LE COÛT DES INTERVENTIONS (FACTURATION DIRECTE) 9
3.2.1. Mobilité des patients fondée sur la libre circulation des services 9
3.2.2. Patients étrangers non bénéficiaires d'une intervention financière dans le cadre d'un contrat transfrontalier et/ou de dispositions légales 10
3.3. PATIENTS COUVERTS PAR UN CONTRAT TRANSFRONTALIER 10
3.3.1. Qu'est-ce qu'un contrat transfrontalier? 10
3.3.2. Cadre juridique 10
3.3.3. Différenciation des tarifs autorisée en cas de finalité légitime 10
4. VOLUME ET CARACTÉRISTIQUES DES TROIS FLUX DE PATIENTS ÉTRANGERS EN BELGIQUE 10
4.1. DES ESTIMATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL 11
4.1.1. Estimation en fonction de la nationalité du patient et du pays de résidence 11
4.1.2. D'où viennent ces patients étrangers? 11
4.1.3. Pour quels types d'interventions les patients étrangers se rendent-ils en Belgique? 12

4.2. PATIENTS BÉNÉFICIANT DE SOINS DE SANTÉ DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE LES BELGES COUVERTS PAR L'ASSURANCE SOCIALE 14
4.3. ESTIMATION DES AUTRES FLUX DE PATIENTS 15
4.4. DES DIFFÉRENCES DE SÉVÉRITÉ DE PATHOLOGIE CHEZ LES PATIENTS ÉTRANGERS? 17
5. OPTIMISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES 17
5.1. ABSENCE DE CRITÈRE PERTINENT PERMETTANT D'IDENTIFIER LES DIFFÉRENTS TYPES DE PATIENTS ÉTRANGERS 17
5.2. COLLECTE DE DONNÉES ET SUPERVISION PAR L'OBSERVATOIRE DE LA MOBILITÉ DES PATIENTS 18
6. LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE DES PATIENTS ET LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX BELGES 18
6.1. LES ÉLÉMENTS CLÉS DU SYSTÈME BELGE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX 18
6.1.1. Financement des prestations non médicales dispensées aux patients hospitalisés 19
6.1.2. Financement des hôpitaux pour les hospitalisations de jour 20
6.1.3. Financement des investissements dans les hôpitaux 20
6.2. TENSION ENTRE LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX ET LA MOBILITÉ DES PATIENTS ÉTRANGERS 20
6.2.1. L'enjeu: le développement équilibré de l'ensemble du secteur des hôpitaux 20
6.2.2. Un prix moyen et uniforme de la journée d'hospitalisation ne reflète pas toujours le coût réel21
6.2.3. Les coûts des bâtiments, des fournitures et de la maintenance ne sont que partiellement intégrés dans le prix de la journée d'hospitalisation 21
6.2.4. Deux réponses à ces problèmes: 21
6.3. MÉCANISMES ALTERNATIFS DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX ET CONTRAINTES JURIDIQUES 22
6.3.1. Les mécanismes actuels de financement ne sont défendables que si les flux de patients belges soignés à l'étranger et de patients étrangers soignés en Belgique sont en équilibre 22
6.3.2. Analyse théorique des mécanismes alternatifs de financement des hôpitaux et de leur impact juridique 22
6.3.3. Modèle de financement par cas 22
7. LISTES D'ATTENTE ET QUALITÉ DES SOINS 23
7.1. LISTES D'ATTENTE 23

7.2. QUALITÉ DES SOINS 23
8. CONCLUSIONS GÉNÉRALES 23
8.1. LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE PATIENTS ÉTRANGERS EST FAIBLE, MAIS EN AUGMENTATION 23
8.2. SUR LA BASE DE SYSTÈMES INCOMPLETS D'ENREGISTREMENT DES DONNÉES 23
8.3. LES HÔPITAUX BELGES POURRAIENT ÊTRE INCITÉS FINANCIÈREMENT À ATTIRER LES PATIENTS ÉTRANGERS 24
8.4. MAIS UN SYSTÈME DE VIGIE DES LISTES D'ATTENTE EST INDISPENSABLE POUR ÉVITER UNE RESTRICTION DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PATIENTS BELGES 24

SYNTHÈSE

1. CONTEXTE

1.1. Qu'est-ce que la mobilité transfrontalière des patients?

Il arrive que des personnes fassent appel à des services médicaux en dehors de leur pays de résidence.

Pour bénéficier d'une intervention médicale, certains se rendent délibérément dans un pays différent de celui où ils vivent et où ils sont assurés. Les soins médicaux dont ils y bénéficient sont qualifiés de **programmés et transfrontaliers**. D'autres reçoivent des soins médicaux d'urgence lorsqu'ils sont victimes d'une maladie ou d'un accident durant un séjour à l'étranger. Enfin, une troisième catégorie de personnes souhaitent avoir accès aux infrastructures médicales de leur pays de résidence, et ce alors que leur assurance sociale les couvre dans un autre pays, où ils travaillent. Les soins médicaux programmés et transfrontaliers ne forment donc qu'un des aspects de la mobilité des patients.

A l'heure actuelle, la mobilité des patients semble être un phénomène d'une ampleur relativement modeste en termes de nombre de patients. On considère généralement que les soins transfrontaliers dans l'Union européenne (UE) ne représentent que 1% du budget des dépenses publiques de santé, y compris les soins d'urgence. Mais il n'existe pas de données fiables qui permettent une évaluation précise.

1.2. Pourquoi se rend-on à l'étranger pour une intervention médicale?

Les raisons les plus courantes sont la disponibilité (en termes de quantité, de timing ou de type de services), un historique de soins dans l'autre pays, la présence de la famille dans un autre pays, l'accessibilité financière, la connaissance du système de soins de santé (en termes de langue, de convictions religieuses, de culture ou d'histoire), de confiance dans le dispensateur, et de qualité perçue. Pour les patients résidant dans une région frontalière, la situation géographique peut aussi être une motivation. Les patients qui ont émigré dans un pays souhaitent parfois avoir recours aux soins de santé de leur pays d'origine, parce qu'ils connaissent mieux son système.

Les motivations principales des patients se rendant à l'étranger pour une intervention médicale programmée portent généralement sur le paiement ou remboursement des frais médicaux, ainsi que des frais connexes de déplacement et de séjour. Dans le présent document, les patients qui sollicitent des soins programmés dans un autre pays sont appelés 'patients étrangers'. L'étude ne concerne pas les patients étrangers qui vivent en Belgique.

1.3. Risques et opportunités

Des intervenants importants du côté des 'demandeurs', outre les patients, sont les organismes d'assurance étrangers qui dépêchent leurs patients dans un autre pays pour y bénéficier de soins programmés. Les hôpitaux belges sont des prestataires intéressants pour les organismes d'assurance des pays voisins, en raison de leur proximité géographique et linguistique. D'autres intervenants peuvent être des Etats qui proposent parfois à leurs citoyens de recevoir des soins médicaux à l'étranger, afin de réduire leurs listes d'attente.

Pour les 'fournisseurs' de soins, l'afflux de patients étrangers est source d'opportunités, mais aussi de risques. Pour les hôpitaux, la mobilité transfrontalière des patients peut être l'occasion de recruter des médecins de renom, d'accumuler compétences et expériences, et de devenir un centre de référence pour certaines pathologies et traitements. Pour ces mêmes hôpitaux, ainsi que pour les établissements qui ne traitent (presque) pas de patients étrangers, il existe un risque d'impact financier négatif, dans la mesure où le système belge de financement des hôpitaux n'intègre pas les mécanismes requis pour faire face à un afflux de patients étrangers. Si le nombre de patients étrangers augmente, ou si leur traitement se révèle plus lucratif pour les hôpitaux et les médecins, cela pourrait avoir comme conséquence de donner priorité aux patients étrangers. Cette évolution pourrait donner naissance à des listes d'attente pour les patients belges.

Pour l'État, la perte de contrôle sur le système de soins de santé et l'impact des flux de patients étrangers sur l'accessibilité aux soins sont deux préoccupations essentielles. Les décideurs politiques belges ont dès

lors placé la mobilité des patients parmi leurs priorités, comme en témoigne la constitution de l'Observatoire de la Mobilité des Patients.

2. PÉRIMÈTRE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1. Ciblage de catégories spécifiques de patients étrangers

Cette étude porte sur:

- Les patients qui ne sont pas assurés en Belgique, mais qui s'y rendent pour y bénéficier de soins de santé programmés. Les patients étrangers qui bénéficient en Belgique de soins programmés après une admission d'urgence.

La présente étude ne porte pas sur:

- Les migrants de nationalité étrangère, qui sont domiciliés en Belgique mais qui n'y sont pas assurés. Bien qu'ils ne soient au sens strict traités dans cette étude, ils sont néanmoins repris dans l'analyse quantitative, car ils génèrent un nombre important de séjours hospitaliers et qu'ils peuvent dès lors générer un impact sur le financement des hôpitaux ;
- Les personnes étrangères devant bénéficier d'une assistance médicale urgente ou de soins médicaux non programmés durant leur séjour en Belgique;
- Les hôpitaux psychiatriques, les maisons de repos, les centres de revalidation et les services pour les seniors, qui ne font pas partie de notre cœur de cible que sont les hospitalisations pour soins aigus (y compris les hospitalisations de jour).

2.2. Périmètre de l'étude

La finalité première de l'étude est de décrire les flux réels de patients étrangers en Belgique et d'analyser l'impact financier de ces flux sur le système belge de soins de santé. Les éventuelles conséquences non financières seront également abordées. Cette finalité a été traduite en questions concrètes:

- Dans quelles conditions les patients UE et non-UE peuvent-ils bénéficier de soins médicaux programmés en Belgique?

  Une autorisation préalable est-elle requise pour obtenir le remboursement du coût de ces soins? Par qui ces coûts sont-ils couverts? Quels sont les coûts qui sont couverts?
- Combien de patients étrangers se rendent en Belgique (2004-2008) pour y bénéficier de soins médicaux programmés et quelles sont leurs principales caractéristiques?
- Quelles sont les conséquences financières de cette mobilité des patients?

  Quelles peuvent être les modalités (légales) de facturation des différents flux de patients étrangers et quel en est l'impact sur le système belge de soins de santé, en particulier en matière de financement des hôpitaux? Comment serait-il possible d'instaurer une facturation plus précise des flux de patients étrangers et quelles modifications conviendrait-il d'apporter à la législation belge existante?
- Quelles sont les conséquences potentielles de cet afflux de patients étrangers en termes de listes d'attente et de qualité des soins?

3. TROIS TYPES DE FLUX DE PATIENTS ÉTRANGERS

Depuis quelques années, une nouvelle génération de citoyens de l'Union européenne et hors-UE franchit les frontières pour bénéficier de soins de santé. Des dispositions législatives ont été prises pour baliser cette mobilité transfrontalière des patients. Plusieurs mécanismes financiers et organisationnels ont été instaurés au niveau européen, essentiellement par le biais de directives et de la jurisprudence.

On distingue trois types de flux de patients étrangers:

- Les patients qui sont traités avec les mêmes conditions que les patients couverts par l'assurance maladie belge;
- Les patients qui avancent ou supportent eux-mêmes le coût des interventions (‘facturation directe');
- Les patients auxquels s'appliquent les contrats transfrontaliers.

Ces trois types de patients diffèrent en termes de législation applicable, d'obligation d'autorisation préalable pour pouvoir obtenir le remboursement ultérieur des frais, de la nature et de l’étendue des soins dont ils peuvent bénéficier, des tarifs pouvant être appliqués et le mode de paiement. La Table 1 présente une vue d’ensemble.

Tableau 1: Aperçu des différents types de patients étrangers

Base légale	Authorisation préalable pour remboursement?	Soins de santé assurés, tarif, type de prestataire de soins	Mode de paiement	Peut-on charger d'autres tarifs?
Patients assimilés à des patients Belges				
Règlement (patient EEE avec couverture légale)	Toujours requis, via formulaire	Législation du pays de traitement; couverture supplémentaire possible si meilleure couverture dans le pays d'origine	tiers payant ou remboursement; compensation entre Etats-Membres	non
Contracts entre pays voisins	Authorisation automatique	Législation du pays de traitement; négotiation des tarifs possible si le patient n'est pas légallement couvert	tiers payant ou remboursement; compensation entre Etats-Membres	non
Facturation immédiate				
Liberté de Services basée sur le Traité/EEE Convention (patient EEE avec couverture légale)	Pays d'origine peut requérir une authorisation préalable pour les hospitalisations classiques, équipement médical onéreux	Législation du pays d'origine	facturation immédiate au patient	non, sauf si nécessaire et proportionnel afin de protéger un but légitime
Directive mobilité des Patients (patient UE avec couverture légale) *	Pays d'origine peut requérir une authorisation préalable pour les hospitalisations classiques, équipement médical onéreux ou s'il y a des risques pour le patient ou la population	Législation du pays d'origine	facturation immédiate au patient	non
Patient UE sans couverture légale	Pas requis	Payer tout de sa poche, couverture privé possible dans le pays d'origine	facturation immédiate au patient	non, sauf si nécessaire et proportionnel afin de protéger un but légitime; non pour l'application de la Directive
Patients en dehors de l'EEE, pas de base légale	Pas requis	Payer tout de sa poche, couverture privé possible dans le pays d'origine	facturation immédiate au patient	non, sauf si nécessaire et proportionnel afin de protéger un but légitime
Contrats transfrontaliers				
Contrats couvrant patients UE ou non-UE	Possible si prévu dans le contrat	Liberté contractuelle, tarifs Belges, mais absence de charge supplémentaire pour le patient	Liberté contractuele, principallement E112/S2 (UE) ou facturation immédiate à l'assureur étranger	non, sauf si nécessaire et proportionnel afin de protéger un but légitime

** Transposition au plus tard le 25 octobre 2013*
UE = Union Européenne - EEE = Espace économique Européen

3.1. Patients couverts dans les mêmes conditions que les patients affiliés à l'assurance maladie Belge

3.1.1. Mobilité des patients fondée sur le Règlement européen de Coordination

Le patient étranger est traité comme un patient bénéficiant de la couverture sociale du pays où se déroule le traitement.

Cadre juridique

Pour favoriser la mobilité des travailleurs au sein de l'Union européenne, de multiples dispositions de sécurité sociale des États membres ont été harmonisées (Règlements 1408/71 et 574/72, remplacés par les règlements 883/2004 et 987/2009).

Conditions

Lorsqu'un patient d'un autre État membre bénéficie de soins médicaux en Belgique, son État membre de résidence (généralement le pays où il travaille et où il paie ses cotisations de sécurité sociale) prend ces soins en charge conformément aux dispositions belges. En conséquence, tant les soins couverts que le degré et les modalités de la couverture, les tarifs appliqués et les prestataires de soins sont régis par le système belge. Une couverture additionnelle est possible lorsque la législation de l'État membre de résidence instaure des conditions de remboursement plus favorables, sans toutefois que l'on puisse finalement dépasser le coût réel du traitement.

Le patient ne doit pas avancer les frais

Dans une telle situation, les patients ne doivent pas avancer les frais, car ils bénéficient du système du tiers payant qui est applicable en Belgique dans les hôpitaux. En effet, si le pays de l'hospitalisation applique le système des prestations en nature, le patient bénéficiera d'un accès en nature ('gratuitement'). Il devra bien payer sa contribution propre, à l'instar des patients assurés nationaux. Les avantages par rapport à la mobilité des patients régie par un Traité (voir ci-dessous) résident dans une meilleure adéquation entre le degré de couverture et les tarifs. Dans certains cas, les patients sont couverts pour des prestations qui ne sont pas incluses dans le panier de prestations de leur pays d'origine.

Une autorisation préalable est requise

Le patient doit introduire une demande d'autorisation préalable auprès de l'organisme compétent (partie payante) de son pays d'origine. Si le traitement est autorisé, l'organisme d'assurance-maladie rédige un formulaire S-2 (la nouvelle version du formulaire E112). Ce formulaire détaille le(s) traitement(s) et la durée pour lesquels l'autorisation est accordée. Le pays soignant est tenu de se conformer à ces prescriptions. En principe, l'organisme compétent dispose d'une certaine autonomie dans sa décision d'autoriser ou non le traitement. Toutefois, l'autorisation devra obligatoirement être accordée si le traitement fait partie des prestations couvertes dans le pays d'origine et s'il ne peut y être dispensé dans un délai médicalement acceptable.

Interdiction de différenciation des tarifs

Les pays soignants ne sont pas autorisés à majorer, pour un traitement dispensé à un patient étranger, les tarifs appliqués à leurs ressortissants couverts par la sécurité sociale nationale.

3.1.2. Accords de coopération transfrontalière dans les régions frontalières

Procédure simplifiée

Au début des années 90, des projets transfrontaliers ont vu le jour, plus particulièrement dans les régions frontalières, visant à faciliter l'accès des résidents de ces régions à des prestataires de soins établis au-delà de la frontière, ainsi qu'à encourager la collaboration. Les contrats ZOAST ('zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers') en sont un exemple. Il s'agit d'un projet de collaboration entre divers établissements hospitaliers belges et français. Ces projets transfrontaliers s'inscrivent dans la logique des Règles de Coordination européenne. En règle générale, la procédure d'accès aux soins transfrontaliers est simplifiée grâce à une version moins complexe de la procédure E112 (voir 3.1.1).

Elle accorde automatiquement une autorisation préalable de soins transfrontaliers aux personnes vivant dans la région frontalière.

Interdiction de différenciation des tarifs

Les projets transfrontaliers suivent la logique des Règles de Coordination européennes, de sorte que les pays soignants ne sont pas autorisés à majorer, pour un traitement dispensé à un patient étranger, les tarifs appliqués à leurs ressortissants couverts par la sécurité sociale nationale.

3.2. Patients avançant ou supportant eux-mêmes le coût des interventions (facturation directe)

3.2.1. Mobilité des patients fondée sur la libre circulation des services

Le patient bénéficie de soins médicaux comme s'il se trouvait dans son pays d'origine

Cadre juridique

Les patients couverts par l'assurance maladie d'un des pays membres de l'Espace économique européen (EEE)[a] peuvent se prévaloir du droit à la libre circulation des biens et des services pour bénéficier de soins de santé dans un autre pays de l'Union européenne. Considérant ce principe fondamental inscrit dans le Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne (articles 56 et 57 du TFEU), la Cour de Justice européenne (CJE) a défini le principe de la libre circulation des patients par le biais de plusieurs jugements.

Le patient avance les frais

Le patient est traité comme si le prestataire des soins était établi dans son pays d'origine. En conséquence, l'éventail des prestations, le tarif applicable et le type de prestataire (public ou privé) dépendent de l'offre du pays d'origine. Le patient avance les frais et en obtient un remboursement par son assurance maladie nationale, en fonction des deux paramètres suivants:

- Les taux de remboursement (dans le cas d'un programme de remboursement)
- Les tarifs de couverture accordés au prestataire des soins (dans le cas d'un système de soins de santé en nature).

[a] L'Espace économique européen (EEE) est composé des 27 États membres de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein et de la Norvège.

Une autorisation préalable peut être requise dans certaines circonstances

Le pays d'origine peut imposer une autorisation préalable à la couverture des soins hospitaliers dispensés à l'étranger et des soins ambulatoires impliquant des équipements médicaux coûteux. Toutefois, l'autorisation doit obligatoirement être accordée si le traitement fait partie des prestations couvertes dans le pays d'origine et s'il ne peut y être dispensé dans un délai médicalement acceptable.

Des tarifs plus élevés ne peuvent en principe pas être considérés

Le principe européen de non-discrimination en fonction de la nationalité a pour corollaire de proscrire toute augmentation des tarifs applicables à des patients étrangers, même s'ils ne paient pas d'impôts ni de cotisations sociales dans le pays soignant. Une différenciation tarifaire indirecte est toutefois permissible lorsqu'il s'agit d'une mesure nécessaire et proportionnée visant un but légitime (par exemple la protection de la santé publique, de l'équilibre financier ou du système de sécurité sociale) et lorsque cet état de nécessité est basé sur des données objectives.

Codification des jugements de la Cour européenne de Justice

L'approche 'au cas par cas' de la Cour européenne de Justice a engendré des vides et une incertitude juridiques pour les patients. En conséquence, les principes régissant la mobilité des patients fondée sur le Traité ont été codifiés par la Directive UE sur les droits des patients à des soins de santé transfrontaliers (Directive 'Mobilité des Patients').

Les patients peuvent choisir une voie plus avantageuse

La Directive UE maintient la distinction entre le Règlement européen de Coordination et la jurisprudence de la CEJ fondée sur le Traité, mais les patients conservent le droit de choisir la voie qu'ils préfèrent. Lorsque les Règles de Coordination peuvent se révéler plus avantageuses pour le patient, le pays d'origine, où le patient est assuré socialement, a le devoir de l'en informer.

La Directive instaure d'autres modalités de restriction de la possibilité (**autorisation préalable**) ainsi que du montant du remboursement. Le principe européen général de non-discrimination sur la base de la nationalité le confirme bien : **toute différenciation tarifaire** pour les patients étrangers est interdite.

3.2.2. Patients étrangers non bénéficiaires d'une intervention financière dans le cadre d'un contrat transfrontalier et/ou de dispositions légales

Certains patients étrangers se rendent en Belgique de leur propre initiative, afin d'y bénéficier de traitements programmés. Dans certains cas, ils ne sont pas couverts par une assurance maladie ni par des dispositions légales de la coordination de l'UE ou non-UE. Ils supportent donc eux-mêmes le coût du traitement, ou sont couverts par une assurance privée.

Tarifs: différences entre patients UE et non-UE

En vertu des règles européennes, les **patients UE** qui ne disposent pas d'une couverture sociale ne peuvent pas se voir appliquer un tarif plus élevé en fonction de leur nationalité, même s'ils n'ont pas d'assurance maladie légale (sauf si la différentiation des tarifs peut se justifier comme une mesure nécessaire et proportionnelle afin de servir un but légitime).

Les patients non-UE qui ne sont pas inclus dans un cadre de coordination de sécurité sociale (et ce qu'ils disposent ou non d'une couverture soins de santé obligatoire) sont protégés par le principe d'égalité de traitement intégré dans la législation belge. Selon la Cour constitutionnelle belge, une différence de couverture de patients étrangers (non-UE) ne peut se justifier que s'il est prouvé que le patient ne possède *pas de liens suffisants* avec la Belgique. C'est très certainement le cas de patients qui ne séjournent en Belgique que pour y bénéficier de soins médicaux programmés. Même dans ce cas, une majoration de tarif n'est acceptable que lorsqu'elle est nécessaire et proportionnée à un objectif précis, en particulier pour atteindre une répartition plus équitable des coûts entre les patients nationaux et étrangers.

3.3. Patients couverts par un contrat transfrontalier

3.3.1. Qu'est-ce qu'un contrat transfrontalier?

Un contrat transfrontalier est une convention relative à la prise en charge de certains patients conclue entre deux parties au moins installées dans des États membres différents ou dans un État membre et dans un État non-membre. Les signataires d'un tel contrat peuvent être des prestataires de soins publics ou privés, des organismes d'assurance publics ou privés et/ou des instances publiques.

3.3.2. Cadre juridique

Il n'existe pas actuellement de cadre juridique national ou international régissant ces contrats transfrontaliers.

3.3.3. Différenciation des tarifs autorisée en cas de finalité légitime

En principe, les parties contractantes sont libres de convenir de toutes les modalités du contrat. La législation belge impose toutefois l'égalité de traitement des patients étrangers séjournant (légalement) en Belgique. Une différence de traitement (telle qu'une différenciation tarifaire) est admissible si elle est justifiée par une finalité légitime (telle que la préservation de l'équilibre financier du système de soins de santé national), et pour autant que les mesures soient nécessaires et proportionnés à l'objectif poursuivi. Les patients UE/EEE qui sont couverts par un contrat peuvent aussi se voir appliquer un tarif différencié pour autant que la majoration soit supportée par l'assureur étranger, et non par le patient lui-même.

4. VOLUME ET CARACTÉRISTIQUES DES TROIS FLUX DE PATIENTS ÉTRANGERS EN BELGIQUE

Combien de patients étrangers viennent en Belgique pour y bénéficier de soins de santé programmés? Quels sont leurs pays d'origine? Comment paient-ils ces soins? Pour apporter une réponse à ces questions, deux types de données ont été récoltées et analysées. Primo, les données de sortie, cliniques et financières, de tous les hôpitaux de soins aigus belges ont été analysées pour la période 2004-2008 (pour 2009, données financières uniquement). Secundo, une étude spécifique a été menée dans cinq hôpitaux ayant accepté de communiquer leurs données à un niveau micro.

Résumé Clinique Minimum (RCM)

Base de données administratives rassemblant une information de sortie sur tous les séjours hospitaliers de tous les hôpitaux belges. Elle contient la date de naissance, le sexe, la durée de séjour et tous les diagnostics et procédures. Les hospitalisations sont classées par APR-DRG (voir ci-dessous). Le RCM est depuis 2008 intégré dans le RMH (Résumé Minimal Hospitalier).

All Patient Refined Related Groups (APR-DRG)

355 groupes composés en fonction des motifs d'admission, des procédures chirurgicales utilisées durant l'hospitalisation et du degré de sévérité de la maladie.

Séjour Hospitalier Anonyme (SHA)/ Hospitalisation de Jour Anonyme (HJA)

Données financières renseignant, pour chaque hospitalisation, l'ensemble des prestations remboursées. Ces données sont transmises par les hôpitaux aux organismes assureurs

4.1. Des estimations d'ordre général

4.1.1. Estimation en fonction de la nationalité du patient et du pays de résidence

Une estimation d'ordre général peut être effectuée sur la base des RCM qui permettent d'identifier les patients de nationalité étrangère et résidant hors Belgique.

En 2008, 22.679 patients étrangers ont été admis dans des hôpitaux belges (Tableau 2). Ce chiffre ne représente que 1,29% du total des admissions. Ce pourcentage est probablement légèrement supérieur à la réalité, dans la mesure où il n'a pas été possible d'exclure de ce groupe les admissions d'urgence des patients couverts par le règlement européen de coordination. Ce volume est néanmoins en hausse constante: sur une période de cinq ans (2004-2008), le nombre de patients étrangers hospitalisés a progressé de 60%.

Pour ce qui concerne les soins en hôpital de jour, les estimations font aussi état d'une faible proportion de séjours de patients étrangers (entre 1% et 1,4%, soit un pourcentage similaire à celui des patients hospitalisés), ainsi que d'une augmentation comparable entre 2006 et 2007. On notera que, pour des raisons diverses, ces données ne présentent pas toute la fiabilité requise.

Tableau 2: Nombre de séjours de patients de nationalité étrangère, résident à l'étranger et hospitalisés en Belgique, comparé au nombre total d'hospitalisations en Belgique – Patients hospitalisés et patients en hôpital de jour (Source: RCM, 2004-2008)

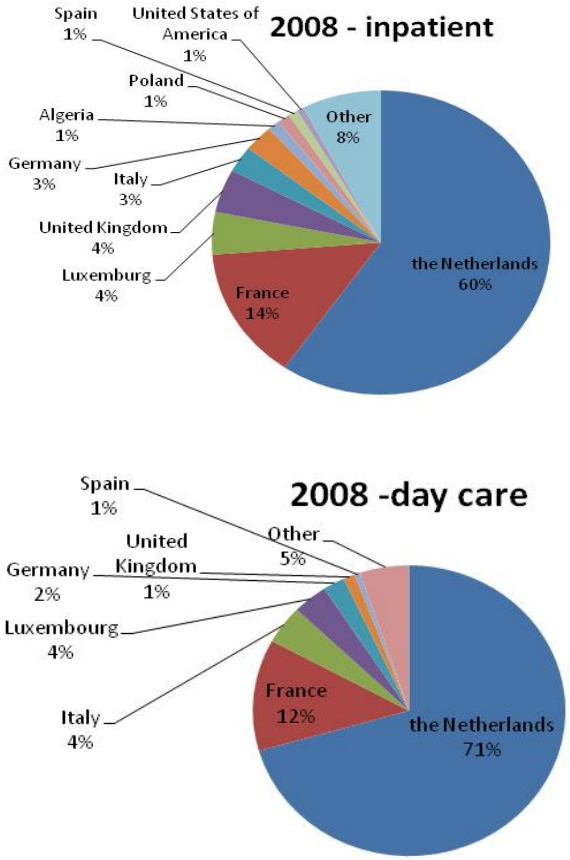
	Patients hospitalisés			Patients en hôpital de jour*		
	Étrangers résidant à l'étranger	Tous les patients	% du total	Étrangers résidant à l'étranger	Tous les patients	% du total
2004	14 369	1681 415	0,85	ND	1 046 169	ND
2005	17 970	1 691 122	1,06	ND	1 086 171	ND
2006	19 224	1 693 793	1,13	12 884	1 128 445	1,14
2007	21 072	1 679 380	1,25	15 794	1 219 634	1,29
2008	22 679	1 757 615	1,29	15 880	1 609 525	0,98

** Ne comprend pas les séjours de courte durée au service des urgences.*
ND: non disponible

4.1.2. D'où viennent ces patients étrangers?

La majorité des patients étrangers est originaire des Pays-Bas (en 2008, 60% des hospitalisations classiques et 71% des hospitalisations de jour) et de France (respectivement 14% et 12%) (Figure 1).

Figure 1: Pays de résidence des patients de nationalité étrangère, résidant à l'étranger et hospitalisés en Belgique (Source: RCM 2008)



4.1.3. Pour quels types d'interventions les patients étrangers se rendent-ils en Belgique?

Sur la base du motif de l'admission et des procédures pratiquées pendant l'hospitalisation, ces interventions peuvent être classées dans de vastes catégories APR-DRG (All- Patient Refined Diagnosis Related Groups).

En hospitalisation classique, près du quart de tous les séjours enregistrés en 2008 avaient trait au système musculo-squelettique (APR-DRG 310 – procédure du dos et de la nuque, 302 – prothèse de hanche élective , 315 – procédure de l'épaule, du coude et de l'avant-bras, 304 – procédure de fusion dorsale et lombaire). La procédure la plus fréquente a trait à l'obésité (7.4% en 2008). La revascularisation programmée (PCI) se classe en troisième position dans le classement des hospitalisations en 2008. (Tableau 3).

Comme on pouvait s'y attendre, les pathologies justifiant les hospitalisations d'un jour sont différentes, même si un quart d'entre elles sont liées au système musculo-squelettique. Les raisons les plus fréquentes sont les DRG850 " Procédure avec diagnostic de revalidation ou de soins post-opératoires ou autre contact avec les services de santé" (y compris la procréation assistée du type 'cliniques de fertilité' et conseil génétique) et la chimiothérapie (DRG693). Des différences dans les techniques de codage compliquent l'interprétation d'un trend dans les hospitalisations de jour, de sorte que seuls les résultats pour 2008 sont présentés ici.

Tableau 3: Top 10 des APR-DRG pour les patients de nationalité étrangère et résidant à l'étranger (Source: RCM 2008)

A. Soins en hospitalisation classique

APR-DRG	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%
N (total)	14 369	17 790	19 224	21 072	22 679
403-Procédures pour l'obésité	4,93	10,01	9,94	9,12	7,38
310-Procédures pour le dos et la nuque, à l'exception de la fusion dorsale et lombaire	3,80	4,72	4,72	4,97	4,55
175-Procédures cardiovasculaires percutanées w/o AMI	3,44	3,04	2,98	3,10	2,84
302-Procédures articulaires et de rattachement des membres des extrémités inférieures, sauf traumatisme	3,16	2,99	2,91	2,94	4,49
862-Autres facteurs influençant l'état de santé *	3,51	2,63	2,63	2,21	2,10
315-Procédures de l'épaule, du coude et de l'avant-bras	1,88	2,35	2,14	2,61	2,33
313-Procédures du genou et de la jambe, à l'exception du pied	1,73	1,99	2,03	2,11	2,37
560-Accouchement par voie basse	2,07	1,93	2,07	1,83	1,70
304-Procédure de fusion dorsale et lombaire, sauf courbure dorsale	1,22	1,51	2,14	2,53	2,43
693-Chimiothérapie	1,90	1,75	1,78	2,01	2,19

** Cette catégorie comprend plusieurs codes non spécifiques, tels que les examens de suivi et les soins post-chirurgicaux.*

B. Soins en hôpital de jour (2008)

APR-DRG	% (N= 15,880)
850-Procédure avec diagnostic ou autre contact avec les services de santé *	13,57
693-Chimiothérapie	12,34
347-Problèmes médicaux du rachis	11,26
313-Procédures du genou et de la jambe, à l'exception du pied	5,52
073-Procédures d'implantation de lentille avec ou sans vitrectomie	5,38
862-Autres facteurs influençant l'état de santé **	3,58
250-Autres diagnostics du système digestif	3,07
192-Cathéthérisation cardiaque en cas de cardiopathie ischémique	2,35
114-Pathologies des dents et de la bouche	2,01
175-Procédures cardiovasculaires percutanées w/o AMI	1,73

** Cette catégorie comprend la procréation assistée et le conseil génétique.*

*** Cette catégorie comprend plusieurs codes non spécifiques, tels que les examens de suivi et les soins post-chirurgicaux.*

4.2. Patients bénéficiant de soins de santé dans les mêmes conditions que les belges couverts par l'assurance sociale

Les données de sortie financières (Données de Facturation des Hôpitaux – SHA/HJA) permettent d'identifier les patients réglementaires et les patients 'contrats transfrontaliers'. Tous ces patients étant tenus d'obtenir une autorisation préalable, tous leurs traitements sont des interventions programmées.

Le Tableau 4 révèle que, pour les **patients hospitalisés**, la majorité des admissions se fait via la procédure E112/S2 (autorisation préalable). En 2009, on a recensé 6.418 admissions programmées, dont 80% via E112/S2 et 20% de contrats transfrontaliers.

En hospitalisation de jour, les deux catégories sont également représentées: 11.021 admissions, dont 45% E112 et 55% de contrats transfrontaliers).

Le nombre d'admissions classiques fluctue

Le nombre d'admissions de patients hospitalisés pour une intervention programmée via E112 ou contrats transfrontaliers, fluctue selon les années. Il a été en augmentation entre 2004 et 2007 (+30%), avant de décroître en 2008 (-26%) et à nouveau en 2009 (-7%). Ces fluctuations peuvent s'expliquer par le nombre croissant de contrats conclus avec des organismes d'assurance soins de santé néerlandais, enregistrés d'abord dans le cadre de l'autorisation E112/S2, avec transfert ultérieur vers les contrats transfrontaliers. On observe également certaines fluctuations pour les patients ambulatoires, mais l'amplitude de variation est moindre et elle ne s'explique pas par un facteur en particulier.

Tableau 4: Nombre d'admissions de patients E112 et coopération transfrontalière – Hospitalisation classique et de jour (Source: 2004-2009, SHA/HJA)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	E112	AC	E112	AC	E112	AC	E112	AC	E112	AC	E112	AC
H. de jour	9 268	236	9 193	208	12 892	66	11 879	54	10 982	150	4 967	6 054
H.classique	6 358	725	7 232	540	8 298	82	9 187	62	6 823	63	5 120	1 298

AC: accords de coopération transfrontalière (tels que les accords ZOAST, INTERREG et IZOM)

4.3. Estimation des autres flux de patients

Estimation sommaire: 62 % du total des séjours de patients étrangers

Les patients 'contrats' et 'facturation directe' ne sont pas inclus dans les données financières (SHA/HJA) car l'assurance maladie obligatoire belge n'intervient pas dans leur cas. En conséquence, il n'est pas possible de procéder pour ces catégories à une estimation précise. En 2008, la Belgique a traité 6 886 patients hospitalisés 'réglementaires' et 'contrats transfrontaliers' ; en théorie, il s'agissait d'admissions programmées. Comparé aux 22 679 admissions de patients hospitalisés étrangers ne résidant pas en Belgique (Tableau 2), le volume des patients 'réglementaires' et 'contrats transfrontaliers' serait de 30% du total. Si 80% seulement de notre estimation globale était composée d'interventions programmées, les patients 'réglementaires' et 'contrats transfrontaliers' représenteraient 38% du volume total. Le solde de 62% peut être considéré comme des patients 'contrats' et 'facturation directe'.

Estimation sur la base des données de hôpitaux

Les patients 'contrats' et 'facturation directe' ne pouvant être identifiés dans les bases de données administratives, seuls les registres des hôpitaux peuvent nous fournir de plus amples informations.

L'analyse ci-après est fondée sur des données de 5 hôpitaux seulement (deux à Bruxelles et trois en Flandre) et elle ne peut donc être considérée comme représentative de tous les hôpitaux belges. La proportion de patients étrangers est relativement élevée dans deux hôpitaux (±7% du total des séjours) et faible dans les trois autres.

Tableau 5 a: Principaux résultats et caractéristiques des hôpitaux ayant participé à l'étude

Hôpital	A	B	C	D	E
Taille	≥ 500 lits	≥ 500 lits	≥ 400 lits	≥ 400 lits	≥ 200 lits
Situation géographique	Flandre	Flandre	Flandre	Bruxelles	Bruxelles
Type d'hôpital	Contrat	Transfrontalier	Transfrontalier	Contrat	Contrat
Pourcentage de patients étrangers en polyclinique	≈ 7%	Données non reçues	Données non reçues	Données non reçues	Données non reçues
Pourcentage de patients étrangers en hospitalisation classique	≈ 5,5%	≈ 7%	≈ 2%	≈ 2,5%	< 1%
Pourcentage de patients étrangers en hôpital de jour	≈ 4,5%	≈ 7%	≈ 1,5%	≈ 1%	< 1%

Tableau 5 b: Comparaison entre le total des séjours de patients étrangers dans les RCM et les registres de hôpitaux

	Hôpital**				
Nombre total de patients étrangers en:	A1	B1	C1	D1	E1
Microdonnées de 5 hôpitaux	515	1 250	3 606	3 888	Données non reçues
Macrodonnées RCM	570	2 040	4 503	5 080	

*** Pour empêcher l'identification de l'hôpital, un autre codage a été utilisé.*

Première observation marquante: le nombre de séjours de patients étrangers enregistré par les hôpitaux est inférieur au total des RCM pour ces mêmes hôpitaux (voir Tableau 5). Une des explications possibles serait que les RCM correspondant aux admissions d'urgence ne figurent pas dans les microdonnées.

La catégorie la plus nombreuse est celle des patients 'contrat' (60% en 2008). Les patients 'réglementaires', 'transfrontaliers' et 'facturation directe' représentent 20% des séjours de patients hospitalisés. On note cependant des différences considérables entre les hôpitaux. Les registres des hôpitaux révèlent que la distribution entre les catégories de patients est spécifique à chaque établissement et découle de son mode de facturation pour les patients étrangers.

4.4. Des différences de sévérité de pathologie chez les patients étrangers?

La sévérité des cas des patients 'réglementaires' a été comparée à celle de la moyenne nationale pour le 7 APR-DRG les plus fréquents chez les patients étrangers et pour les séjours pour lesquels un couplage pouvait être réalisé entre les données RCM et SHA/HJA (N = 6 446 patients). Pour les hospitalisations classiques, le pourcentage de couplage réussis varie entre 51% et 54% pour les années 2004-2007 et est égal à 60% pour 2008.

Pour les hospitalisations de jour, ce pourcentage était nettement plus bas : 8% en 2006, 18% en 2007 et 25% en 2008. La raison la plus probable en est que ces séjours existent bien dans les RCM mais que leur identifiant unique donné par les mutuelles n'est pas suffisamment précis.

Le résultat de l'analyse révèle que pour 6 des 7 APR-DRG les plus fréquents, la gravité de la pathologie des patients étrangers est en moyenne plus faible que celle des patients belges.

Conclusion: Le nombre total d'hospitalisations de patients étrangers en Belgique pour des soins médicaux programmés est restreint, mais en réelle augmentation. La majorité des patients étrangers sont originaires des Pays-Bas et de France. En hospitalisation classique, les interventions les plus fréquentes sont les procédures liées au système musculo-squelettique, à l'obésité et à la revascularisation programmée. En hospitalisation de jour, les patients étrangers se rendent le plus fréquemment dans les hôpitaux belges pour des procédures liées au système musculo-squelettique, pour de la procréation assistée, pour un conseil génétique ou pour de la chimiothérapie. En moyenne, la gravité des pathologies des patients étrangers 'coordination' est inférieure à celle des patients belges.

5. OPTIMISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

La Belgique ne connait pas le nombre exact de patients étrangers bénéficiant d'une intervention programmée dans les hôpitaux de soins aigus belges, et ce pour deux raisons principales:

5.1. Absence de critère pertinent permettant d'identifier les différents types de patients étrangers

Des Résumés cliniques minimaux (RCM) pas suffisamment précis

Soulignons tout d'abord que, dans les RCM et dans le système d'enregistrement hospitalier FINHOSTA, il n'est pas possible d'identifier les patients étrangers venant en Belgique pour un traitement programmé, et ce en raison de l'absence de critère pertinent. Le critère principal, c'est-à-dire la nationalité et la résidence à l'étranger, n'indique pas si le patient est couvert ou non par une assurance sociale ni, dans l'affirmative, par quel pays (un pays étranger ou le système belge d'assurance maladie). Les catégories d'assurance telles que définies dans les RCM, pèchent par manque de précision et de fiabilité. En conséquence, les enregistrements sont incorrects ou insuffisants. La classification devrait refléter les flux de patients auxquels les hôpitaux sont confrontés au quotidien. Elle devrait

également spécifier le pays d'assurance, de sorte que l'hôpital puisse compléter avec précision les rubriques de données requises.

Données de facturation des hôpitaux (SHA/HJA): tous les patients étrangers n'y sont pas repris

Les SHA/HJA contiennent le statut du patient en matière d'assurance, ce qui nous permet de savoir dans quel pays il dispose d'une assurance sociale. Ces données sont toutefois limitées aux patients enregistrés dans le système belge d'assurance maladie. En conséquence, pour les patients étrangers (assurés dans le cadre d'un autre système), seuls les patients 'réglementaires' et 'transfrontaliers' sont inclus. Aucune information n'est disponible concernant les patients 'facturation directe' et 'contrats'.

Un enregistrement des patients étrangers s'impose

Pour relier RCM et SHA/HJA, l'enregistrement des données des patients qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie-invalidité belge obligatoire (patients non-AMI) – tels que les patients 'facturation directe' et les patients 'contrat' - devrait être intégré dans le système. Au premier abord, un système d'enregistrement des données de patients assurés qui cherche à enregistrer les données de personnes non assurées peut sembler étrange. Cet enregistrement se justifie toutefois par la récente Directive européenne sur la mobilité des patients et par l'exigence européenne de vérifier les tarifs appliqués aux patients hospitalisés UE (tarification non discriminatoire).

Absence d'uniformité dans les définitions entre les systèmes d'enregistrement de données

À l'heure actuelle, des concepts tels que 'patient étranger', 'soins programmés', 'statut d'assurance', 'législation étrangère' ou 'accords internationaux' sont interprétés différemment par les différents systèmes d'enregistrement. Il convient de s'assurer que les même définitions contextuelles soient utilisées par les divers systèmes d'enregistrement, plus particulièrement lors du couplage des données.

5.2. Collecte de données et supervision par l'Observatoire de la Mobilité des Patients

La mise sur pied en septembre 2011 de l'Observatoire de la Mobilité des Patients, avec pour mission légale de récolter et de superviser les données relatives à la mobilité des patients, vise à combler cette lacune. Le législateur (Loi Santé, 2010) a cependant considéré que l'Observatoire n'avait pas à récolter lui-même ces données. Un accès lui a donc été accordé aux systèmes d'enregistrement existants des hôpitaux, gérés par des instances publiques. Au cours des réunions préparatoires à sa constitution officielle, les lacunes dans les données existantes ont été inventoriées et des propositions d'amélioration de la classification actuelle des patients AMI et non-AMI, y compris étrangers, ont été formulées.

6. LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE DES PATIENTS ET LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX BELGES

L'analyse des données disponibles nous apprend que, bien que les systèmes d'enregistrement actuels ne permettent pas de connaître les chiffres exacts, le nombre de patients étrangers se rendant en Belgique pour des interventions programmées est faible, mais en nette augmentation. Cette évolution est de nature à mettre sous pression les actuels mécanismes de financement des hôpitaux.

6.1. Les éléments clés du système belge de financement des hôpitaux

Le système belge de financement des hôpitaux est très complexe. Nous limiterons dès lors la description de ses composantes aux éléments pertinents dans le cadre de l'étude des flux de patients étrangers. En synthèse, le système belge de financement des hôpitaux se distingue par un double dispositif, faisant une distinction entre deux types de prestations. D'une part, les médecins des hôpitaux perçoivent des honoraires pour chacune de leurs interventions médicales. D'autre part, les prestations non médicales sont financées par le biais d'un Budget des Moyens financiers (BMF) prospectif et non-modifiable, partiellement basé sur les APR-DRG. Les deux systèmes sont cependant interconnectés, car les médecins rétrocèdent une partie de leurs honoraires aux hôpitaux, en guise de contribution au coût des activités médicales.

Rémunération des médecins hospitaliers

À l'exception des hôpitaux universitaires, dont les médecins sont appointés, la plupart des spécialistes médicaux actifs en hôpital travaillent selon le système des honoraires. Les honoraires sont censés couvrir tous les frais liés directement ou indirectement à la prestation des interventions médicales, qui ne sont pas couvertes par le Budget des Moyens financiers. Le montant des honoraires demandés à un patient hospitalisé est différent selon que le médecin en question est **'conventionné'** ou non (auquel cas il applique un tarif convenu au préalable dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire). Les médecins conventionnés ne sont pas autorisés à majorer les tarifs convenus pour les patients AMI en chambre partagée. Une majoration plafonnée est autorisée pour les patients en chambre individuelle. Les **médecins non conventionnés** ont davantage de latitude dans la fixation de leurs honoraires, mais les éventuels suppléments sont également plafonnés.

6.1.1. Financement des prestations non médicales dispensées aux patients hospitalisés

Budget à enveloppe fermée

Le financement des coûts liés à une hospitalisation s'effectue selon la technique du budget non-modifiable, de manière à responsabiliser les hôpitaux par rapport à leurs coûts. Depuis 2002, on observe toutefois une évolution progressive vers le concept d'*actes justifiés*, par lequel la durée de l'hospitalisation est pondérée en fonction de la pathologie traitée.

Budget national annuel (BMF national)

Tous les ans, un budget national global est défini par le ministère de la Santé publique. Le budget national de la santé se répartit en 16 postes distincts, groupés en trois volets principaux. Le volet A couvre le capital et les investissements, le volet B les frais d'exploitation et le volet C les charges financières additionnelles. Le volet B2 (services cliniques, c'est-à-dire les frais de personnel infirmier) est de loin le plus lourd.

Le coût du personnel infirmier (volet B2)

Le budget B2 se compose de deux éléments principaux: un montant de base en fonction du nombre de lits justifiés, et un supplément en fonction de l'intensité estimée des prestations infirmières et des activités médicales. Un système de points est utilisé pour le calcul de ces deux éléments.

Pour le financement de base, une durée d'hospitalisation moyenne nationale est déterminée par APR-DRG. Du point de vue du financement, cette durée moyenne nationale est considérée comme *la durée d'hospitalisation justifiée* par APR-DRG. À l'exception des hospitalisations très brèves ou très prolongées, les hôpitaux bénéficient d'un financement garanti pour toute la durée de séjour justifiée.

Le case-mix de chaque hôpital est multiplié par la durée moyenne nationale d'hospitalisation par catégorie de pathologies, ce qui détermine en fin de compte *le nombre de lits justifiés* de l'hôpital en question. **Le financement du supplément** est calculé en fonction du profil spécifique de l'hôpital en termes d'intensité des prestations infirmières et d'interventions médicales.

L'attribution du budget à chaque hôpital

Le Budget des Moyens financiers est divisé en une partie fixe et une partie variable. Ces deux parties sont d'abord dissociées en un budget pour les patients assurés dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire belge (AMI) et les patients qui ne le sont pas (non-AMI).

Pour les patients AMI, la partie fixe est payée mensuellement et anticipativement, par le biais de 'douzièmes provisoires'. Elle comprend (en théorie) 80% des sous-parties B1 et B2 et 100% de toutes les autres parties. Le solde de la partie variable représente 20% des sous-parties B1 et B2. La partie variable est payée en fonction du nombre d'admissions (10% du budget) et du nombre de journées d'hospitalisation (10% du budget) pour les hôpitaux généralistes. Pour la partie variable, les hôpitaux adressent une facture à la mutualité.

Pour les patients non-AMI, les hôpitaux doivent introduire leurs factures pour les parties A, B et C auprès des parties payantes (assurance accidents du travail, assureurs privés, Centres publics d'Aide sociales, etc.). Dans le cas qui nous occupe, un tarif journalier moyen est utilisé, en fonction du case-mix de l'hôpital.

6.1.2. Financement des hôpitaux pour les hospitalisations de jour

L'hôpital jour est financé par le biais de divers forfaits, spécifiques ou non à chacun des hôpitaux, liés à des listes spécifiques de codes de nomenclature. A chaque fois que l'hôpital dispense un service relatif à un de ces codes, le forfait correspondant peut-être facturé. La convention nationale du 1er juillet 2007 instaure de nouveaux forfaits pour les soins de jour.

6.1.3. Financement des investissements dans les hôpitaux

En Belgique, les pouvoirs régionaux (Communautés) interviennent financièrement dans les investissements qui ont trait à l'amélioration de l'infrastructure des hôpitaux, et ce jusqu'à 60%. Le solde (40%) est débité par le biais du volet A1 du Budget des Moyens financiers. Les Régions financent jusqu'à 10% des investissements prioritaires.

6.2. Tension entre le financement des hôpitaux et la mobilité des patients étrangers

Dès le début des années 2000, un afflux potentiellement croissant de patients étrangers a été considéré comme une menace financière pour les hôpitaux belges. Entre autres, la loi sur la mobilité des patients (4 juin 2007) et la loi santé du10 mai 2010 sont deux instruments légaux utilisés pour résoudre les problèmes potentiels en matière de financement des hôpitaux et d'afflux de patients étrangers.

6.2.1. L'enjeu: le développement équilibré de l'ensemble du secteur des hôpitaux

Pour certains hôpitaux axés sur la mobilité des patients, une croissance du flux de patients étrangers représenterait une augmentation substantielle du nombre de journées d'hospitalisation justifiées (même jusqu'au plafond de 112% des lits justifiés). Cette évolution engendrerait un accroissement des points de budget, et donc l'obtention d'un volet B2 plus généreux.

Cet impact financier positif pour l'hôpital est toutefois limité dans le temps et, en outre, néfaste pour le reste du secteur hospitalier, en particulier pour les hôpitaux moins orientés vers l'exportation de leurs prestations. Cet effet est principalement attribuable au caractère non modifiable du BMF, tant au niveau national qu'au niveau de l'hôpital.

Un budget plus restreint pour les hôpitaux soignant peu/moins de patients étrangers

Au niveau national, l'exportation des soins de santé se traduira par une augmentation du nombre de points de budget utilisé comme diviseur du budget B2 global pour l'ensemble des hôpitaux belges. En conséquence, la valeur financière de chaque point de budget diminuera. Du fait du caractère non-modifiable du budget global, cette évolution se traduit par un BMF en diminution pour les hôpitaux traitant moins ou peu de patients étrangers. L'impact financier négatif précis est cependant incalculable car, dans la pratique, la valeur financière par point continue à augmenter en raison de la tendance des hôpitaux à réduire la durée des hospitalisations, afin de rester sous la moyenne nationale ou sous la durée de séjour justifiée.

Une augmentation de l'activité imputable aux patients étrangers pourrait-elle entraîner des rattrapages négatifs pour les hôpitaux ?

Les effets de l'afflux de patients étrangers ont parfois suscité des croyances ou des interprétations erronées des règles et de la législation. Notamment, une crainte d'entraîner une réduction de budget de tous les hôpitaux en cas de dépassement des dépenses pour les patients AMI.

Dans la pratique, il n'existe cependant pas de règles qui aient un impact (positif ou négatif) sur le budget individuel BMF reçu par chaque hôpital, outre celles citées plus haut relatives à la limite des 112 % d'activité ou à une enveloppe B2 fermée.

Les paiements effectués par les organismes d'assurance étrangers ne reviennent pas au BMF

Tant la fraction fixe que la fraction variable des frais exposés par les fonds d'assurance maladie belges pour les hospitalisations de patients étrangers 'coordination' sont remboursées par l'organisme d'assurance soins de santé étranger. Ces sommes ne reviennent cependant pas au Budget des Moyens Financiers global. En raison de la nature non modifiable de ce budget, aucun réajustement ultérieur n'est possible, malgré l'afflux croissant de patients étrangers.

Le traitement de patients étrangers hors réglementation européenne peut n'avoir un effet positif qu'à court terme

L'impact financier initialement positif du traitement de patients étrangers en dehors des mécanismes de coordination de sécurité sociale n'empêche pas les hôpitaux de continuer à fonctionner dans le cadre d'un budget non-AMI prospectif divisé en une fraction fixe et une fraction variable. A la fin de l'exercice financier, une correction est effectuée sur la base du montant réel de jours-patients non-AMI reçus par l'hôpital, par rapport au nombre réel de jours-patients non-AMI réalisés durant la période pour laquelle le BMF a été accordé. S'il apparaît que la fraction fixe non-AMI du BMF a été dépassée, l'excédent est déduit du BMF de l'exercice suivant. En conséquence, la majeure partie de l'avantage financier initial est perdue.

6.2.2. Un prix moyen et uniforme de la journée d'hospitalisation ne reflète pas toujours le coût réel

Autre problème, la législation belge contraint les hôpitaux à facturer un prix moyen aux patients étrangers pour leurs journées d'hospitalisation. Or, ce prix moyen ne reflète pas nécessairement le coût réel de l'hospitalisation. En portant en compte un prix moyen unique pour tous les types d'hospitalisations, les patients souffrant de pathologies simples contribuent au coût de l'ensemble des prestations hospitalières, alors qu'ils ne les utilisent pas toutes. Ce faisant, ils contribuent aussi au financement des hospitalisations requérant des soins plus complexes et/ou intensifs, pour lesquelles le prix moyen de la journée d'hospitalisation ne couvre pas nécessairement le coût réel. Cet équilibre pourrait être perturbé si les hôpitaux étaient confrontés à un afflux croissant de patients étrangers à pathologies plus lourdes que celles des patients belges.

6.2.3. Les coûts des bâtiments, des fournitures et de la maintenance ne sont que partiellement intégrés dans le prix de la journée d'hospitalisation

Le troisième problème touche aux coût de l'achat et maintenance des hôpitaux et de l l'infrastructure des hôpitaux. Le prix de la journée d'hospitalisation est calculé sur la base du BMF. De ce fait, les patients étrangers ne contribuent qu'à concurrence de 40% au financement de l'infrastructure hospitalière. Le solde de 60% étant financé par le biais de subventions régionales, les patients étrangers bénéficient d'un avantage financier payé par le contribuable belge. Toutefois, lorsque les hôpitaux accueillent des patients étrangers pour fonctionner à pleine capacité, l'impact négatif de la non-prise en charge des coûts d'investissement est moins évident que lorsque les hôpitaux doivent étoffer leurs infrastructures pour faire face à l'afflux de patients étrangers.

6.2.4. Deux réponses à ces problèmes:

La loi initiale sur la Mobilité des Patients (2007)

La loi initiale sur la Mobilité des Patients (4 juin 2007) a tenté de résoudre ces problèmes en instaurant un cadre financier distinct, parallèle au BMF, pour la majorité des patients étrangers (y compris les patients 'réglementaires'). Ce cadre permettait aux hôpitaux de facturer un montant qui reflète le coût réel des soins prodigués. En raison de multiples problèmes juridiques et pratiques (tels que la non-discrimination des patients européens ou le risque d'allongement des listes d'attente), ce nouveau mécanisme de financement n'a jamais été appliqué.

...amendée par la Loi Santé de 2010

En vertu de la Loi Santé du 19 mai 2010, tous les patients sont à nouveau financés par le biais du BMF mais, pour certaines catégories de patients étrangers (non-UE), le prix moyen de la journée d'hospitalisation n'est qu'un prix minimum. Pour cette dernière catégorie de patients, le législateur est habilité à fixer d'autres tarifs, reflétant mieux le coût réel des soins dispensés.

Trois problèmes principaux existent en rapport avec les mécanismes actuels de financement des hôpitaux: (1) le caractère non-modifiable du budget des hôpitaux, sans possibilité d'ajustement en fonction des flux de patients étrangers; (2) le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation, qui ne couvre pas nécessairement les coûts réels; (3) l'intégration partielle des coûts d'investissement dans le prix moyen.

6.3. Mécanismes alternatifs de financement des hôpitaux et contraintes juridiques

6.3.1. Les mécanismes actuels de financement ne sont défendables que si les flux de patients belges soignés à l'étranger et de patients étrangers soignés en Belgique sont en équilibre

Le maintien des mécanismes actuels de financement des hôpitaux peut se justifier pour autant que le flux des patients étrangers soignés en Belgique soit contrebalancé par le flux des patients belges se faisant soigner à l'étranger. La préservation du statu quo présente divers avantages et inconvénients. Parmi les avantages majeurs, soulignons la simplicité du système: il n'est pas nécessaire d'instaurer un enregistrement détaillé des patients étrangers se faisant soigner en Belgique et inversement. Plusieurs éléments semblent toutefois indiquer que l'équilibre entre les deux flux est en passe d'être rompu.

Si le flux de patients étrangers se rendant en Belgique pour y bénéficier de soins médicaux programmés continue à s'intensifier, le financement des hôpitaux pourrait se retrouver sous une grande pression.

6.3.2. Analyse théorique des mécanismes alternatifs de financement des hôpitaux et de leur impact juridique

Une solution alternative évidente au statu quo consiste à dissocier des flux financiers des patients avec couverture belge et des patients étrangers. L'article 96 de la Loi sur les Hôpitaux permet d'instaurer un budget des Moyens Financiers distinct pour certains services, départements, fonctions ou programmes de soins. C'est cet article qui a permis la création en Belgique d'un budget distinct pour les services de revalidation, de soins palliatifs et de grands brûlés. Un amendement de l'article 96 serait nécessaire pour pouvoir créer un BMF distinct pour une certaine catégorie de patients. Dans cette optique de dissociation des budgets afin de dissocier les flux financiers propres aux patients belges et aux patients étrangers, il convient de tenir compte de certains principes cardinaux de la législation européenne, tels que les principes d'assimilation et de non-discrimination en fonction de la nationalité.

Différents tarifs sur base de la nationalité ?

Si l'instauration d'un BMF distinct pour ces patients venait à déboucher sur une différenciation et une éventuelle augmentation du prix, il pourrait s'agir d'un cas interdit de discrimination en fonction de la nationalité. Ce n'est pas clair si une justification de cette démarche peut être invoquée, et si la Cour de Justice accepterait cette justification. Dans tous les cas, la Directive sur la Mobilité des Patients interdit une mesure qui permettrait aux dispensateurs de soins d'appliquer des tarifs différents aux patients provenant d'autres États membres de l'Espace économique européen. En conséquence, le législateur belge doit avoir conscience qu'une réforme du financement des hôpitaux ne peut engendrer une discrimination en termes de prix au détriment de patients provenant d'un des États membres de l'EEE. Compte tenu des principes énoncés ci-avant, les éventuels ajustements budgétaires de la mobilité des patients ne peuvent donc être fondés sur la nationalité, mais devraient de préférence être liés à des critères plus neutres, comme le status d'assurabilité (AMI ou non- AMI).

6.3.3. Modèle de financement par cas

Une seconde solution alternative impose une refonte complète du système de financement belge des hôpitaux, qui n'a pas d'équivalent dans les pays voisins. Une des caractéristiques principales du système belge réside dans le recours à un budget global, qui intègre de multiples critères et paramètres. Le résultat final de ce système, pour le patient étranger, est un prix moyen par journée d'hospitalisation qui est fondé sur la moyenne des cas traités par l'hôpital, et non sur le traitement spécifique dont a bénéficié ce patient dans cet hôpital. Dans les pays voisin, pour le financement des hôpitaux on fixe un prix moyen en fonction de la pathologie (DRG ou système similaire), et celui-ci est identique (ou similaire) dans tous les hôpitaux. Diverses méthodes de calcul du coût par prestation sont utilisées pour déterminer le coût réel du traitement, au niveau des patients ou des admissions. Ces coûts constituent le fondement du calcul d'un prix des soins raisonnable. Pour que ce principe puisse être mis en pratique, il est toutefois indispensable que les hôpitaux utilisent un système comptable dans lequel les coûts sont imputés au niveau du patient/admission, et non au niveau des services/centres de coûts.

7. LISTES D'ATTENTE ET QUALITÉ DES SOINS

7.1. Listes d'attente

Une intensification des flux de patients étrangers est susceptible d'avoir d'autres retombées qu'un impact purement financier sur le système de financement des hôpitaux. Si une modification des mécanismes de financement des hôpitaux venait à générer un incitant à l'accueil de patients étrangers, les hôpitaux pourraient être tentés de leur accorder la priorité avec, à la clé, un risque d'allongement des listes d'attente pour les patients couverts en Belgique. Jusqu'à présent, une telle évolution n'a pas été observée dans la réalité. Cette situation peut s'expliquer par la difficulté, pour les hôpitaux, de facturer aux patients étrangers le coût réel du traitement. Pour les médecins des hôpitaux, toutefois, le système de rémunération à l'acte pourrait les inciter à donner la priorité aux patients étrangers, au détriment des patients 'nationaux'. Les médecins conventionnés étant en outre tenus de se conformer au principe de non-discrimination, il existe également un risque de 'déconventionnement'.

Jusqu'à présent, les hôpitaux n'ont pas fait état de listes d'attente. Apparemment, les patients étrangers comblent les capacités non utilisées. Aucun des hôpitaux ayant participé à l'étude n'utilise un système de contrôle des listes d'attente potentielles. Une autre question est de savoir si un tel système peut être instauré au détriment des patients étrangers. D'un point de vue politique, il est défendable de dissocier les flux entrants de patients étrangers lorsque l'accès aux soins des patients nationaux est menacé. Ce point de vue figure juridiquement également dans la Directive sur la Mobilité des patients.

7.2. Qualité des soins

En marge du risque de formation de listes d'attente, il existe également un risque en termes de qualité des soins. Dans le domaine contractuel, plus particulièrement, les hôpitaux pourraient être confrontés à des exigences de qualité imposées par les organismes d'assurance étrangers (notamment par le biais de protocoles de soins de santé). Les hôpitaux actifs dans le secteur contractuel indiquent que les organismes d'assurance étrangers n'imposent jusqu'à présent que des normes de qualité définies, sans qu'elles soient spécifiées dans le contrat. Ces exigences pourraient évoluer à l'avenir et les organismes étrangers pourraient imposer des normes de qualité précises (par le biais de protocoles de soins détaillés). Les hôpitaux seront mieux armés dans la négociation des politiques de qualité s'ils peuvent exciper d'une politique réfléchie de la qualité des soins, qui repose sur les normes nationales et internationales en la matière.

8. CONCLUSIONS GÉNÉRALES

8.1. Le nombre d'hospitalisations de patients étrangers est faible, mais en augmentation

Le nombre de patients étrangers se rendant en Belgique pour y bénéficier d'une intervention médicale programmée est actuellement faible. Bien qu'on ne puisse en donner une estimation précise, on évalue à 1,5% au maximum la proportion des hospitalisations de patients étrangers en Belgique par rapport au nombre total d'hospitalisations. Cette proportion ne cesse toutefois d'augmenter.

8.2. Sur la base de systèmes incomplets d'enregistrement des données

L'analyse des différents systèmes d'enregistrement de données contenant des informations sur les patients étrangers a révélé d'importantes lacunes dans l'enregistrement des divers types de patients étrangers ou d'hospitalisations, du pays de couverture, des pathologies et des modes de financement. Ces lacunes ont été confirmées par l'analyse des données RCM et SHA/HJA. La base de données conjointe RCM-SHA/HJA ne contient les informations voulues que pour un certain nombre de patients 'réglementaires'.

8.3. Les hôpitaux belges pourraient être incités financièrement à attirer les patients étrangers

Tous les systèmes de financement intègrent des mécanismes incitants de nature à influencer considérablement l'attitude des hôpitaux. Les mécanismes actuels de financement des hôpitaux belges, dont une des pierres angulaires est le caractère non-modifiable du Budget des Moyens Financiers, n'incite pas les établissements hospitaliers à attirer en nombre les patients étrangers. Si les décideurs politiques belges venaient à décider de stimuler l'afflux de patients étrangers, des mécanismes de financement alternatifs devraient être envisagés et leurs conséquences juridiques devraient être analysées. Toutes les options fondées sur une dissociation des flux financiers relatives aux patients assurés en Belgique et à l'étranger requièrent un enregistrement précis des différents types de flux de patients étrangers. Une des possibilités consiste à enregistrer de manière détaillée le statut du patient en matière de d'assurance (y compris le pays assureur) dans la RCM.

8.4. Mais un système de vigie des listes d'attente est indispensable pour éviter une restriction de l'accès aux soins pour les patients belges

Bien qu'aucun des hôpitaux ayant participé à l'étude n'ait fait état de listes d'attente, le traitement prioritaire des patients étrangers (par exemple en raison de l'avantage financier qu'en tireraient l'hôpital et ses médecins) est de nature à restreindre l'accès aux soins des patients belges. Comme indiqué dans la Loi sur la Mobilité des Patients (2007), la mise en place d'un système de vigie des délais d'attente pour les patients couverts par l'assurance maladie belge est une des missions confiées par le législateur à l'Observatoire de la Mobilité des Patients.

RECOMMENDATIONS[b]

Amélioration de l'enregistrement des données

- **Le pays dans lequel le patient est assuré et l'itinéraire de financement devraient être enregistrés dans les RCM pour chaque hospitalisation de patient étranger.**
- **La liste actuelle des organismes d'assurance intégrée dans FINHOSTA devrait être complétée par l'indication du pays dans lequel le patient est assuré. Une nouvelle classification des patients étrangers devrait en outre être instaurée en fonction de leur statut d'assurance, conformément à ce qui est proposé pour les RCM.**
- **Il convient d'envisager d'enregistrer, dans un système d'enregistrement obligatoire similaire aux SHA/HJA, les données de facturation des patients qui bénéficient d'une intervention médicale dans un hôpital belge, mais qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire belge. La faisabilité et les modalités d'un tel système doivent faire l'objet d'un examen complémentaire.**
- **Les différents systèmes d'enregistrement contenant des informations relatives aux patients étrangers doivent être harmonisés.**

Modifications du financement des hôpitaux?

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

  Les options sont les suivantes:

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

Monitoring

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

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

[b] Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques

COLOPHON

Titre:	Soins programmés à des patients étrangers : impact sur le système belge de soins de santé - Synthèse
Auteurs:	Bob De Mars (K.U.Leuven, Instituut voor Sociaal Recht), Katrien Boulanger (K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), Paul Schoukens (K.U.Leuven, Instituut voor Sociaal Recht), Walter Sermeus (K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), Carine Van de Voorde (KCE), France Vrijens (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Experts externes:	Willem Aelvoet (SPF Santé Publique), Rita Baeten (Observatoire social européen), Patrick Carnotensis (LCM), Francis Colardyn (emeritus Universiteit Gent), Yves Jorens (Universiteit Gent), Jos Kesenne (LCM), Yves Parmentier (INAMI), Koen Schoonjans (SPF Santé Publique), Chris Segaert (INAMI), Siegried Van Haesevelde (NVSM)
Remerciements:	Stephan Devriese (KCE), Tomislav Sokol (Zagreb School of Economics and Management), Stefaan Van De Sande (KCE)
Validateurs externes:	Stefaan Callens (K.U.Leuven), Guy Durant (UCL), Pascal Garel (HOPE)
Conflits d'intérêt:	Bourse, honoraire ou fonds en tant que membre d'un staff ou autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche : Colardyn Francis. Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement à l'occasion d'une participation à un symposium : Van Haesevelde Siegfried.
Layout :	Ine Verhulst, Sophie Vaes

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 25 novembre 2011

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Surgical Procedures, Elective ; Insurance, Health, Reimbursement ; European Union ; Legislation as Topic ; Medical Tourism

Classification NLM : W 84.1

Langue : français, anglais

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2011/10.273/74

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce.



Comment citer ce rapport ? De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, Vinck I. Soins programmés à des patients étrangers : impact sur le système belge de soins de santé - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 169B. D/2011/10.273/74

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.