



LES CONTRATS DE SOINS TRANSFRONTALIERS DANS LES HOPITAUX BELGES UNE ANALYSE DES PERSPECTIVES DES PROTAGONISTES BELGES, NEERLANDAIS ET ANGLAIS

Irene A. Glinos, Nicole Boffin et Rita Baeten

RESUME DU RAPPORT DE RECHERCHE¹

Le présent rapport est le résultat d'une étude de cas effectuée en 2004 et 2005 pour comprendre les pratiques et les motivations des marchés transfrontaliers conclus entre des hôpitaux belges, d'une part, et des acheteurs néerlandais et britanniques de soins de santé, d'autre part. L'étude a pour objectifs essentiels de déterminer le contexte dans lequel s'effectue, aux Pays-Bas et en Angleterre, l'achat de soins de santé à l'étranger, de préciser l'ampleur et la nature de l'achat de traitements dans les hôpitaux belges, d'identifier les motivations des intéressés et l'impact potentiel pour les systèmes de soins de santé et les acteurs concernés.

Une première étape importante a consisté à faire la lumière sur l'ampleur du phénomène. Nous avons découvert que même si la mobilité des patients vers la Belgique est relativement limitée, elle est en augmentation. Si l'on examine les données statistiques à partir de 2002 sur les admissions en hôpital de patients non belges vivant dans un autre Etat de l'UE, on se rend compte que ces admissions constituent à peine 0,5% du total des admissions dans les hôpitaux belges, l'afflux le plus important provenant des Pays-Bas, qui représentent environ 60% des patients non belges. Les données ont également montré que quelque 63% des admissions de patients étrangers ont eu lieu dans des hôpitaux de la région flamande. Les chiffres concernant les flux de patients dans le cadre du dispositif E112 ont permis des comparaisons entre 1998 et 2003 et montré que le chiffre total des patients E112 avait plus que doublé (de 10.773 à 22.333), tandis que celui des patients néerlandais E112 avait triplé (de 3.970 à 12.503). Les données des deux fonds de maladie néerlandais (OZ et CZ) possédant la plus longue expérience de la conclusion de marchés avec des hôpitaux belges ont montré qu'alors qu'à peu près 3.000 de leurs affiliés avaient été traités dans des hôpitaux belges sous contrat pour des soins ambulatoires et intramuraux en 2001, ce chiffre avait progressé jusqu'à environ 7.300 en 2004. Ces données de sources différentes confirment la hausse rapide mais aussi le volume toujours relativement marginal du nombre des patients étrangers soignés en Belgique. Toutefois, des chiffres portant sur des hôpitaux particuliers suggèrent que ce qui apparaît comme un phénomène limité à l'échelle du pays pourrait être concentré dans certains départements hospitaliers spécifiques : c'est ainsi par exemple que les patients étrangers représentaient 9,3% de la population des patients du département de chirurgie d'un hôpital universitaire belge.

¹ Glinos, I. A., Boffin, N. en Baeten, R. (2005), "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005 (http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy_ForPrint.pdf).

Comme les marchés transfrontaliers directs constituent des pratiques assez nouvelles et mal connues, il était important d'expliquer comment ils fonctionnent. En étudiant les phases initiales, nous avons découvert que dans le cas des marchés conclus avec les Pays-Bas, la présence de liens de coopération préexistants dans les régions frontalières de la Belgique et des Pays-Bas a joué un rôle important pour la création de ces nouveaux marchés.

Les marchés conclus par le NHS en Belgique ont été facilités par un projet pilote antérieur, par la signature d'un accord cadre bilatéral entre la Belgique et le Angleterre et par la création du *London Patient Choice Project*, qui visait à raccourcir les délais d'attente et à étendre les possibilités de choix pour les patients.

En examinant de plus près les conventions conclues, nous avons identifié quatre types d'acteurs :

- des acheteurs étrangers : quatre assureurs néerlandais et le NHS Lead Commissioner (soit le Guy's and St Thomas' Foundation Trust qui conclut les marchés pour le compte de quatre NHS Hospital Trusts) achètent des soins en Belgique ;
- des fournisseurs belges : hôpitaux et médecins hospitaliers ;
- les pouvoirs publics des deux pays "expéditeurs" (les Pays-Bas et l'Angleterre) et de Belgique ;
- un intermédiaire : un fonds de maladie belge, les MC, qui sert d'intermédiaire entre les assureurs néerlandais et les hôpitaux belges.

Les premiers contrats conclus par des Néerlandais avec des hôpitaux belges remontent à la fin des années 1990. Les contrats sont basés sur un "contrat type" officiel qui est couramment utilisé entre acheteurs et fournisseurs aux Pays-Bas. Les assureurs néerlandais ont établi diverses procédures d'évaluation pour sélectionner les hôpitaux belges. Si les contrats transfrontaliers doivent respecter les limites de programme néerlandais de soins de santé, ils varient cependant : certains sont globaux et recouvrent tous les traitements offerts par les hôpitaux belges, alors que d'autres sont plus restrictifs et précisent les traitements qui peuvent être fournis en Belgique. Les patients peuvent choisir librement d'être traités dans des hôpitaux néerlandais ou dans des hôpitaux belges sous contrat et il n'existe aucune différence dans le système d'aiguillage (*referral system*) si un patient choisit d'aller en Belgique. Du côté médical, les normes belges s'appliquent et les fournisseurs belges ne sont pas tenus de se conformer aux normes néerlandaises. Pour les assureurs néerlandais, les prix et les honoraires médicaux pour le traitement des patients néerlandais sont conformes aux tarifs belges. La mutuelle belge qui coopère avec deux de ces quatre assureurs, veille à ce que la facturation et la tarification soient correctes et appliquées selon la législation belge lorsque les hôpitaux belges facturent les assureurs néerlandais. Il faut signaler qu'un assureur néerlandais, OZ, emploie un système spécial de contrat hybride qui combine la procédure E112 et des contrats directs.

Les contrats entre le NHS et cinq hôpitaux belges ont été conclus en 2003 et couvraient la chirurgie de la hanche et du genou. Les processus de sélection et de qualification des hôpitaux belges, de même que les négociations contractuelles, ont été particulièrement longs et méticuleux. Les 21 annexes des contrats ont défini tous les détails des traitements, les plans de soins des patients, et la coopération entre hôpitaux. Un système de pairage ("*buddy system*") a été établi pour faciliter la collaboration entre médecins anglais et belges mais il n'a pas toujours fonctionné comme espéré. En outre, des fonctionnaires non-médecins, chargés de la liaison, les Euro-PALs, ont été engagés pour assister les patients. Les contrats définissaient des "prix forfaitaires" couvrant toutes les composantes des coûts de la chirurgie de la hanche ou du genou, et basés sur les tarifs belges officiels.

Pour comprendre les raisons qui motivent les protagonistes à participer à cette mobilité du patient, nous avons d'abord examiné la position des assureurs néerlandais. Les listes d'attente et la concurrence de plus en plus acharnée entre assureurs ont été les motifs essentiels du recours à des contrats à l'étranger. Les hôpitaux belges apparaissent comme des partenaires contractuels évidents en raison de

la proximité géographique et linguistique : des millions d'affiliés des assureurs néerlandais vivent dans les régions limitrophes de la Belgique et les prix des hôpitaux belges tendent à être moins chers de 10% qu'aux Pays-Bas. Comme les assureurs néerlandais exportent le système de contrat qu'ils utilisent aux Pays-Bas, la coopération avec les hôpitaux belges est facile. Pour le NHS et les Hospital Trusts qui envoient des patients à l'étranger, le souci de réduire les listes d'attente et de réaliser les objectifs gouvernementaux en matière de délais d'attente ont été les motivations essentielles. Les contrats directs ont été considérés comme la meilleure manière d'assurer la qualité et la sécurité des soins que des patients anglais reçoivent à l'étranger. Les hôpitaux belges ont été choisis parmi d'autres fournisseurs européens essentiellement en raison des facilités de déplacement à partir de Londres. Pour les assureurs néerlandais et le NHS, les contrats transfrontaliers peuvent aussi être vus comme un moyen de faire pression sur les fournisseurs nationaux (publics et /ou privés), parce que la conclusion de marchés à l'étranger peut décourager un comportement monopolistique en élargissant l'éventail des fournisseurs.

Pour leur part, les hôpitaux belges sont désireux d'admettre des patients étrangers et de conclure des contrats parce que le financement des hôpitaux est principalement basé sur le niveau d'activité, qu'il existe des incitants financiers à l'exploitation optimale des capacités, et que les revenus supplémentaires ainsi générés peuvent contribuer à couvrir des coûts d'investissements onéreux. Compte tenu de l'abondance de l'offre et de la concurrence entre les hôpitaux, l'admission de patients étrangers peut s'avérer essentielle pour certains hôpitaux de plus petite taille. En raison d'un système de paiement à l'acte, les médecins belges sont également soumis à des incitants financiers manifestes pour traiter davantage de patients ; en outre, la coopération transfrontalière peut être un moyen de renforcer leur réputation et leurs compétences et d'établir des liens avec des collègues à l'étranger.

Les principaux motifs qui ont poussé les pouvoirs publics des deux pays "exportateurs" ont été les pénuries au niveau de l'offre et les listes d'attente dans leurs systèmes, puisque la jurisprudence de la Cour de justice de l'UE a donné aux patients le droit de bénéficier de soins transfrontaliers lorsque le traitement ne peut pas être fourni dans le pays "dans un délai normalement nécessaire". Le recours à des contrats avec des fournisseurs étrangers permet aux acheteurs de mieux contrôler les flux de patients ainsi que la quantité, la qualité et le type de soins fournis. Les autorités belges, d'autre part, ont été soucieuses de protéger le système belge en faisant en sorte que les contrats transfrontaliers ne conduisent pas à des hausses de prix ou à des délais d'attente pour les patients nationaux.

Pour l'intermédiaire, les MC, la participation comme tierce partie contractante est une manière de garder un œil sur la situation et de veiller à ce que les prix belges et les aspects généraux du système belge soient respectés. Les MC ont intérêt à éviter que des listes d'attente n'apparaissent pour leurs membres et que des contrats étrangers créent une pression à la hausse sur les prix belges. En outre, dans le contexte de la concurrence croissante entre les fonds de maladie belges, s'engager dans des pratiques de contractualisation peut être un moyen pour les MC de renforcer leur position à la fois au niveau national et au niveau international, en établissant des relations privilégiées avec des fournisseurs belges et en créant des liens de coopération transfrontalière.

Une série de facteurs additionnels peuvent également influencer la mobilité des patients, en la favorisant ou en l'entravant.

L'organisation des soins préparatoires et du traitement de suivi peut être un défi pour les dispositifs transfrontaliers. Les hôpitaux belges considèrent que les lourdes procédures administratives et les longues négociations avec le NHS compliquent inutilement la mobilité des patients.

D'autre part, les Euro-PALs chargé d'assister les patients du NHS durant leurs séjours en Belgique ont été perçus comme très utiles. La nature imprévisible de la conclusion de contrats et des volumes des flux de patients a contribué à accroître les incertitudes relatives à la mobilité, cependant que dans

certains cas, l'absence de coopération de la part de fournisseurs néerlandais et anglais a empêché des patients de se rendre à l'étranger.

En raison de la méthode belge de calcul des prix journaliers pour les patients, qui ne reflète pas les coûts réels, les hôpitaux belges pourraient choisir de ne traiter que les patients étrangers qui ne représentent pas une perte pour eux. D'un point de vue psychologique, les soins de santé transfrontaliers peuvent conduire les patients à devoir choisir entre attendre "chez eux" d'être traités dans un environnement familier, ou se rendre à l'étranger pour bénéficier d'un accès rapide à des soins, mais dans un système qui leur inspire nettement moins confiance. Ce sentiment d'incertitude ou d'insécurité peut faire obstacle à la mobilité. D'un point de vue plus fonctionnel, la mobilité des patients peut être facilitée par l'implication d'acteurs locaux dans les arrangements transfrontaliers, selon une approche *bottom-up*, à partir de la base, plutôt que *top-down*, imposée par en haut, de ces nouvelles pratiques. *Last but not least*, nous avons noté la différence entre la frontière belgo-néerlandaise et la frontière belgo-britannique, la première apparaissant plus "fluide", en raison de facteurs géographiques, linguistiques et socioculturels, qui peuvent faire que les soins de santé de l'autre côté de la frontière paraissent plus accessibles.

Enfin, si l'on examine l'impact possible de la mobilité des patients et les opportunités et les risques qu'elle pourrait comporter pour les systèmes "exportateurs", le recours à des contrats transfrontaliers peut offrir des possibilités supplémentaires aux patients, qui bénéficient d'un accès plus rapide ou plus près de chez eux. Le recours à des contrats transfrontaliers peut aussi faire que les fournisseurs nationaux améliorent leurs performances et/ou baissent leurs prix, parce qu'ils sont conscients qu'il existe un risque de perdre des contrats et des patients au profit de fournisseurs étrangers. Toutefois, la rivalité transfrontalière pourrait également entraîner des distorsions de concurrence lorsque les prix des soins de santé ne couvrent pas les mêmes éléments de coût dans deux pays.

L'ouverture des frontières à la mobilité des patients implique également une expansion globale de la consommation des soins de santé, puisque l'accès aux soins étrangers va à l'encontre des mécanismes nationaux de limitation des coûts, ce qui peut avoir des conséquences sur les dépenses totales de soins de santé. Pour les prestataires du système "importateur", l'admission de patients étrangers est un moyen d'utiliser des capacités excédentaires et d'attirer des rentrées supplémentaires. Mais si les acheteurs étrangers sont en mesure d'offrir des prix plus élevés que les tarifs belges officiels, le risque existe que les contrats transfrontaliers créent une pression à la hausse sur les prix. Ce risque s'est d'ailleurs concrétisé à diverses occasions. L'apparition de délais d'attente pour les patients nationaux constitue un autre problème. Même si nous n'avons pas trouvé d'indications dans ce sens, il est difficile de se prononcer à cet égard vu l'absence d'enregistrement officiel en Belgique. En outre, il existe des incertitudes juridiques liées au calcul des budgets des hôpitaux belges et les pouvoirs publics manquent d'informations sur ce qui se pratique en fait sur le territoire national. Les réformes du système néerlandais des soins de santé pourraient également avoir des répercussions importantes en Belgique : cet impact ne s'arrêtera pas à la frontière. L'arrivée en Belgique de patients étrangers signifie aussi l'arrivée de procédures étrangères et nouvelles dans le système de soins de santé du pays.

Notre recherche suggère que, jusqu'à présent, les patients mobiles, les acheteurs étrangers et les fournisseurs belges profitent des opportunités croissantes en matière de soins transfrontaliers. Néanmoins, la prudence s'impose. Les flux des patients semblent devoir augmenter encore. Il existe un risque de pression à la hausse sur les prix, lorsque les tarifs belges ne sont pas intégrés dans les contrats. Comme les patients étrangers paraissent se concentrer sur des hôpitaux spécifiques et des départements hospitaliers spécifiques, il est recommandé de surveiller de près les tendances en question afin de garantir l'accès aux patients de Belgique. Un cadre établi au niveau européen pour les

contrats transfrontaliers entre fournisseurs et acheteurs, garantissant l'implication des pouvoirs publics des pays « expéditeurs » comme des pays « receveurs », pourrait s'avérer un instrument adéquat pour renforcer la sécurité juridique pour tous les acteurs, et pour garantir qu'à long terme, tous les patients, qu'ils aillent se faire soigner au-delà des frontières ou qu'ils soient traités dans leur système national, continuent de tirer profit de cette mobilité accrue des patients.

Au travers de notre étude de cas, nous avons pu obtenir une vision bien plus claire de ce qui se passe, de la manière dont la conclusion de contrats transfrontaliers fonctionne en pratique et des acteurs qu'elle implique. Comprendre les aspects pratiques permet également d'avoir une idée des raisons qui incitent aux contrats transfrontaliers, et qui expliquent donc pourquoi les protagonistes sont motivés ou non pour s'engager dans ces pratiques novatrices.

Mais à présent que le fonctionnement et la motivation des dispositifs transfrontaliers sont devenus plus clairs, d'autres questions plus controversées ont émergé. A un niveau général, il paraît légitime de se demander si la mobilité du patient est basée sur un libre choix du patient ou si elle est imposée par les circonstances et, à un niveau plus abstrait, si les flux transfrontaliers de patients doivent être finalement considérés comme un succès ou un échec.

La mobilité des patients pourrait être considérée comme une solution artificielle au problème des listes d'attente : plutôt que de résoudre le problème au sein du système national, les acheteurs s'adressent tout simplement à l'étranger pour trouver des solutions – ce qui revient en fait à exporter le(s) problème(s) de leur pays. En outre, le recours systématique aux capacités étrangères en matière de soins de santé pourrait être un moyen, pour un pays, de limiter les investissements nationaux coûteux dans ses infrastructures médicales. De telles stratégies apparaissent pertinentes pour des régions présentant des caractéristiques très spécifiques, comme l'isolement géographique ou la faible densité de population.

Du point de vue du patient, il est essentiel que les soins soient fournis près de chez lui et il appartient par conséquent à la responsabilité de ceux qui sont en charge de la fourniture de soins de santé d'organiser la dite fourniture pour satisfaire cette nécessité. L'importance de la proximité géographique et culturelle est illustrée par les volumes des flux de patients néerlandais ; alors que les membres des fonds de maladie qui vivent à proximité de la frontière belgo-néerlandaise se rendent en Belgique par milliers, les assureurs qui recrutent des membres dans l'ensemble des Pays-Bas sont déçus par le chiffre peu élevé de patients qui choisissent d'aller en Belgique. A ce sujet, il convient d'établir une distinction entre :

- la population vivant dans les régions limitrophes de la Belgique pour qui le recours au marché transfrontalier apparaît comme un dispositif pratique, logique et commode, pour une population qui réside plus près d'équipements belges de soins de santé que d'équipements néerlandais. Dans ce contexte, "à l'étranger" peut vouloir dire "plus près de chez soi", et les patients pourraient vraiment préférer des soins transfrontaliers.
- Les personnes qui vivent loin de la frontière, que ce soit aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, pour qui la mobilité est une alternative à de longs délais d'attente dans leur pays. Elles seront généralement plus réticentes à accepter de se rendre à l'étranger en préférant rester aussi près que possible de chez elles quand elles ont besoin de soins médicaux.

Cette distinction pose la question de savoir si la mobilité des patients est un dossier qui concerne les préférences des patients et l'élargissement de leurs possibilités de choix, ou si elle sert les intérêts d'autres acteurs, auquel cas les patients ne sont que des "outils" via lesquels les soins transfrontaliers s'effectuent, plutôt que la raison première de ces soins. Un facteur qui apparaît certainement derrière les accords transfrontaliers est l'intérêt des acheteurs de soins de santé à contourner les pénuries de l'offre au niveau national en recourant à des fournisseurs étrangers et en avertissant ainsi les fournisseurs nationaux qu'ils pourront être perdants s'ils n'améliorent pas leurs performances. Les exemples tirés des systèmes néerlandais et anglais suggèrent que les fournisseurs locaux sont plus

disposés à travailler davantage lorsque la “menace” de la mobilité des patients est très réelle : des indications montrent alors que les taux de performance s’améliorent et que les délais d’attente s’abrègent. Un autre facteur évident de la mobilité des patients est l’intérêt des fournisseurs de recevoir des patients étrangers. En Belgique, l’offre structurellement surabondante de soins hospitaliers, les incitants financiers directs pour les fournisseurs et la concurrence qui règne dans l’environnement hospitalier sont autant de facteurs expliquant pourquoi les hôpitaux et les médecins hospitaliers belges sont tout disposés à traiter davantage de patients. Si l’on considère les puissants intérêts, tant des acheteurs que des fournisseurs, la mobilité des patients se révèle comme un effet secondaire et non pas comme un but en soi.

Observatoire social européen
<http://www.ose.be>

Europe For Patients Project
<http://www.europe4patients.org>