

Sénat et Chambre des représentants de Belgique

SESSION DE 2005-2006

29 MARS 2006

**La mobilité des patients
dans l'Union européenne**

RAPPORT

FAIT AU NOM DU COMITÉ D'AVIS
FÉDÉRAL CHARGÉ DES QUESTIONS
EUROPÉENNES
PAR

M. NOREILDE (S)
ET MME DÉOM (CH)

Belgische Senaat en Kamer van volksvertegenwoordigers

ZITTING 2005-2006

29 MAART 2006

**De mobiliteit van patiënten
in de Europese Unie**

VERSLAG

NAMENS HET FEDERAAL
ADVIESCOMITÉ VOOR DE
EUROPESE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR

DE HEER NOREILDE (S)
EN MEVROUW DÉOM (K)

Composition du Comité d'avis / Samenstelling van het Adviescomité :

Présidents / Voorzitters : Herman De Croo (Ch/K) et Philippe Mahoux (S).

SÉNAT / SENAAT

Membres / Leden :

SP.A-SPIRIT	Staf Nimmegeers, Fauzaya Talhaoui.
VLD	Nele Lijnen, Stefaan Noreilde.
PS	Pierre Galand, Philippe Mahoux.
MR	Nathalie de T' Serclaes, François Roelants du Vivier.
CD&V	Luc Van den Brande.
Vlaams Belang	Karim Van Overmeire.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Fatma Pehlivan, Lionel Vandenberghe.
Pierre Chevalier, Luc Willems.
Jean Cornil, Marie-José Laloy.
Jihane Annane, Alain Destexhe.
Jan Steverlynck.
Frank Creyelman.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS / KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

Membres / Vaste leden :

VLD	Jacques Germeaux, Hilde Vautmans
PS	Camille Dieu, Patrick Moriau.
MR	Daniël Ducarme, Josée Lejeune.
SP.A-SPIRIT	Philippe De Coene, Inga Verhaert.
CD&V	Herman Van Rompuy.
Vlaams Belang	Guido Tastenhoye.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Miguel Chevalier, Stephan Goris, Luk Van Biesen.
Jean-Marc Delizée, Jean-Pol Henry, Valérie Déom.
Philippe Monfils, Hervé Hasquin.
Cemal Cavdarli, Dalila Douifi, Geert Lambert.
Roel Deseyn, Greta D'Hondt.
Alexandra Colen, Francis Van den Eynde.

Membre sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigde leden :

CDH	Brigitte Wiaux.
Écolo	Marie Nagy.

PARLEMENT EUROPÉEN / EUROPEES PARLEMENT

Membres / Vaste leden :

VLD	Dirk Sterckx.
CD&V-N-VA	Ivo Belet, Jean Luc Dehaene.
PS	Philippe Busquin, Alain Hutchinson.
MR	Antoine Dukesne.
SP.A-SPIRIT	Mia De Vits.
CDH	Raymond Langendries.
Vlaams Belang	Philip Claeys.
Agalev-Écolo	Bart Staes.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Annemie Neyts-Uyttebroeck, Johan Van Hecke.
Frieda Brepoels, Marianne Thyssen.
Véronique De Keyser, Marc Tarabella.
Gérard Deprez, Frédérique Ries.
Anne Van Lancker, Saïd El Khadraoui.
Mathieu Grosch.
Koenraad Dillen, Frank Vanhecke.
Pierre Jonckheer.

I. INTRODUCTION

Le Comité d'avis a examiné cette problématique au cours de ses réunions des 23 mars et 19 octobre 2004, et des 7, 28 et 29 mars 2006.

Sur la proposition qu'a faite à l'époque M. Jacques Germeaux en sa qualité de sénateur, le comité d'avis a décidé le 23 mars 2004 de consacrer un rapport d'initiative à la problématique de la mobilité des patients dans l'Union européenne. M. Germeaux et Mme Valérie Déom, députée, ont été désignés comme rapporteurs.

Le 19 octobre 2004, le comité d'avis et la commission des Affaires sociales du Sénat ont organisé conjointement une audition en présence de divers spécialistes belges.

Le 18 janvier 2006, les sénateurs Germeaux et Mahoux ont déposé auprès du comité d'avis une proposition de résolution concernant la mobilité des patients dans l'Union européenne. La proposition de résolution a été discutée une première fois le 7 mars 2006. Il fut alors décidé de permettre aux membres de la commission des Affaires sociales du Sénat et des commissions de la Santé publique et des Affaires sociales de la Chambre de communiquer leurs observations au sujet de la proposition de résolution de MM. Germeaux et Mahoux. En outre, consécutivement à la démission de M. Germeaux de son mandat de sénateur, M. Stefaan Noreilde a été désigné comme rapporteur pour le Sénat.

Les membres de la commission des Affaires sociales du Sénat et ceux de la commission de la Santé publique de la Chambre n'ont émis aucune observation. Le 29 mars 2006, la commission des Affaires sociales de la Chambre a rendu un avis positif sur la proposition de résolution (par 11 voix et 1 abstention) (1).

II. LE CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE : NOTE INTRODUCTIVE DE M. GERMEAUX

L'Union européenne exerce une influence directe et indirecte sur la politique sociale des États membres. L'influence directe se traduit par une série d'initiatives législatives prenant la forme de directives et de règlements. Ces initiatives législatives se fondent sur des dispositions du traité en vertu desquelles la Communauté est tenue d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques (art. 152 TCE). Toutefois, l'action de la Communauté dans ce domaine ne fait que compléter les politiques nationales en respectant pleinement les responsabilités des États membres.

(1) Voir rapport en annexe.

I. INLEIDING

Het Adviescomité heeft de problematiek behandeld op haar vergaderingen van 23 maart en 19 oktober 2004, en op 7, 28 en 29 maart 2006.

Op voorstel van de heer Jacques Germeaux, toentertijd senator, heeft het Adviescomité op 23 maart 2004 beslist om een initiatiefverslag te wijden aan de problematiek van de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie. De heer Germeaux en mevrouw Valérie Déom, kamerlid, werden aangeduid als rapporteur.

Op 19 oktober 2004 had, samen met de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat, een hoorzitting plaats met Belgische specialisten.

Op 18 januari 2006 hebben de senatoren Germeaux en Mahoux een voorstel van resolutie inzake de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie ingediend bij het Adviescomité. Het voorstel van resolutie werd een eerste keer besproken op 7 maart 2006. Er werd toen beslist om de leden van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat en van de commissies voor de Volksgezondheid en voor de Sociale Zaken van de Kamer de mogelijkheid te geven hun opmerkingen over het voorstel van resolutie van de heren Germeaux en Mahoux kenbaar te maken. Daarnaast werd de heer Germeaux, ten gevolge van zijn ontslag als senator, als rapporteur voor de Senaat vervangen door de heer Stefaan Noreilde.

Er werden geen opmerkingen ontvangen vanwege de leden van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat, noch vanwege de Commissie voor de Volksgezondheid van de Kamer. Op 29 maart 2006 heeft de Commissie voor de Sociale Zaken van de Kamer een positief advies uitgebracht over het voorstel van resolutie (11 stemmen bij één onthouding) (1).

II. DE CONTEXT VAN DE PROBLEMATIEK : INFORMATIEVE NOTA VAN DE HEER GERMEAUX

De Europese Unie oefent zowel rechtstreeks als onrechtstreeks een invloed uit op het sociale beleid van de lidstaten. De rechtstreekse invloed heeft betrekking op een aantal wetgevende initiatieven in de vorm van richtlijnen en verordeningen. Deze wetsinitiatieven zijn gebaseerd op verdragsbepalingen krachtens dewelke de Gemeenschap gehouden is om bij de bepaling en de uitvoering van haar beleid een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid te verzekeren (art. 152 VEG). Het optreden van de Gemeenschap ter zake vormt echter slechts een aanvulling op het nationale beleid, waarbij de verantwoordelijkheden van de lidstaten volledig worden geëerbiedigd.

(1) Zie verslag in bijlage.

Il y a également une influence indirecte. Ainsi, il y a l'impact concret de la réalité que constituent entre autres le marché unifié, le pacte de stabilité et de croissance, etc. Il y a également des effets juridiques indirects d'une série de libertés fondamentales (libre circulation des personnes, des marchandises et des services), qui portent directement atteinte à la souveraineté nationale, de même que des arrêts de la Cour européenne de justice.

À l'heure actuelle, l'UE reconnaît qu'on ne peut pas considérer que tout constitue une activité économique en Europe et qu'il y a lieu de faire une distinction entre l'activité économique et l'activité sociale. Il y a cependant une série de cas douteux qui généralement sont traités par la Cour de justice. Dans ces cas, elle doit souvent adopter un point de vue sans avoir reçu la moindre ligne directrice.

On peut citer l'exemple de la mobilité des patients. Ce cas présente une opportunité intéressante, qui pourrait, à long terme, résulter en une répartition des soins de santé. Chaque pays ne devra pas prévoir tout, mais l'on pourra créer des «centres d'excellence» européens auxquels tous les patients européens auront accès. Il faudra toutefois veiller à ce qu'on ne se mette pas à se renvoyer les problèmes. Il y a donc tout intérêt à prévoir un encadrement clair et efficace.

Le règlement 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, constitue le cadre traditionnel. Selon la philosophie qui le sous-tend, il faut intégrer le patient dans le système de solidarité sociale du pays où il est soigné. La Cour de justice a toutefois développé une jurisprudence selon laquelle un patient peut se faire soigner ailleurs sans en avoir demandé au préalable l'autorisation et sans tomber sous l'application du régime existant dans le pays où il est soigné. Il bénéficie des soins nécessaires, paie et envoie ensuite la facture aux services de son propre pays. Si la Cour de justice étend ce principe de manière à ce qu'il soit également applicable en ce qui concerne les interventions plus coûteuses et plus importantes, il peut en résulter une dislocation des régimes de solidarité nationaux. Il est dès lors essentiel de prévoir des lignes directrices si l'on veut éviter que, par exemple, des Néerlandais ou des Britanniques fortunés, ne créent, en Belgique, un régime de soins de santé parallèle et lucratif.

L'on est confronté actuellement à un déséquilibre en ce sens que les règles budgétaires applicables, qui sont fondées, sont très sévères, alors qu'aucune pression n'est exercée sur les États membres pour qu'ils investissent intelligemment dans une politique sociale. C'est pour remédier à cette situation que l'on a créé la méthode ouverte de coordination. L'objectif est d'organiser et d'institutionnaliser cette pression. La mé-

Onrechtstreeks is er ook een invloed. Zo is er een feitelijke invloed van onder meer de eengemaakte markt, het stabilisatie- en groeipact, etc. Daarnaast is er ook een indirecte juridische beïnvloeding via een aantal fundamentele vrijheden (vrij verkeer van personen, goederen en diensten) die rechtstreeks de nationale soevereiniteit aantasten evenals via een aantal arresten van het Europees Hof van Justitie.

Op dit ogenblik erkent de EU dat niet alles in Europa economische activiteit is, en dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen economische en sociale activiteit. Er bestaan echter een aantal twijfelgevallen die meestal door het Hof van Justitie worden behandeld. Daarbij moet deze vaak zonder enige «*guidance*» een standpunt innemen.

Als voorbeeld kan de mobiliteit van patiënten worden aangehaald. Dit is een opportuniteit, omdat dit op lange termijn zou kunnen zorgen voor een spreiding van de gezondheidszorg. Niet elk land zal alles moeten voorzien, maar er zullen Europese «*centres of excellence*» kunnen worden gecreëerd waar alle Europese patiënten toegang toe zullen hebben. Men moet echter oppassen dat dit niet leidt tot het exporteren van elkaars problemen. Er moet dus een duidelijke en goede omkadering voor bestaan.

Het traditionele kader hiervoor is verordening 1408/71 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels. De filosofie achter deze verordening bestaat erin de patiënt te integreren in de sociale solidariteit van het land waar hij verzorging krijgt. Het Hof van Justitie heeft echter een jurisprudentie ontwikkeld die het een patiënt mogelijk maakt om elders verzorging te zoeken zonder dit vooraf gevraagd te hebben en zonder dat hij valt onder het systeem van het verzorgende land. Hij krijgt verzorging, betaalt en stuurt de factuur achteraf naar de diensten van het eigen land. Indien het Hof van Justitie dit principe uitbreidt naar duurdere en belangrijkere ingrepen, dan kan dit leiden tot een ontwrichting van de nationale solidariteitssystemen. «*Guidance*» is dus essentieel om te vermijden dat bijvoorbeeld kapitaalkrachtige Nederlanders of Britten in België een parallel en lucratief gezondheidssysteem ontwikkelen.

Op dit ogenblik bestaat er een onevenwicht tussen de strenge en terechte begrotingsregels en het gebrek aan druk op de lidstaten om verstandig te investeren in een sociaal beleid. De methode van de open coördinatie is in het leven geroepen om hier iets aan te doen. Bedoeling is om deze druk te organiseren en te institutionaliseren. Deze methode heeft een positieve ontwikkeling gekend vanaf de top van Lissabon

thode en question a été développée dans un sens positif à partir du sommet de Lisbonne (mars 2000) et sous les présidences française et belge. Le processus en cours reste pourtant fragile et délicat. Il y a lieu, dès lors, de consolider cette méthode sur le plan social.

Il importe en la matière de dissiper le malentendu selon lequel le but serait de transférer les compétences sociales des États membres à l'UE. Il convient toutefois d'encourager les États membres à pratiquer une politique sociale et de leur donner suffisamment d'espace et de possibilités de le faire. Dans cette perspective, il faut assurer la clarté, créer un cadre pour la mobilité et lancer les processus politiques nécessaires.

Activités des institutions européennes

Lors du Conseil Santé du 26 juin 2002, les ministres ont convenu de renforcer la coopération afin de promouvoir autant que possible l'accès à des soins de santé de grande qualité, tout en maintenant la viabilité des systèmes de soins de santé dans l'UE. Un processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'UE a en outre été mis en œuvre.

Le 9 décembre 2003, les résultats du processus de réflexion à haut niveau ont été rendus public. À la fin de décembre 2003, la décision a été prise d'introduire, à partir du 1^{er} juin 2004, la carte européenne d'assurance maladie qui supprimera les procédures actuelles fondées sur différents formulaires (entre autres le E111) et les remplacera par une carte unique personnalisée. En vue d'améliorer les droits des personnes assurées, compte tenu de l'instauration de la carte européenne d'assurance maladie, le Conseil a modifié, le 4 mars dernier, le règlement 1408/71. Il y a aussi lieu de signaler la publication, le 25 février 2004, par la Commission européenne, de la proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur (1).

En réponse aux recommandations issues du processus de réflexion à haut niveau, la Commission européenne a adopté, le 20 avril 2004, une communication qui contient des propositions dans les domaines suivants (2) :

— une coopération européenne permettant une meilleure utilisation des ressources;

(1) COM(2004) 2.

(2) COM(2004) 301, Communication de la Commission : Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne.

(maart 2000) en vervolgens onder Frans en Belgisch voorzitterschap. Toch is dit proces zeer fragiel en broos. Het is dan ook noodzakelijk om deze methode te consolideren.

Hierbij is het belangrijk om het misverstand uit de wereld te helpen als zou het erom te doen zijn de sociale bevoegdheden van de lidstaten over te hevelen naar de EU. Men moet echter wel de lidstaten stimuleren, hen de ruimte en de mogelijkheden geven, om aan sociale politiek te doen. Hiervoor moet er juridische duidelijkheid komen, moet een kader voor de mobiliteit worden geschapen en moeten de nodige politieke processen worden opgestart.

Activiteiten van de Europese instellingen

Tijdens de Raad Volksgezondheid van 26 juni 2002 kwamen de ministers overeen om de samenwerking te intensiveren met het oog op een zo ruim mogelijke toegang tot kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg, waarbij erop moet worden toegezien dat de financiële levensvatbaarheid van de gezondheidszorgstelsels in de EU gehandhaafd blijft. Bovendien werd een denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de EU opgestart.

Op 9 december 2003 werd de uitkomst van het denkproces op hoog niveau bekend gemaakt. Op het einde van december 2003 werd tevens beslist tot de invoering vanaf 1 juni 2004 van de Europese ziekteverzekeringskaart, waardoor de huidige op verschillende formulieren gebaseerde procedures (onder meer E111) worden afgeschaft en vervangen door één gepersonaliseerde kaart. Teneinde de rechten van de verzekerden in verband met het gebruik van de Europese ziekteverzekeringskaart te verbeteren, heeft de Raad op 4 maart 2004 verordening 1408/71 gewijzigd. Daarnaast dient ook de publicatie op 25 februari 2004 door de Europese Commissie vermeld te worden van het voorstel voor een richtlijn betreffende de diensten op de interne markt (1).

Op 20 april 2004 heeft de Europese Commissie, als antwoord op de aanbevelingen van het denkproces op hoog niveau, een mededeling goedgekeurd waarin voorstellen werden gedaan op de volgende vlakken (2) :

— de Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten;

(1) COM(2004) 2.

(2) COM(2004) 301, Mededeling van de Commissie : Follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie.

— les besoins en matière d'information des patients, des professionnels et des responsables de l'élaboration des politiques;

— la contribution européenne aux objectifs en matière de santé;

— l'investissement dans la santé et les infrastructures sanitaires pour faire face à l'élargissement.

Sur la base de la communication de la Commission, le Conseil Santé des 1^{er} et 2 juin 2004, a tenu un débat et adopté des conclusions (1). Lors de l'échange de vues, la délégation belge a exprimé sa préoccupation en ce qui concerne l'inclusion des services liés aux soins de santé et à la santé dans le champ d'application de la proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur (la directive dite Bolkestein). Les conclusions prévoyaient en outre l'institution d'un « Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux » qui devra rendre compte au Conseil des questions de mobilité des patients. Ce Groupe de haut niveau a commencé ses travaux en juillet 2004 et est toujours actif.

Il faut enfin mentionner également la résolution sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé que le Parlement européen a adoptée le 9 juin 2005 (2).

III. AUDITION DU 19 OCTOBRE 2004

1. Exposé de Mme Rita Baeten, sociologue (Observatoire social européen)

Les citoyens ont le droit de circuler librement à l'intérieur de l'Union européenne. Le principe de la libre circulation s'appliquant également aux services, les prestataires de soins ont, eux aussi, le droit de se déplacer librement à l'intérieur de l'Union européenne et d'y dispenser des soins. Mais la question importante est de savoir comment ces soins sont payés. Pour les citoyens qui sont en mesure de payer eux-mêmes la totalité des soins, il n'y a pas de problème. Toutefois, la majeure partie des soins de santé dans les États membres est payée par le biais des systèmes de sécurité sociale.

La règle générale en vigueur jusqu'aux arrêts rendus par la Cour européenne de Justice en 1998 prévoyait que le paiement des soins était réglé sur la base du principe de territorialité. Cela impliquait que les autorités nationales d'un État membre organisaient et réglementaient les soins pour leurs propres ressortissants soignés par les prestataires de soins reconnus par

— de l'information des besoins de patients, professionnels et décideurs;

— de la contribution européenne aux objectifs en matière de santé;

— l'investissement dans la santé et les infrastructures sanitaires pour faire face à l'élargissement.

Op basis van de mededeling van de Commissie heeft de Raad Volksgezondheid van 1 en 2 juni 2004 een debat gehouden en conclusies aangenomen (1). Tijdens de gedachtewisseling heeft de Belgische delegatie haar bezorgdheid geuit over de opnemings van diensten op het gebied van de gezondheid en de gezondheidszorg in het toepassingsgebied van het voorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt (de zogenaamde Bolkesteinrichtlijn). In de conclusies werd de instelling aangekondigd van een « Groep op hoog niveau gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging » die verslag moet uitbrengen aan de Raad over aangelegenheden in verband met de mobiliteit van patiënten. Deze Groep op hoog niveau heeft haar werkzaamheden aangevat in juli 2004 en is nog steeds actief.

Ten slotte dient ook de resolutie over mobiliteit van patiënten en ontwikkelingen in de gezondheidszorg vermeld te worden die het Europees Parlement op 9 juni 2005 heeft aangenomen (2).

III. HOORZITTING VAN 19 OKTOBER 2004

1. Uiteenzetting door mevrouw Rita Baeten, sociologue (Observatoire social européen)

Burgers hebben het recht zich vrij te bewegen binnen de Europese Unie. Er is ook een vrij verkeer van diensten waardoor zorgverleners ook het recht hebben om zich vrij te verplaatsen binnen de Unie en er hun zorgen te verstrekken. Belangrijk om weten is wel hoe die zorgen betaald worden. Voor de burgers die de verzorging helemaal zelf kunnen betalen, is er geen probleem. Het grootste deel van de gezondheidszorgen in de lidstaten wordt echter betaald vanuit de sociale zekerheidsstelsels.

De algemene regel, die tot de arresten van het Europees Hof van Justitie van 1998 gold, was dat de betaling van zorgen geregeld was op basis van het territorialiteitsprincipe. Dit hield in dat de nationale overheden de zorgen organiseerden en reglementeerden voor de onderdanen van de eigen lidstaat die verzorgd werden door de zorgverstrekkers die erkend

(1) Voir le document 9507/04 (Presse 163) du Conseil.

(2) Voir le document P6_TA(2005)0236.

(1) Zie document 9507/04 (Presse 163) van de Raad.

(2) Zie document P6_TA(2005)0236.

l'institution nationale de paiement. Des exceptions à cette règle étaient prévues, notamment dans le cadre de la coordination des régimes de sécurité sociale au sein de l'Union européenne, ou des réglementations fondées sur des accords bilatéraux conclus entre États membres.

Le règlement de coordination 1408/71

La coordination des régimes de sécurité sociale est fixée légalement dans le règlement n° 1408/71 (1), lequel vise à garantir la libre circulation des personnes au sein de l'Union. À cet effet, il faut entre autres que celles-ci puissent conserver leurs droits en matière de sécurité sociale (chômage, pensions, soins médicaux, etc.) en cas de séjour dans un autre État membre de l'Union européenne.

Le règlement dispose qu'un citoyen résidant dans un autre État membre et nécessitant des soins médicaux est intégré temporairement dans le système de sécurité sociale de cet État membre et bénéficie de soins selon les règles en vigueur pour les citoyens de cet État. Cela vaut aussi bien pour les tarifs et la qualité des soins que pour la contribution propre du patient. L'imputation des frais est réglée entre les institutions de paiement des deux États membres concernés.

Toutefois, il existe différentes réglementations suivant la situation juridique dans laquelle le patient se trouve : une première catégorie est constituée par les citoyens qui habitent dans un État membre autre que celui où ils sont assurés; une deuxième catégorie est celle des citoyens qui résident temporairement dans un autre État membre (ils ont droit uniquement aux soins indispensables; formulaire E 111); une troisième catégorie se compose des travailleurs frontaliers qui ont droit aux soins médicaux dans les deux États membres; enfin, il y a les patients qui se rendent expressément dans un autre État membre afin d'y recevoir des soins médicaux programmés (formulaire E 112).

Pour cette dernière catégorie, la réglementation est la suivante. Un patient ne peut bénéficier de soins dans un autre État membre que s'il a obtenu l'autorisation préalable de l'institution de paiement (en Belgique, il s'agit de la mutualité). Les États membres eux-mêmes disposent d'une grande marge de liberté pour fixer les conditions d'octroi de cette autorisation. Le règlement 1408/71 prévoit cependant que cette autorisation ne peut pas être refusée si les soins dispensés à l'étranger figurent également dans la nomenclature des soins de santé assurés dans l'État membre d'origine et si, dans

waren door de nationale uitbetalingsinstelling. Daarop waren een aantal uitzonderingen voorzien, met name in het kader van de coördinatie van de socialezekerheidsregelingen in de EU, of regelingen op basis van bilaterale akkoorden afgesloten tussen lidstaten.

De coördinatieverordening 1408/71

De coördinatie van de socialezekerheidsregelingen is wettelijk vastgelegd in verordening 1408/71 (1). Doel van de verordening is om het vrij verkeer van personen binnen de Unie te garanderen. Daarvoor is het onder meer nodig dat ze hun sociale zekerheidsrechten (werkloosheid, pensioenen, medische zorgen, ...) kunnen behouden tijdens een verblijf in een andere EU-lidstaat.

De verordening bepaalt dat een burger die in een andere lidstaat verblijft en daar medische zorgen nodig heeft, tijdelijk deel gaat uitmaken van het socialezekerheidssysteem van die lidstaat en zorgen toegediend krijgt volgens de regels die gelden voor de burgers van die lidstaat. Dit slaat zowel op de tarieven, de kwaliteit van de zorgen en de eigen bijdrage van de patiënt. De verrekening van de kosten wordt geregeld tussen de betalingsinstellingen van de beide betrokken lidstaten.

Er bestaan wel verschillende regelingen naargelang de rechtstoestand waarin de patiënt zich bevindt : een eerste categorie zijn burgers die in een andere lidstaat wonen dan degene waar ze verzekerd zijn; een tweede categorie zijn burgers die tijdelijk in een andere lidstaat verblijven (zij hebben enkel recht op noodzakelijke zorgen; formulier E 111); een derde categorie zijn de grensarbeiders die recht hebben op medische zorgen in beide lidstaten; ten slotte zijn er de patiënten die expliciet naar een andere lidstaat gaan voor geplande medische zorgen (formulier E 112).

Wat deze laatste categorie betreft, is de regeling de volgende. Een patiënt kan alleen in een andere lidstaat verzorging krijgen indien hij vooraf de toestemming van de betalingsinstelling heeft bekomen (in België het ziekenfonds). De lidstaten zelf hebben een grote mate van vrijheid bij het bepalen van de voorwaarden voor het toekennen van die toestemming. De verordening 1408/71 bepaalt wel dat die toestemming niet mag geweigerd worden als de zorgen in het buitenland ook in het eigen land in het verzekerd pakket van de gezondheidszorgen zitten en als de zorgen niet binnen

(1) Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JO n° L 149 du 5 juillet 1971.

(1) Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkende en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen. Publicatieblad Nr. L 149 van 5 juli 1971.

ce dernier, les soins ne peuvent être dispensés dans un délai raisonnable.

En réalité, le règlement 1408/71, qui a toujours pu compter sur un large consensus entre les États membres, règle non pas la libre circulation des patients mais celle des citoyens qui se déplacent à l'intérieur de l'Union. En outre, il n'affecte en rien le principe de territorialité.

Par ailleurs, certains États membres ont également conclu des accords bilatéraux afin d'assouplir l'accès de leurs systèmes respectifs de sécurité sociale pour leurs citoyens, en particulier dans les régions frontalières. Toutefois, ces accords étaient également fondés sur le règlement.

Les arrêts de la Cour de Justice des Communautés européennes

La situation décrite ci-dessus a été modifiée par un certain nombre d'arrêts de la Cour européenne de Justice. Ainsi, les arrêts Kohll (C-158/96) et Decker (C-120/95), prononcés en 1998, étaient-ils potentiellement porteurs de conséquences radicales pour les patients mais aussi pour la cohésion interne des systèmes de soins de santé des États membres. Ces arrêts marquaient une rupture avec le principe de territorialité. En substance, les prestations en matière de soins de santé (tant en ambulatoire qu'en intramuros) étaient considérées comme une activité économique, et cela valait aussi bien pour les systèmes qui remboursaient des soins que pour ceux qui en dispensaient en nature. Les normes communautaires en matière de libre circulation des services s'appliquent donc aux soins médicaux. Cela signifie que les États membres ne peuvent soumettre les prestataires de soins d'autres États membres à aucune discrimination, à moins que celle-ci ne se justifie au regard de l'intérêt général (notamment si l'équilibre du système national de sécurité sociale ou la préservation d'une offre étendue de soins de santé accessible à tous sont menacés).

La Cour a également estimé que l'autorisation préalable requise pour pouvoir bénéficier de soins ambulatoires à l'étranger est une entrave à la libre circulation et ne se justifie pas du point de vue de l'intérêt général. L'autorisation préalable pour les soins hospitaliers constitue également une entrave, mais se justifie au regard de l'intérêt général : en effet, dans le secteur hospitalier, une planification est nécessaire pour pouvoir garantir une offre suffisamment équilibrée. De plus, cette offre génère d'importants frais fixes; si des ressortissants se rendaient massivement dans un autre État membre afin d'y recevoir des soins dans un hôpital, cela entraînerait une perte financière considérable pour l'État membre. Cependant, la Cour a estimé que l'octroi ou le refus de l'autorisation doit être

een redelijke termijn in het eigen land kunnen worden verstrekt.

Verordening 1408/71, die steeds heeft kunnen rekenen op een ruime consensus tussen de lidstaten, regelt eigenlijk niet het vrij verkeer van patiënten, maar van burgers die zich verplaatsen binnen de Unie. Ze laat bovendien het territorialiteitsprincipe onverlet.

Daarnaast werden er ook tussen bepaalde lidstaten bilaterale akkoorden afgesloten om de toegang voor hun burgers tot mekaars socialezekerheidssystemen te versoepelen, vooral in grensregio's. Deze akkoorden waren echter eveneens gebaseerd op de verordening.

De arresten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen

De hierboven beschreven toestand werd gewijzigd door een aantal arresten van het Europees Hof van Justitie. In 1998 werden de arresten Kohll (C-158/96) en Decker (C-120/95) gevelde, die potentieel heel verstrekkende gevolgen hadden voor de patiënten, maar ook voor de interne cohesie van de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten. De arresten betekenden een breuk met het territorialiteitsprincipe. In wezen werd zorgverlening (zowel ambulante als intramuraal) als economische activiteit gezien. Dit gold zowel voor stelsels die zorgen terugbetaalden als voor diegene die zorgen in natura leverden. De EU-verdragsregels inzake vrij verkeer van diensten zijn dus van toepassing op de medische zorgen. Dit houdt in dat lidstaten zorgaanbieders uit andere lidstaten niet mogen discrimineren, tenzij die discriminatie gerechtvaardigd is vanuit het algemeen belang (onder meer als het evenwicht van het nationale socialezekerheidsstelsel of als de vrijwaring van een voor iedereen toegankelijk breed aanbod aan gezondheidszorgen in gevaar komt).

Het Hof besliste ook dat de voorafgaandelijk vereiste toestemming voor het verkrijgen van ambulante zorgen in het buitenland, een belemmering is van het vrij verkeer en niet gerechtvaardigd is vanuit het algemeen belang. De voorafgaandelijke toestemming voor ziekenhuiszorgen is eveneens een belemmering, maar is wel gerechtvaardigd vanuit het algemeen belang: er is immers nood aan planning in de ziekenhuissector om een voldoende gespreid aanbod te garanderen. Bovendien zijn er daaraan belangrijke vaste kosten verbonden; als burgers massaal naar een andere lidstaat zouden gaan voor verzorging in een ziekenhuis, zou dat een belangrijk financieel verlies voor de lidstaat teweegbrengen. Toch benadrukte het Hof dat de toekenning of weigering van de toestem-

fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires envers l'offre étrangère et proportionnés à l'objectif à atteindre. En outre, l'autorisation ne peut pas être refusée lorsque le droit à des soins ne peut être concrétisé dans un délai raisonnable dans l'État membre d'origine.

La Cour s'est également prononcée sur un autre aspect, à savoir les critères de remboursement des soins prodigués à l'étranger. On appliquera désormais le principe du «pays payeur»: il y a lieu de suivre les règles du pays qui paie les soins en ce qui concerne tant la nomenclature des prestations assurées que les conditions de remboursement et les tarifs (le règlement 1408/71 prescrivait l'application des règles du pays où les soins étaient prodigués). Les critères utilisés doivent cependant être transparents, objectifs et non discriminatoires.

L'arrêt de la Cour a eu comme effet positif pour le patient (essentiellement les frontaliers et les patients inscrits sur des listes d'attente) d'assouplir l'accès aux soins prodigués à l'étranger. L'aspect négatif, c'est que les patients doivent d'abord déboursier eux-mêmes les frais, qu'il subsiste une insécurité juridique quant au remboursement effectif et à son montant, que la qualité des soins prodigués à l'étranger est incertaine, et que les frais de voyage et de séjour sont à charge du patient, ce qui aura probablement pour effet que ce seront surtout les patients plus aisés et mieux informés qui auront recours à la possibilité de se faire soigner à l'étranger.

Les arrêts ont également une incidence sur les systèmes de sécurité sociale: l'offre de soins doit être mieux adaptée aux besoins de la population. De plus, les États membres se trouvent face à une insécurité juridique considérable (Quelles conditions sont discriminatoires? Les États membres doivent-ils conclure des contrats avec des dispensateurs de soins étrangers et doivent-ils le faire par appel d'offres? Comment un État membre peut-il contrôler des dispensateurs de soins étrangers?). Les offreurs de soins et les utilisateurs de soins deviennent donc des acteurs sur un marché international.

Les arrêts sont également porteurs de risques pour les systèmes de sécurité sociale des États membres payeurs et receveurs. Pour les systèmes payeurs, il y a un risque de discrimination à rebours (pressions à la dérégulation, les prestataires de soins nationaux exigeant les mêmes conditions, plus souples, que leurs collègues étrangers), la programmation de l'offre intérieure peut être mise en difficulté et les priorités et la structuration des soins peuvent être compromises.

Pour le système dans lequel les patients bénéficient de soins à l'étranger, le risque est de voir se créer des circuits parallèles et commerciaux avec des prix et des

ming moet gebeuren op grond van criteria die objectief zijn, die niet discriminerend zijn ten overstaan van het buitenlandse aanbod en die evenredig zijn ten opzichte van het te bereiken doel. Ook mag de toestemming niet geweigerd worden wanneer het recht op zorg in eigen land niet binnen een redelijke termijn kan gerealiseerd worden.

Het Hof heeft eveneens uitspraak gedaan over een ander aspect, namelijk de betalingscriteria voor buitenlandse zorgen. Hier geldt voortaan het principe van het land van betaling; de regels van het land dat de zorgen betaalt moeten toegepast worden, zowel wat betreft het verzekerd pakket, de terugbetalingsvoorwaarden, als de tarieven (verordening 1408/71 bepaalde dat de regels van het land waar de zorgen verstrekt waren, van toepassing waren). Wel moeten de criteria transparant, objectief en niet-discriminerend zijn.

Positieve gevolgen van de uitspraak van het Hof voor de patiënt (vooral grensbewoners en wachtlijstpatiënten) waren dat de toegang tot buitenlandse zorg versoepeld was. Negatief is dat de patiënt de kosten eerst zelf moet betalen, dat er juridische onzekerheid blijft bestaan over de effectieve terugbetaling en het bedrag, dat er onzekerheid is over de kwaliteit van de zorgen in het buitenland en dat de reis- en verblijfskosten voor rekening van de patiënt blijven, wat vermoedelijk ertoe leidt dat vooral de beter bemiddelde en geïnformeerde patiënt gebruik zal maken van deze mogelijkheid.

De arresten hebben ook een impact op de socialezekerheidssystemen: het zorgaanbod moet meer aangepast worden aan de noden van de bevolking. Bovendien is er een belangrijke juridische onzekerheid ontstaan voor de lidstaten (Welke voorwaarden zijn discriminerend? Moeten lidstaten met buitenlandse zorgverstrekkers contracten afsluiten en moet dat via openbare aanbesteding gebeuren? Hoe kan een lidstaat buitenlandse zorgverstrekkers controleren?). Zorgaanbieders en zorginkopers worden dus spelers op een internationale markt.

De arresten houden ook risico's in voor de socialezekerheidssystemen van betalende en ontvangende lidstaten. Voor de betalende systemen bestaat het gevaar op omgekeerde discriminatie (druk voor deregulering doordat de binnenlandse zorgverstrekkers dezelfde, meer soepele voorwaarden eisen als de buitenlandse zorgverstrekkers), de binnenlandse aanbodplanning kan onder druk komen te staan en de prioriteitsstelling en de structurering van de zorg kunnen aangetast worden.

Voor het systeem waarvan patiënten zorgen in het buitenland ontvangen, bestaat het risico dat er parallelle en commerciële circuits ontstaan met verschil-

normes de qualité différents, de voir le prix des soins subir une pression à la hausse sous l'influence des prix plus élevés à l'étranger, d'assister à une exportation des temps d'attente et à une médicalisation croissante. Ces effets éventuels n'apparaîtront pas tous d'emblée, mais les pouvoirs publics devront suivre l'évolution de près.

Comment les États membres ont-ils réagi à ces arrêts? Ils se sont moins inquiétés du nombre de patients qui s'adresseraient à un autre État membre que de la cohésion interne des systèmes de soins nationaux. Presque aucun État membre n'a adapté son système de soins de santé (en Belgique, l'INAMI a assoupli les règles d'accès aux soins prodigués à l'étranger). À la suite des arrêts, un certain nombre d'États membres (surtout les Pays-Bas et le Royaume-Uni) ont conclu plus de contrats pour faire soigner des patients à l'étranger, surtout des patients inscrits sur des listes d'attente.

Futures évolutions politiques au niveau de l'UE

Le règlement 1408/71 a été adapté de manière à inclure les principes figurant dans les arrêts de la Cour. Les adaptations restent toutefois marginales et ne constituent pas une réponse suffisante aux arrêts.

À la demande des ministres, le Conseil « Santé » a établi, le 26 juin 2002, une résolution dans laquelle il exprime sa préoccupation quant à l'incidence des règles du marché interne sur le secteur des soins de santé national (1). Le Conseil a en outre décidé de lancer un processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients. Quatorze des quinze ministres de l'époque y ont participé. En décembre 2003, le rapport issu de ce processus de réflexion a été rendu public (2). Il contenait un certain nombre de recommandations concernant une collaboration plus étroite et une sécurité juridique plus grande. En réaction, la Commission a fait, en mai 2004, une communication sur la mobilité des patients (3). C'est une évolution importante, parce que jusque là, les États membres avaient toujours évité de débattre, au niveau de l'UE, des systèmes de soins de santé nationaux. La Commission a ensuite institué, en juin 2004, un groupe de haut niveau, qui est un organe permanent composé de spécialistes de tous les États membres, chargé d'engager des discussions formelles au niveau européen sur la mobilité des patients.

(1) 2240^e session du Conseil « Santé », Luxembourg, 26 juin 2002, doc. 10090/02 (Presse 182), p. 10 et 11.

(2) Commission européenne, direction générale Santé et Protection des consommateurs, doc. HLPR/2003/16 du 9 décembre 2003.

(3) COM (2004) 301 du 20 avril 2004.

lende prijzen en kwaliteitsnormen, dat er onder invloed van hogere buitenlandse prijzen een opwaartse druk op de zorgprijzen ontstaat, dat er export van wachttijden plaatsheeft en dat er een toenemende medicalisering op gang komt. Deze mogelijke effecten zullen niet allemaal onmiddellijk optreden, maar de overheden moeten de evolutie goed opvolgen.

Wat waren de reacties van de lidstaten op deze arresten? Er was niet in de eerste plaats grote ongerustheid over het aantal patiënten dat naar een andere lidstaat zou gaan, als wel over de interne cohesie van de nationale zorgstelsels. Er zijn nauwelijks lidstaten geweest die hun stelsel hebben aangepast (in België heeft het RIZIV de regels voor toegang tot buitenlandse zorg versoepeld). Een aantal lidstaten (vooral Nederland en het Verenigd Koninkrijk) hebben op basis van de arresten meer contracten gesloten voor buitenlandse zorg, vooral voor patiënten die op wachtlijsten stonden.

Verdere politieke ontwikkelingen op EU-niveau

De verordening 1408/71 werd aangepast in de zin dat de principes van de arresten van het Hof werden overgenomen. Toch zijn de aanpassingen slechts marginaal en vormen ze geen afdoend antwoord op de arresten.

Op vraag van de ministers heeft de Raad Gezondheid op 26 juni 2002 een resolutie opgesteld waarin de bezorgdheid werd uitgesproken over de impact van de regels van de interne markt op de nationale zorgsector (1). De Raad besliste bovendien om een reflectieproces op hoog niveau in te stellen over de patiëntenmobiliteit. Veertien van de toenmalige vijftien ministers hebben daaraan deelgenomen. In december 2003 werd het rapport van dat reflectieproces uitgebracht (2). Het rapport bevatte een aantal aanbevelingen inzake nauwere samenwerking en meer juridische zekerheid. De Europese Commissie heeft daarop in mei 2004 gereageerd met een mededeling over patiëntenmobiliteit (3). Dit is een belangrijke evolutie omdat tot dan de lidstaten steeds een discussie op EU-niveau over de nationale gezondheidszorgstelsels vermeden hebben. Daaropvolgend heeft de Commissie in juni 2004 een Groep op Hoog Niveau opgericht dat een vast orgaan is, bestaande uit specialisten uit de lidstaten, dat op Europees niveau formele discussies aangaat over patiëntenmobiliteit.

(1) 2240^e Zitting van de Raad Volksgezondheid, Luxembourg, 26 juni 2002, doc. 10090/02 (Presse 182), blz. 10 en 11.

(2) Europese Commissie, Directoraat-generaal Gezondheid en Consumentenbescherming, doc. HLPR/2003/16 van 9 december 2003.

(3) COM (2004) 301 van 20 april 2004.

D'autres éléments importants sont la publication par la Commission, en 2004, du Livre blanc sur les services d'intérêt général (1) et la proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur (2). Ce dernier document revêt une grande importance pour la discussion sur la mobilité des patients. Les soins de santé ont été intégrés dans la proposition de directive parce que la Cour de justice les a définis comme une activité économique. La proposition de directive relative aux services concerne aussi bien la mobilité des patients et des dispensateurs de soins que celle des soins en eux-mêmes. La proposition contient notamment les principes suivants : liberté d'établissement, principe du pays d'origine, libre circulation des services, remboursement des soins médicaux prodigués à l'étranger (l'insécurité juridique existante n'est toutefois pas levée). Force est de constater à vrai dire que cette proposition ne tient pas compte de la spécificité du marché des soins de santé (avec comme conséquences éventuelles, une insécurité juridique persistante, une dérégulation, un impact sur la planification et le financement des systèmes de soins).

Les développements au niveau européen ne peuvent évidemment être dissociés d'un certain nombre d'évolutions sociales : mobilité croissante des citoyens et des professionnels; évolutions technologiques permettant des soins très spécialisés qui ne doivent pas nécessairement être offerts dans tous les États membres; pouvoirs publics organisant eux-mêmes davantage le fonctionnement du marché dans leurs régimes de soins; plus grande assertivité et attentes plus élevées du patient; technologies de l'information et de la communication créant de nouvelles possibilités.

Conclusion

Mme Baeten s'attend à ce que, du point de vue quantitatif, la mobilité des patients se limite aux personnes résidant dans les régions frontalières, aux travailleurs frontaliers, aux patients ayant besoin de soins spécifiques et aux patients inscrits en liste d'attente. L'incidence des évolutions au niveau européen sur les systèmes de santé nationaux peut cependant s'avérer importante sur le plan de l'insécurité juridique (comment les notions de non-discrimination et d'intérêt général seront-elles comprises?) et de la cohésion interne des systèmes de soins (interférence de trois principes : pays de la prestation des soins — règlement 1408/71, pays du paiement — arrêts de la Cour de justice, pays d'établissement — proposition de directive relative aux services). L'interaction entre les divers systèmes de soins augmentera également : les offreurs de soins et les financeurs de soins agiront en acteurs de marché

(1) COM (2004) 374 du 12 mai 2004.

(2) COM (2004) 2 du 25 février 2004.

Ook belangrijk is de publicatie door de Commissie in 2004 van het Witboek over diensten van algemeen belang (1) en de ontwerpdienstenrichtlijn (2). Dat laatste document heeft een groot belang voor de discussie over de patiëntenmobiliteit. Gezondheidszorgen zijn in het voorstel van richtlijn geïntegreerd omdat het Hof van Justitie deze heeft gedefinieerd als een economische activiteit. In het geval van het richtlijnvoorstel over diensten gaat het zowel om de mobiliteit van de patiënt, van de zorgverstrekkers als van de zorg op zich. Het voorstel houdt onder meer de volgende principes in : vrijheid van vestiging, principe land van oorsprong, vrij verkeer van diensten, terugbetaling van de medische zorgen in het buitenland (waarbij echter de bestaande rechtsonzekerheid niet wordt weggewerkt). Eigenlijk moet worden vastgesteld dat dit voorstel niet inspeelt op de specificiteit van de gezondheidszorgmarkt (met als eventuele gevolgen blijvende rechtsonzekerheid, deregulering, impact op planning en financiering zorgsystemen).

Uiteraard kan het gebeuren op Europees niveau niet los gezien worden van een aantal maatschappelijke evoluties : toenemende mobiliteit van burgers en beroepsbeoefenaars; technologische evoluties die heel gespecialiseerde zorgen mogelijk maken die niet noodzakelijk in alle lidstaten moeten worden aangeboden; overheden organiseren zelf meer marktwerking in hun zorgstelsels; de patiënt wordt mondiger en heeft hogere verwachtingen; de informatie- en communicatietechnologieën scheppen nieuwe mogelijkheden.

Besluit

Mevrouw Baeten verwacht dat de mobiliteit van patiënten, kwantitatief bekeken, beperkt zal blijven tot bewoners uit grensregio's, grensarbeiders, patiënten met specifieke zorgen en wachtlijstpatiënten. De impact van de ontwikkelingen op Europees niveau op de nationale zorgstelsels kan wel belangrijk zijn op vlak van de juridische onzekerheid (hoe zullen de noties van niet-discriminatie en algemeen belang ingevuld worden?) en de interne cohesie van de zorgstelsels (het door mekaar lopen van drie principes : land van verstrekking — verordening 1408/71, land van betaling — arresten Hof van Justitie, land van vestiging — dienstenrichtlijnvoorstel). Ook de interactie tussen de zorgstelsels zal toenemen : zorgaanbieders en zorgfinanciers zullen als internationale marktspelers ageren; toenemende concurrentie; nationale overheden verliezen deels hun sturende rol; er zal meer grensoverschrijdend gecontracteerd worden; on-

(1) COM (2004) 374 van 12 mei 2004.

(2) COM (2004) 2 van 25 februari 2004.

international; la concurrence ira croissante; les pouvoirs nationaux seront en partie privés de leur rôle d'orientation; il y aura davantage de contrats transfrontaliers; impact incertain sur la qualité, l'accessibilité et le niveau de prix des soins de santé.

2. Exposé de M. Alain Coheur, directeur des Affaires européennes et internationales (Union nationale des Mutualités socialistes).

En ce qui concerne le règlement 1408/71, il y a eu une évolution de la mobilité originelle des travailleurs (rendu possible par les formulaires comme le E111) vers une mobilité des citoyens (par le remplacement de divers formulaires par la carte européenne d'assurance maladie).

Les arrêts de la Cour européenne de justice reposent sur les traités européens. Il est important de noter que les traités organisent le principe de subsidiarité, notamment dans les articles 2 TCE («promouvoir un niveau d'emploi et de protection sociale élevé»), 3 TCE («l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé») et 5 TCE («la Communauté n'agit dans les limites des compétences et des objectifs qui lui sont attribués par le Traité»). Les arrêts de la Cour sont basés sur les articles 28 et 30 TCE qui traitent de la libre circulation des biens, les articles 18, 39, 42 et 43 concernant la libre circulation des personnes, les articles 49 et 50 sur la libre circulation des services, les articles 85 et 86 (concurrence et services d'intérêt général), l'article 87 sur les aides d'État, l'article 95 sur le marché intérieur et l'article 152 qui traite spécifiquement de la santé publique. Il est intéressant de constater que le traité ne parle que de la santé publique dans l'article 152, tandis que l'organisation de la mobilité des personnes, des biens et des services est réglée par différents articles dans le traité. Ceci montre l'importance de la notion de «marché» de santé en Europe.

En ce qui concerne les arrêts de la Cour, il est utile de rappeler qu'il y a eu d'autres arrêts avant les arrêts Kohll et Decker. Le plus important au niveau de la sécurité sociale est l'arrêt Duphar (C-238/82) de 1982, qui confirme le principe de subsidiarité (le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale). Dans ce cadre l'on peut se poser la question de savoir dans quelle mesure la proposition de directive sur les services respecte la compétence des États membres. Autres arrêts importants :

— l'arrêt Coonan : il appartient à chaque État membre de déterminer les conditions du droit de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale;

zekere impact op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorgen.

2. Uiteenzetting door de heer Alain Coheur, directeur Europese en internationale aangelegenheden (Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten).

Wat verordening 1408/71 betreft, is de oorspronkelijke mobiliteit van de werknemers (die mogelijk werd gemaakt door formulieren als het E111-formulier) geëvolueerd naar de mobiliteit van de burgers (verschillende formulieren werden vervangen door de Europese ziekteverzekerskaart).

De arresten van het Europees Hof van Justitie zijn gebaseerd op de Europese verdragen. Het is van belang te noteren dat de verdragen het subsidiariteitsprincipe regelen, meer bepaald in de artikelen 2 EGV (een hoog niveau van werkgelegenheid en van sociale bescherming), 3 EGV (een bijdrage tot het verwezenlijken van een hoog niveau van de bescherming van de gezondheid) en 5 EGV (De Gemeenschap handelt binnen de grenzen van de haar door dit Verdrag verleende bevoegdheden en toegewezen doelstellingen). De arresten van het Hof zijn gebaseerd op de artikelen 28 en 30 EGV, die het vrije verkeer van goederen betreffen, de artikelen 18, 39, 42 en 43 die gaan over het vrije verkeer van personen, de artikelen 85 en 86 (mededinging en diensten van algemeen belang), artikel 87 over de steunmaatregelen van de staten, artikel 95 over de interne markt en artikel 152, dat in het bijzonder over volksgezondheid handelt. Men merkt dat het alleen in artikel 152 over volksgezondheid gaat, terwijl de organisatie van de mobiliteit van personen, goederen en diensten in verschillende artikelen ter sprake komt. Dit toont aan hoe belangrijk het begrip «markt» in de gezondheidscontext is.

Met betrekking tot de arresten van het Hof moet men er rekening mee houden dat er vóór de arresten Kohll en Decker nog andere arresten zijn geweest. Het belangrijkste op het vlak van de sociale zekerheid is het arrest Duphar (C-238/82) van 1982, dat het subsidiariteitsprincipe bevestigt (de bevoegdheid van de lidstaten om hun sociale zekerheidsstelsel te organiseren, wordt niet geschonden door het gemeenschapsrecht). In dit verband kan men zich trouwens afvragen in hoeverre de voorgestelde richtlijn over de dienstverlening rekening houdt met de bevoegdheid van de lidstaten. Andere belangrijke arresten zijn :

— het arrest Coonan : het komt aan elke lidstaat toe de voorwaarden te bepalen van de verplichting om toe te treden tot een sociaal zekerheidsstelsel;

— l'arrêt Poucet et Pistre (C-159/91 et C-160/91): les régimes de sécurité sociale obligatoires qui reposent sur le principe de solidarité, dont le but est non lucratif, dont les cotisations sont proportionnelles au revenu et dont les prestations sont identiques pour les bénéficiaires, remplissent exclusivement une fonction sociale et ne constituent pas une activité économique;

— l'arrêt Humbel (C-263/86) qui visait l'enseignement public mais pourrait être élargi à l'assurance maladie obligatoire: l'enseignement public n'est pas un service rémunéré et n'est donc pas concerné par la libre prestation des services. L'État assure l'enseignement sur base d'une mission de service public. Le service est une émanation de l'État, essentiellement financé par des moyens publics. Le prix n'est pas fixé entre le prestataire et le récipiendaire.

Par ces arrêts, la Cour encadre tant la mobilité des patients que le fonctionnement et l'organisation des systèmes d'assurances maladies obligatoires.

En ce qui concerne la Commission, l'on remarque depuis quelques années une accélération de la publication des communications. Durant presque 45 ans, la Commission ne s'est quasiment pas occupée de la sécurité sociale mais, depuis dix ans, les communications se succèdent. Cette situation démontre qu'il y a une prise de conscience au niveau européen des enjeux et des intérêts en matière de soins de santé.

D'autres éléments interviennent également:

— le rapport du Parlement européen sur l'assurance maladie complémentaire (A5-0266/2000);

— les directives assurances vie et non vie, qui permettent entre autres aux sociétés d'assurances complémentaires de s'installer librement dans un autre pays membre de l'Union européenne;

— les initiatives de la Commission en matière de services d'intérêt général;

— la Charte des droits fondamentaux de l'UE.

Il est évident que l'environnement législatif respectif des pays voisins a une influence sur la situation belge (notamment les régions frontalières), tant en ce qui concerne le niveau des cotisations, que l'organisation et les structure des compétences ainsi que l'étendue de la couverture des prestations. Le schéma suivant traduit la situation en matière de soins de santé lorsqu'une personne se déplace à l'étranger. Le parcours total dure en moyenne deux à trois ans.

— het arrest Pucet en Pistre (C-159/91 en C-160/91): de verplichte sociale zekerheidsstelsels die berusten op het solidariteitsprincipe, die geen winstgevend oogmerk hebben, waarvan de bijdragen in verhouding staan tot het inkomen en de prestaties voor de begunstigden identiek zijn, vervullen een louter sociale functie en worden niet als een economische activiteit beschouwd;

— het arrest Humbel (C-263/86), dat het openbaar onderwijs betreft maar ook tot de verplichte ziekteverzekering kan worden uitgebreid: het openbaar onderwijs is geen dienst tegen vergoeding en het vrij verrichten van diensten heeft er dus geen betrekking op. De staat verstrekt onderwijs als een onderdeel van de openbare dienstverlening. De geboden dienst komt van de staat en wordt voornamelijk gefinancierd met overheidsgeld. Er is geen prijs vastgelegd tussen de verstrekker en de afnemer van de dienst.

Door middel van deze arresten schept het Hof een kader voor de mobiliteit van de patiënten maar ook voor de werking en de organisatie van de verplichte ziekteverzekeringsstelsels.

Wat de Commissie betreft, merkt men al een paar jaar dat er steeds meer mededelingen gepubliceerd worden. Gedurende bijna 45 jaar heeft de Commissie zich amper met de sociale zekerheid bezig gehouden, maar de laatste 10 jaar volgen de publicaties elkaar op. Dit bewijst dat men zich op Europees niveau bewust wordt van de inzet en het belang van de gezondheidszorg.

Er zijn nog andere elementen die een rol spelen:

— het verslag van het Europees parlement over de aanvullende ziektekostenverzekering (A5-0266/2000);

— de richtlijnen over levens- en overlijdensverzekeringen, die onder andere de maatschappijen voor aanvullende verzekering in staat stellen zich in een andere lidstaat van de Europese Unie te vestigen;

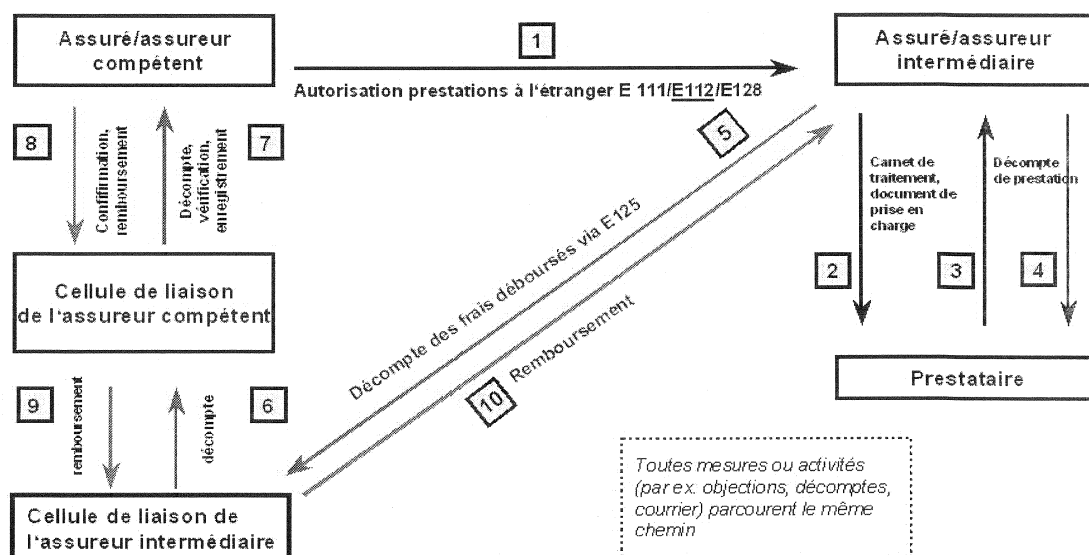
— de initiatieven van de Commissie in verband met het verlenen van algemene diensten;

— het Handvest van de grondrechten van de EU.

Het is duidelijk dat de wetten van onze buurlanden onze eigen situatie (zeker in de grensgebieden) beïnvloeden en met name hoe hoog de bijdragen zijn, hoe de bevoegdheden gestructureerd en georganiseerd zijn en in hoeverre de prestaties terugbetaald worden. Het volgende schema toont de situatie van de gezondheidszorg wanneer iemand zich naar het buitenland begeeft. Het totale parcours neemt gemiddeld twee tot drie jaar in beslag.

Situation de départ

Droit interétatique - Accord de prestation et décompte



Coheur Alain - UNMS

MET DE KLOK MEE :

oorspronkelijke situatie

interstatelijk recht — prestatie-overeenkomst en berekening

verzekerde/bevoegde verzekeraar

toelating voor prestaties in het buitenland (E 111/E 112/E 128)

verzekerde/tussenpersoon verzekeraar

behandelingsboekje, documenten van de opname/behandeling

berekening van de prestaties

alle maatregelen of handelingen (bijvoorbeeld bezwaren, berekeningen, briefwisseling) leggen dezelfde weg af

verbindingssel van de tussenpersoon verzekeraar

terugbetaling

berekening

verbindingssel van de bevoegde verzekeraar

bevestiging, terugbetaling

berekening, nazicht, registratie

DIAGONAAL :

Berekening van de gedane uitgaven via E 125

Terugbetaling

Le tableau suivant contient des données sur le coût moyen des prestations de soins de santé sous le règlement 1408/71 (par habitant). Ce ne sont pas des sommes énormes qui peuvent déstabiliser le système national belge des soins de santé.

De volgende tabel bevat gegevens in verband met de gemiddelde kostprijs van de gezondheidszorg op basis van verordening 1408/71 (per inwoner). Het gaat niet om gigantische sommen die het Belgisch nationaal systeem voor gezondheidszorg uit zijn evenwicht kunnen brengen.

	1989	1993	1997	1998	2001
Belgique	3,62	8,93	8,93	4,38	7,3
Allemagne	1,77	1,83	2,08	2,21	3,1
Danemark	-	0,16	0,83	0,63	0,3
Espagne	0,33	1,48	1,03	1,11	0,6
Irlande	0,18	0,65	1,68	0,93	1,2
France	0,79	1,87	1,21	1,05	2
Grèce	0,95	2,51	2,68	3,15	4
Italie	2,99	8,36	3,52	2,89	3,2
Luxembourg	58,01	149,55	135,29	116	170
Pays-Bas	1,95	0,26	1,98	2,85	2,8
Portugal	0,82	3,76	6,81	7	4,5
Royaume-Uni	0,33	1,61	1,92	0,36	1
Autriche	-	-	0,48	1,87	4,4
Finlande	-	-	0,49	0,52	0,8
Islande	-	-	0,59	0,64	1,7
Norvège	-	-	0,95	1,56	0,4
Suède	-	-	0,65	0,96	1,6
Moyenne/habitant	1,31	2,95	2,37	1,99	2,6

En Belgique, les régions frontalières ont mis sur pied des coopérations transfrontalières avec des régions des pays voisins (France, Allemagne, Pays-Bas, Luxembourg). Les objectifs sont les suivants :

- meilleure coopération entre les organismes assureurs,
- coopération concernant l'accès à certaines prestations transfrontalières,
- conseils concernant le cadre législatif,
- création de collaborations et synergies entre hôpitaux,
- création d'un forum interrégional franco-belge qui analyse en permanence l'offre de prestations, les besoins médicaux, les moyens juridiques et financiers en matière de sécurité sociale.

Il y a deux projets relativement importants, IZOM (Intégration Zorg op Maat dans l'Eurégion Meuse-Rhin) et Transcards (coopération franco-belge), qui tous les deux restent dans le cadre du règlement 1408/71. Il y a en outre des conventions de coopération entre hôpitaux belges et sociétés d'assurance étrangères. Reste à mentionner l'accord belgo-anglais signé en 2002. Le fait qu'un accord ait été signé est important parce qu'il permet d'encadrer la mobilité des patients. La aussi, les résultats montrent que cette forme de coopération

	1989	1993	1997	1998	2001
België	3,62	8,93	8,93	4,38	7,3
Duitsland	1,77	1,83	2,08	2,21	3,1
Denemarken	-	0,16	0,83	0,63	0,3
Spanje	0,33	1,48	1,03	1,11	0,6
Ierland	0,18	0,65	1,68	0,93	1,2
Frankrijk	0,79	1,87	1,21	1,05	2
Griekenland	0,95	2,51	2,68	3,15	4
Italie — Italië	2,99	8,36	3,52	2,89	3,2
Luxemburg	58,01	149,55	135,29	116	170
Nederland	1,95	0,26	1,98	2,85	2,8
Portugal	0,82	3,76	6,81	7	4,5
Verenigd Koninkrijk	0,33	1,61	1,92	0,36	1
Oostenrijk	-	-	0,48	1,87	4,4
Finland	-	-	0,49	0,52	0,8
IJsland	-	-	0,59	0,64	1,7
Noorwegen	-	-	0,95	1,56	0,4
Zweden	-	-	0,65	0,96	1,6
Gemiddelde/inwoner	1,31	2,95	2,37	1,99	2,6

In België hebben de grensgebieden grensoverschrijdende samenwerkings-overeenkomsten met de gebieden aan de andere kant van de grenzen met onze buurlanden (Frankrijk, Duitsland, Nederland, Luxemburg). Het doel hiervan is :

- tot een betere samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen te komen,
- samen te werken inzake de toegang tot bepaalde grensoverschrijdende prestaties,
- elkaar te adviseren met betrekking tot het wetgevend kader,
- samenwerking en synergie te creëren tussen ziekenhuizen,
- een Frans-Belgisch interregionaal forum op te richten dat doorlopend het aanbod van zorgverstrekking, medische behoeften en juridische en financiële middelen op het vlak van de sociale zekerheid kan analyseren.

Er bestaan twee vrij belangrijke projecten : IZOM (Integratie Zorg op Maat, in de Euregio Maas-Rijn) en Transcards (Frans-Belgische samenwerking), die beide binnen het kader van de verordening 1408/71 blijven. Bovendien zijn er samenwerkingsovereenkomsten tussen Belgische ziekenhuizen en buitenlandse verzekeringsmaatschappijen. Ook is er nog het Belgisch-Engels akkoord van 2002. Dat er een akkoord is getekend is belangrijk, omdat dit het mogelijk maakt de mobiliteit van de patiënten onder

n'a pas générée un flux massif de patients britanniques vers la Belgique, ce qui aurait pu déstabiliser le système des soins de santé belge.

En guise de conclusion, M. Coheur fait observer que les facteurs qui entraînent cette mobilité sont :

- manque de services ou structures dans les pays de résidence, particulièrement dans les zones frontalières;

- la prise de conscience des soins de santé à l'étranger. Jusque maintenant, il n'existe pas de phénomène de shopping médical.

À l'avenir, la mobilité des patients s'amplifiera lentement. La problématique des centres de références européens se fera de plus en plus remarquer : vu le coût des technologies nouvelles, ne faut-il pas créer au niveau européen des centres de références vers lesquels les patients pourraient être dirigés. Une plus grande intégration des zones frontalières est souhaitable. De plus en plus d'organismes assureurs concluront des conventions avec des prestataires étrangers (élimination des listes d'attente, réduction des coûts).

3. Exposé du Professeur Guy Durant, administrateur général des Cliniques universitaires Saint-Luc, président de l'Association belge des hôpitaux

En ce qui concerne les patients « européens », il est important de rappeler les trois catégories :

- le patient muni d'un formulaire E111 ou E112, pour lesquels il existe la notion d'autorisation préalable;

- en ce qui concerne les accords spécifiques avec un pays, notamment la Grande-Bretagne, les craintes initiales ne se sont pas corroborées. Toutefois, des accords avec d'autres pays peuvent toujours être conclus par exemple dans le cadre du récent élargissement de l'Union;

- les patients individuels dans le cadre des accords transfrontaliers.

La Cour européenne de justice a estimé avec les arrêts Kohll et Decker, que pour les soins ambulants, une autorisation préalable n'était plus nécessaire parce que ce type de soins resterait rare, ne risquerait pas de déséquilibrer le régime de sécurité social et ne mettrait pas en danger son équilibre budgétaire. Pour les mêmes raisons, les soins hospitaliers nécessitaient toujours une autorisation préalable.

controle te houden. Ook daar tonen de cijfers dat deze vorm van samenwerking geen massale toevloed van Engelse patiënten naar België heeft gebracht, wat de Belgische gezondheidszorg uit haar evenwicht had kunnen brengen.

Ten slotte merkt de heer Coheur nog op dat het de volgende factoren zijn die aanleiding geven tot mobiliteit :

- een gebrek aan diensten of voorzieningen in het land van verblijf, vooral wanneer het grensgebieden betreft;

- een bewustere kijk op de gezondheidszorg in het buitenland. Tot nog toe bestond er geen medische « shopping ».

De mobiliteit van patiënten zal in de toekomst geleidelijk toenemen. De problematiek van de Europese referentiecentra zal steeds duidelijker worden : is het, gezien de kostprijs van de nieuwe technologieën, niet interessanter om referentiecentra op Europees niveau op te richten, waar de patiënten kunnen worden naartoe gestuurd ? De grensgebieden mogen verder geïntegreerd worden. Steeds meer verzekeringsinstellingen zullen akkoorden sluiten met buitenlandse zorgverstrekkers (met het oog op het wegwerken van wachtlijsten en het drukken van de kostprijs).

3. Uiteenzetting van professor Guy Durant, algemeen bestuurder van de Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc, voorzitter van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen

Wat de « Europese » patiënten betreft, is het belangrijk de drie categorieën in herinnering te brengen :

- de patiënt met een E111 of E112-formulier, voor wie het begrip voorafgaande toestemming bestaat;

- wat de specifieke akkoorden met een land betreft, meer bepaald met Groot-Brittannië, blijkt de oorspronkelijke vrees ongegrond. Niettemin kunnen nog steeds akkoorden met andere landen worden gesloten, bijvoorbeeld in het raam van de recente uitbreiding van de Unie;

- de individuele patiënten in het raam van grensoverschrijdende akkoorden.

Het Europese Hof van Justitie heeft met de arresten Kohll en Decker geoordeeld dat voor de ambulante zorg geen voorafgaande toestemming meer vereist is, omdat dat soort zorg zeldzaam zal blijven, het socialezekerheidsstelsel niet dreigt te ontwrichten en het begrotingsevenwicht ervan niet in gevaar brengt. Om dezelfde redenen is voor ziekenhuiszorg altijd voorafgaande toestemming nodig.

Quelles sont les problématiques en matière d'hospitalisation ?

1. Une bonne partie du financement de l'hôpital est fixée sur base du nombre et du type d'admissions au cours d'une période de référence. Les patients étrangers font partie de ce nombre. Comme le nombre de patients étrangers pourrait augmenter (les hôpitaux belges offrent de la qualité à des prix inférieurs à ceux des pays voisins) et vu que le budget hospitalier restera inchangé (enveloppe fermée), le financement des hôpitaux individuels risque de se réduire. C'est essentiellement dû au fait anormal que le remboursement pour les patients des pays étrangers ne sont pas rajoutés au budget hospitalier national. Cette pénalisation frappe surtout les hôpitaux qui ne soignent pas de patients étrangers. Un afflux d'étrangers peut donc créer des distorsions entre les hôpitaux belges.

Le Conseil national des établissements hospitaliers a dès lors recommandé au ministre de la Santé publique que toutes les activités hospitalières soient enregistrées, mais que les patients étrangers n'interviennent plus dans le calcul du nombre de lits justifiés. Le Conseil a également fait remarquer que le prix de journée calculé pour chaque hôpital est un prix moyen. Le prix moyen est toutefois insuffisant dans beaucoup de cas, au regard des dépenses exposées par l'hôpital, car les patients étrangers relèvent généralement des pathologies plus complexes que la moyenne. Les hôpitaux belges facturent donc en dessous du prix de revient. Cela est dû à la technique de financement des hôpitaux belges. En matière de tarifs, l'argument de la non-discrimination n'est donc pas pertinent.

2. Le recouvrement des quotes-parts personnelles (10% en moyenne) est souvent difficile, voire impossible, étant donné que le formulaire E111 ne mentionne pas l'adresse du patient. De plus, les caisses maladie étrangères refusent généralement de couvrir les frais non remboursables quand le patient fait défaut.

Il serait donc souhaitable :

- que l'adresse du patient et de la caisse maladie apparaissent sur les documents;
- que ces documents soient rédigés dans une des langues officielles de l'Union (et non dans la langue du pays émetteur);
- qu'il n'y ait pas de limites en matière d'acomptes;
- que l'INAMI aide les hôpitaux à régulariser des situations problématiques.

3. Les procédures d'autorisation préalable sont très rigides. Une régularisation *a posteriori* est extrême-

Wat is de problematiek rond ziekenhuisopname ?

1. De financiering van een ziekenhuis wordt grotendeels bepaald op grond van het aantal en het soort opnames tijdens een referentieperiode. Buitenlandse patiënten maken deel uit van dat aantal. Aangezien het aantal buitenlandse patiënten kan stijgen (de Belgische ziekenhuizen bieden kwaliteit tegen latere prijzen dan in de buurlanden) en omdat het ziekenhuisbudget ongewijzigd zal blijven (gesloten enveloppe), dreigt de financiering van de individuele ziekenhuizen te verminderen. Dat is hoofdzakelijk te wijten aan het abnormale feit dat de terugbetaling voor de patiënten uit het buitenland niet bij het nationale ziekenhuisbudget wordt gevoegd. Die handicap treft vooral de ziekenhuizen die geen buitenlandse patiënten verzorgen. Een toevloed van vreemdelingen kan echter het evenwicht tussen de Belgische ziekenhuizen verstoren.

De Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen heeft de minister van Volksgezondheid dan ook aanbevolen alle ziekenhuisactiviteiten te registreren, maar geen rekening meer te houden met buitenlandse patiënten bij de berekening van het aantal gewettigde bedden. Tevens merkte de Raad op dat de dagprijs die voor elk ziekenhuis wordt berekend, een gemiddelde prijs is. In veel gevallen is de gemiddelde prijs echter ontoereikend in het licht van de uitgaven die door het ziekenhuis worden gemaakt, aangezien de buitenlandse patiënten meestal aan complexere pathologieën lijden dan gemiddeld. De Belgische ziekenhuizen factureren dus onder de kostprijs. Dat is aan de financieringstechniek van de Belgische ziekenhuizen te wijten. Het argument van niet-discriminatie snijdt dus geen hout, wat de tarieven betreft.

2. Vaak verloopt de inning van de eigen bijdrage (gemiddeld 10%) moeilijk, of blijkt ze zelfs onmogelijk, aangezien het E111-formulier het adres van de patiënt niet vermeldt. Bovendien weigeren de buitenlandse ziekenfondsen meestal de niet terugbetaalde kosten te dragen wanneer de patiënt in gebreke blijft.

Het is dus wenselijk :

- dat het adres van de patiënt en van het ziekenfonds op de documenten staan;
- dat die documenten worden opgesteld in één van de officiële talen van de Unie (en niet in de taal van het land van uitgifte);
- dat er geen beperkingen bestaan inzake voor-schotten;
- dat het RIZIV de ziekenhuizen helpt om problematische situaties in orde te brengen.

3. De procedures van voorafgaande toestemming zijn heel stroef. Een zaak achteraf in orde brengen is

ment difficile. La procédure de prolongation d'une autorisation est très longue et parfois compliquée. Il serait donc souhaitable que les procédures administratives soient plus souples et qu'un accord soit donné pour un traitement et non pour une période.

4. En matière d'organisation des soins, les accords cadres entre pays (comme l'accord entre la Belgique et la Grande-Bretagne) risquent de se multiplier. Il y a à cet égard une certaine ingérence d'un tiers sur l'organisation des soins (par exemple, l'imposition de normes de qualité différente). Il faut canaliser les effets de l'internationalisation et éviter des vitesses variables entre institutions (soin des patients étrangers-patients nationaux) en organisant une concertation approfondie entre pays au niveau européen.

5. Bien que la circulation des patients soit une réalité, il faut maintenir aux patients belges une accessibilité suffisante aux soins.

En concluant, le Professeur Durant estime que :

- un certain équilibre entre patients belges et patients étrangers doit être conservé;
- le problème central est celui des frais d'hospitalisation;
- les hôpitaux doivent être obligés de déclarer cette activité hospitalière pour qu'elle soit connue des autorités de tutelle;
- les règles de financement des hôpitaux belges doivent être adaptées;
- une discussion doit avoir lieu sur le niveau du prix facturé qui est anormalement bas;
- les hôpitaux doivent être aidés lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans le recouvrement des quotes-parts personnelles.

4. Échange de vues

M. Philippe Mahoux, coprésident du Comité d'avis, demande s'il n'y a pas un paradoxe entre d'une part, les arrêts de la Cour européenne de Justice et, d'autre part, le fait que la facturation pour les patients étrangers se fait en fonction des règles du pays où les soins sont administrés, et non en fonction des règles du pays d'où proviennent les patients étrangers.

M. Jacques Germeaux, sénateur, demande quelles seraient les conséquences de l'adoption du projet de directive relative aux services dans sa forme actuelle.

uiterst moeilijk. De procedure om een toestemming te verlengen is heel lang en soms ingewikkeld. Het is dus wenselijk dat de administratieve procedures soepeler worden en dat er wordt ingestemd met een behandeling en niet met een periode.

4. Wat de organisatie van de zorg betreft, dreigt het aantal raamakkoorden tussen landen (zoals het akkoord tussen België en Groot-Brittannië) toe te nemen. Wat dat betreft is er een bepaalde inmenging van een derde in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld het opleggen van verschillende kwaliteitsnormen). De gevolgen van de internationalisering moeten in goede banen worden geleid en men moet instellingen met verschillende snelheden voorkomen (zorg buitenlandse patiënten — nationale patiënten) door op Europees niveau diepgaand overleg tussen landen te organiseren.

5. Hoewel het patiëntenverkeer een realiteit is, moet men de Belgische patiënten voldoende toegang tot de zorg blijven bieden.

Tot besluit, meent professor Durant dat :

- er een bepaald evenwicht tussen Belgische en buitenlandse patiënten behouden moet blijven;
- het centrale probleem dat is van de kosten van ziekenhuisopname;
- de ziekenhuizen moeten worden verplicht die ziekenhuisactiviteit aan te geven opdat ze door de toezichthoudende overheid gekend zou zijn;
- de financieringsregels van de Belgische ziekenhuizen moeten worden aangepast;
- er een debat moet plaatsvinden over de gefactureerde prijs, die abnormaal laag is;
- de ziekenhuizen moeten worden geholpen wanneer ze problemen hebben bij het innen van de eigen bijdrage.

4. Gedachtewisseling

De heer Philippe Mahoux, medevoorzitter van het Adviescomité, vraagt of er geen paradox bestaat tussen enerzijds de arresten van het Europese Hof van Justitie en anderzijds het feit dat de facturatie voor de buitenlandse patiënten afhankelijk is van de regels van het land waar de zorg wordt verstrekt, en niet van de regels van het land waarvan de buitenlandse patiënten afkomstig zijn.

De heer Jacques Germeaux, senator, vraagt wat de gevolgen zouden zijn, mocht de ontwerprichtlijn inzake de diensten in zijn huidige vorm goedgekeurd worden.

Mme Baeten répond que le projet de directive relative aux services génère avant tout une grande insécurité juridique pour les autorités nationales qui sont responsables de l'organisation des systèmes de soins de santé (lesquels doivent avoir une cohésion interne). Le projet de directive ne dit pas clairement ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. En revanche, toute la réglementation nationale en matière de soins de santé doit être examinée à la lumière d'une série de critères. Mais ces critères peuvent être interprétés de différentes manières par les diverses autorités concernées. L'adoption de la directive en projet aurait pour conséquence que les autorités nationales devraient demander l'autorisation des instances européennes pour pouvoir encore réguler leur régime de soins de santé. Les autorités nationales resteraient cependant garantes de l'accès aux soins médicaux pour leurs citoyens, alors que la réglementation nationale en la matière serait soumise, au niveau européen, aux critères du marché intérieur. Elles se retrouveraient ainsi *de facto* sous la tutelle des institutions européennes. De plus, le secteur des soins de santé est tellement spécifique qu'il ne saurait être régi par une directive générale horizontale portant sur l'ensemble des services commerciaux.

M. Coheur estime en effet que la proposition de directive sur les services soulève plus de questions qu'elle n'apporte de solutions. Un médecin lithuanien pourrait s'installer en Belgique, sans être soumis à la législation belge (inscription au Conseil de l'Ordre des médecins belge?, numéro de nomenclature INAMI? ...).

Le Professeur Durant partage ce point de vue. La directive aurait comme conséquence, que les hôpitaux étrangers pourront entrer sur le marché belge, ce qui signifierait la dérégulation totale de tout ce qui est programmation des lits et des services.

En ce qui concerne les prestataires de soins, M. Mahoux estime que dans le cadre de la libre circulation des personnes, une réglementation ne peut pas être appliquée de façon discriminatoire (il serait anormal que pour les ressortissants belges, un *numerus clausus* existerait en Belgique, mais non pour les étudiants en médecine dans d'autres pays de l'Union).

M. Patrik Vankrunkelsven, sénateur, attire l'attention sur le fait qu'en cette matière, il y a conflit entre, d'une part, l'Europe politique, qui est le théâtre d'une discussion sur la répartition des compétences et où les soins de santé ont toujours été une compétence nationale, et, d'autre part, les arrêts de la Cour de Justice qui battent en brèche cette répartition des compétences.

Dans le cadre de la libre circulation des personnes, le sénateur demande dans quelle mesure l'on peut forcer le respect des droits relatifs à l'accès aux soins dans un pays déterminé (songeons aux listes d'attente

Mevrouw Baeten antwoordt dat de ontwerprichtlijn inzake diensten vooral een grote rechtsonzekerheid schept voor de nationale overheden die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de gezondheidszorgstelsels (die een interne cohesie moeten vertonen). Het ontwerp van richtlijn bepaalt niet eenduidig wat toegelaten is en wat niet. Het geheel van de nationale gezondheidszorgreglementering moet daarentegen getoetst worden aan een aantal criteria. Die criteria kunnen echter verschillend geïnterpreteerd worden door de verschillende betrokken overheden. Eens de ontwerprichtlijn aangenomen zou zijn, zouden de nationale overheden toestemming moeten vragen aan de Europese instanties om nog regulerend te kunnen optreden in hun gezondheidszorgstelsel. De nationale overheden blijven echter verantwoordelijk voor het garanderen van de toegang tot de medische zorgen voor hun burgers, terwijl de nationale reglementering ter zake op het Europees niveau getoetst zou worden aan de criteria van de interne markt. De nationale overheden komen zo *de facto* onder voogdij van de Europese instellingen. De gezondheidszorgsector is bovendien zo specifiek, dat ze niet kan geregeld worden door een algemene horizontale richtlijn die handelt over alle commerciële diensten.

De heer Coheur meent immers dat de ontwerprichtlijn inzake diensten meer vragen oproept dan ze antwoorden biedt. Een Litouws geneesheer zou zich in België kunnen vestigen, zonder onder de Belgische wetgeving te vallen (inschrijving bij de Raad van de Belgische Orde van Geneesheren?, RIZIV-nomenclatuurnummer? ...).

Professor Durant deelt dat standpunt. De richtlijn zou tot gevolg hebben dat de buitenlandse ziekenhuizen op de Belgische markt kunnen komen, wat de totale deregulering zou betekenen van de hele programmering van bedden en diensten.

De heer Mahoux meent dat er in de context van het vrij verkeer van personen wat de zorgverstrekkers betreft geen reglementering op discriminerende wijze mag worden opgelegd (het zou abnormaal zijn dat er in België een *numerus clausus* bestaat voor de Belgische onderdanen en niet voor de geneeskundestudenten in andere landen van de Unie).

De heer Patrik Vankrunkelsven, senator, attendeert erop dat er in deze materie een conflict bestaat tussen enerzijds het politieke Europa, waar een discussie heerst over de bevoegdheidsverdeling en waar gezondheidszorg steeds een nationale bevoegdheid was, en anderzijds de arresten van het Hof van Justitie die deze bevoegdheidsverdeling doorkruist.

In het kader van het vrij verkeer van personen, vraagt de senator in hoeverre men rechten kan afdwingen wat toegankelijkheid tot zorgen in een bepaald land betreft (*cf.* wachtlijsten in andere landen :

dans d'autres pays : les hôpitaux belges doivent-ils par exemple admettre et soigner des patients étrangers, indépendamment de leur propre programmation ?).

Concernant la première observation relative à la subsidiarité et à la répartition des compétences, Mme Baeten précise que tant les traités européens que la Cour de Justice ont toujours dit que la politique de soins de santé et les systèmes de sécurité sociale sont des matières nationales. Mais cette compétence se heurte à certaines limitations dès lors qu'il est généralement admis que les États membres doivent, dans l'exercice de leurs compétences en la matière, respecter les règles du marché intérieur. Le fond du problème, ce n'est pas la Cour de Justice (qui ne peut qu'interpréter les textes existants), mais c'est l'existence, dans les traités européens, d'une asymétrie entre les objectifs économiques et les objectifs sociaux de l'Union, ces derniers se situant à un niveau inférieur (dans les constitutions nationales, il y a symétrie entre ces deux catégories d'objectifs).

En ce qui concerne les droits du patient dans le pays d'accueil, l'intervenante ne peut que constater que la Cour de Justice n'en tient véritablement pas compte. La Cour règle un conflit entre deux parties (par exemple entre un patient et son organisme de paiement), sans prêter attention aux conséquences éventuelles de son arrêt pour les tiers. Comme la politique évolue au gré des arrêts rendus par la Cour, cela crée naturellement des incohérences.

Plus généralement, ces droits dépendent du mode d'organisation du secteur national des soins de santé. Le système belge se caractérise par une forte régulation opérée par les pouvoirs publics, mais la mise en œuvre concrète de cette politique est assurée en grande partie par des acteurs privés. Dans un tel système, il est difficile d'instaurer des restrictions d'accès pour les patients étrangers, même si cela se fait parfois dans la pratique.

M. Mahoux demande si les hôpitaux belges ont intérêt à soigner des patients étrangers (qu'en est-il des patients belges, des normes d'agrément des équipements ou services hospitaliers lourds, de l'équilibre budgétaire global ?)

Le Professeur Durant estime que si un hôpital a un taux d'occupation normal (80 %), l'hôpital n'a pas d'avantages financiers spécifiques en soignant des patients étrangers. Si le taux est plus bas, l'hôpital pourrait avoir des avantages. À ce sujet, le Conseil national des hôpitaux a fait parvenir une recommandation au ministre, demandant que les patients étrangers ne soient pas inclus dans le calcul des enveloppes budgétaires des hôpitaux, pour éviter des distorsions entre eux.

moeten Belgische ziekenhuizen bijvoorbeeld die buitenlandse patiënten aannemen en verzorgen, los van de eigen programmatie ?).

Wat betreft de eerste opmerking over de subsidiariteit en de bevoegdheidsverdeling, verduidelijkt mevrouw Baeten dat zowel de Europese verdragen als het Hof van Justitie steeds gesteld hebben dat het gezondheidszorgbeleid en de socialezekerheidssystemen een nationale materie zijn. Toch wordt die bevoegdheid enigszins ingeperkt omdat steeds gesteld wordt dat de lidstaten bij het uitoefenen van hun bevoegdheden ter zake de regels van de interne markt moeten respecteren. De basis van het probleem is niet het Hof van Justitie (dat kan alleen maar de bestaande teksten interpreteren), maar het feit dat er in de Europese verdragen een asymmetrie bestaat tussen de economische en de sociale doelstellingen van de Unie, waarbij deze laatste op een lager niveau staan (de nationale grondwetten kennen een symmetrie tussen beide).

Inzake de rechten van patiënten in het ontvangende land, moet de spreekster vaststellen dat het Hof van Justitie daar eigenlijk geen rekening mee houdt. Het Hof beslecht een conflict tussen twee partijen (bijvoorbeeld tussen een patiënt en zijn betalingsinstelling), zonder aandacht te schenken aan de eventuele gevolgen van haar uitspraak op een derde partij. Het feit dat het beleid evolueert in functie van de arresten van het Hof creëert dan natuurlijk incongruenties.

Meer algemeen hangen de rechten af van hoe de nationale gezondheidszorgsector georganiseerd is. België heeft een systeem met een sterke overheidsregulering, maar de concrete uitvoering van het beleid gebeurt grotendeels door privé-actoren. In een dergelijk systeem is het moeilijk om beperkingen van toegang voor buitenlandse patiënten in te stellen, hoewel het in de praktijk soms toch gebeurt.

De heer Mahoux vraagt of de Belgische ziekenhuizen er belang bij hebben buitenlandse patiënten te verzorgen (wat met de Belgische patiënten, de normen voor erkenning van de zware ziekenhuisuitrusting of -diensten, het algemene begrotingsevenwicht ?).

Professor Durant meent dat wanneer een ziekenhuis een normale bezettingsgraad heeft (80 %), het er geen specifiek financieel voordeel bij heeft buitenlandse patiënten te verzorgen. Indien het percentage lager is, kan het ziekenhuis er voordeel bij hebben. De Nationale Ziekenhuisraad heeft hierover de minister een aanbeveling gedaan, waarbij werd gevraagd dat de buitenlandse patiënten niet zouden worden opgenomen in de berekening van de begrotingsenveloppen van de ziekenhuizen, om te voorkomen dat het evenwicht tussen de ziekenhuizen wordt verstoord.

Mme Baeten déclare que cette question est importante pour les hôpitaux qui, bien que sous-occupés, doivent néanmoins couvrir leurs frais fixes, par exemple en traitant des patients étrangers. Un autre aspect important est la relation, notamment financière, entre les hôpitaux et les prestataires de soins. Les médecins ont financièrement intérêt à étendre leur clientèle en soignant des patients étrangers, ce dont profitent d'ailleurs aussi les hôpitaux. Les tarifs imputés à ces patients jouent également un rôle en la matière. Si les hôpitaux et les médecins peuvent négocier des tarifs spéciaux avec les organismes étrangers qui financent les soins de santé, en dehors du cadre du règlement n° 1408/71, soigner plutôt des patients étrangers risque de devenir plus intéressant pour eux.

M. Germeaux est conscient des dangers, mais souligne que cela peut également ouvrir des perspectives aux hôpitaux pour autant que ceux-ci n'abusent pas des possibilités qui leur sont offertes. S'ils parvenaient à attirer des patients étrangers, cela leur permettrait aussi de financer de nouvelles technologies. La Belgique jouit d'une excellente réputation en la matière et elle pourrait continuer à se déployer dans ce domaine et développer un «centre d'excellence», avec, à la clé, des créations d'emplois.

M. Mahoux s'enquiert du nombre de patients étrangers qui sont soignés dans les hôpitaux belges.

Le Professeur Durant répond que ces chiffres n'existent pas. Pour cela, il faut que les hôpitaux enregistrent et déclarent leurs activités. À côté des intérêts financiers, les hôpitaux ont également des intérêts de recherche et de développement, particulièrement dans le cas des hôpitaux universitaires.

En ce qui concerne les chiffres, M. Coheur cite l'exemple de l'hôpital de Bruges. En 2003, 1479 patients étrangers ont été soignés à l'hôpital Saint-Jean, en 2001 1220, ce qui représentait 4 % de l'ensemble des patients traités, 10 000 journées d'hospitalisation et 35 lits. Mais ces chiffres ne font pas la distinction entre soins urgents et soins programmés, tandis que cette distinction est importante pour la programmation des soins dans les hôpitaux.

De plus, l'intervenant estime que ce ne seront pas tous les hôpitaux qui seront touchés par la problématique de la mobilité des patients. Surtout les hôpitaux situés dans les régions frontalières ou les centres de référence seront concernés par ce phénomène et c'est dans ces cas-là qu'il existe un besoin de réglementation au niveau européen.

Mevrouw Baeten stelt dat deze vraag belang heeft voor ziekenhuizen die onderbezet zijn, maar die toch, onafhankelijk daarvan, hun vaste kosten moeten dekken; dat kan eventueel door buitenlandse patiënten te verzorgen. Een ander belangrijk aspect is de relatie, ook op financieel vlak, tussen de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers. De artsen kunnen er financieel belang bij hebben om hun cliënteel uit te breiden met buitenlandse patiënten, wat ook de ziekenhuizen ten goede komt. Die toestand wordt natuurlijk ook beïnvloed door de vraag welk tarief men aan die patiënten aanrekent. Als ziekenhuizen en artsen buiten de verordening 1408/71 om speciale tarieven kunnen onderhandelen met buitenlandse zorgfinanciers, bestaat het risico dat het voor hen interessanter wordt om eerder buitenlandse patiënten te verzorgen.

De heer Germeaux erkent de gevaren, maar wijst erop dat er eveneens opportuniteiten kunnen zijn voor ziekenhuizen, voor zover er geen misbruik gemaakt wordt van de geboden mogelijkheden. Het aantrekken van buitenlandse patiënten kan ook de financiering mogelijk maken van nieuwe technologieën. België heeft een goede naam ter zake en kan zich dan verder daarin ontwikkelen, een «centre of excellence» uitbouwen, wat eveneens kan leiden tot bijkomende tewerkstelling.

De heer Mahoux vraagt hoeveel buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen worden verzorgd.

Professor Durant antwoordt dat daar geen cijfers over bestaan. Daartoe moeten de ziekenhuizen hun activiteiten registreren en aangeven. Naast die financiële belangen, hebben de ziekenhuizen ook belangen inzake onderzoek en ontwikkeling en dat geldt vooral voor de universitaire ziekenhuizen.

Wat de cijfers betreft geeft de heer Coheur het ziekenhuis van Brugge als voorbeeld. In 2003 werden 1479 buitenlandse patiënten verzorgd in het Sint-Jan ziekenhuis, in 2001 1220, wat goed was voor 4 % van alle behandelde patiënten, voor 10 000 ligdagen en 35 ziekenhuisbedden. Die cijfers maken echter geen onderscheid tussen spoedeisende zorg en geplande zorg, terwijl dat onderscheid belangrijk is voor de zorgplanning in de ziekenhuizen.

Bovendien meent spreker dat niet alle ziekenhuizen met de problematiek van de patiëntenmobiliteit te maken zullen krijgen. Vooral de ziekenhuizen in de grensstreek of belangrijke centra zullen met dit verschijnsel te maken krijgen en in die gevallen is reglementering op Europees niveau nodig.

**IV. PROPOSITION DE RÉSOLUTION DE
MM. GERMEAUX ET MAHOX****Proposition de résolution relative à la mobilité des
patients au sein de l'Union européenne***(Déposée par MM. Mahoux et Germeaux)*

Le Sénat/La Chambre des représentants,

Vu

— l'article 152 du Traité instituant la Communauté européenne;

— le rapport du Comité d'avis fédéral chargé des questions européennes du 16 décembre 2002 sur la politique sociale de l'Union européenne (doc. Sénat, n° 2-1176/3 et doc. Chambre, n° 50 1997/3);

— la Communication de la Commission européenne du 20 avril 2004 sur le suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, COM (2004) 301;

— les conclusions du Conseil des 1^{er} et 2 juin 2004 sur la mobilité des patients et les soins de santé;

— l'audition organisée par le Comité d'avis fédéral chargé des questions européennes le 19 octobre 2004 sur la mobilité des patients au sein de l'Union européenne;

la résolution du Parlement européen sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, adoptée le 9 juin 2005 (A6-0129/2005);

Considérant

— que le droit communautaire confère aux citoyens de l'Union européenne le droit de bénéficier d'une prise en charge par leur régime d'assurance-maladie pour des soins reçus dans un autre État membre;

— que l'exercice de ce droit a des conséquences sur les régimes de soins de santé tant de l'État où le patient est assuré que de l'État où les soins sont dispensés;

— que les arrêts Kohll et Decker prononcés le 28 avril 1998 par la Cour de Justice des Communautés européennes ouvraient la possibilité de se rendre directement dans un autre État membre de l'Union européenne pour y recevoir des soins, sans avoir demandé préalablement l'autorisation de l'institution à laquelle est affilié le patient concerné;

— qu'une collaboration accrue entre les États membres sur le plan des services de santé et des soins médicaux peut être bénéfique aux patients, aux professionnels de la santé et aux régimes nationaux de soins de santé;

**IV. VOORSTEL VAN RESOLUTIE VAN DE
HEREN GERMEAUX EN MAHOX****Voorstel van resolutie inzake de mobiliteit van
patiënten in de Europese Unie***(Ingediend door de heren Mahoux en Germeaux)*

De Senaat/De Kamer van volksvertegenwoordigers,

Gelet op

— artikel 152 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap;

— het verslag van het Federaal Adviescomité voor de Europese Aangelegenheden van 16 december 2002 over het sociaal beleid van de Europese Unie (stuk Senaat nr. 2-1176/3 en Kamer nr. 50 1997/3);

— de Mededeling van de Europese Commissie van 20 april 2004 over de follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, COM(2004) 301;

— de conclusies van de Raad van 1-2 juni 2004 over mobiliteit van patiënten en gezondheidszorg;

— de hoorzitting georganiseerd door het Federaal Adviescomité voor de Europese Aangelegenheden op 19 oktober 2004 over de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie;

de resolutie van het Europees Parlement over de mobiliteit van patiënten en ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, aangenomen op 9 juni 2005 (A6-0129/2005);

Overwegende

— dat het Gemeenschapsrecht de burgers van de Europese Unie het recht verleent een vergoeding te krijgen via hun ziekteverzekering voor een behandeling ondergaan in een andere lidstaat;

— dat de uitoefening van dit recht gevolgen heeft voor de zorgstelsels zowel van het land waar de patiënt verzekerd is, als van het land waar de zorg verstrekt wordt;

— dat de arresten Kohll en Decker, door het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen gewezen op 28 april 1998, de mogelijkheid boden om zich rechtstreeks naar een andere lidstaat van de Europese Unie te begeven om daar een behandeling te ondergaan, zonder vooraf de toestemming te hebben gevraagd aan de instelling waarbij de betrokken patiënt is aangesloten;

— dat meer samenwerking tussen de lidstaten op het vlak van de gezondheidsdiensten en de medische zorg voordelen kan opleveren voor de patiënten, de gezondheidswerkers en de nationale zorgstelsels;

— l'attrait exercé par le système de soins de santé belge sur des patients d'autres États membres de l'Union européenne grâce à un excellent ratio coût/qualité des soins dispensés;

— que cependant, il est légitime de garantir l'accessibilité des personnes assurées selon la législation belge d'assurance-maladie;

Eu égard spécifiquement aux conséquences éventuelles que peut poser la venue en Belgique d'un nombre croissant de patients européens pour recevoir en milieu hospitalier des soins médicaux programmés, et notamment l'exportation vers notre pays des listes d'attente ou la pression à la hausse sur les coûts des soins de santé;

Demande au gouvernement :

1. de veiller à ce que l'accès et la qualité des soins de santé en Belgique restent garantis pour les personnes assurées selon la législation belge d'assurance-maladie;

2. de veiller, pour autant que cela soit possible, que l'accueil de patients ressortissants de l'Union européenne s'effectue dans les limites d'un accord-cadre entre le pays d'origine des patients et la Belgique (par exemple l'accord-cadre signé le 30 septembre 2005 entre la Belgique et la France);

3. de s'assurer que l'enregistrement de toutes les admissions hospitalières en Belgique permettent un contrôle de l'accessibilité des soins de santé pour les personnes assurées selon la législation belge d'assurance-maladie;

4. de prendre des mesures en vue d'assurer, dans les établissements subventionnés de soins de santé, la facturation d'un prix global qui, compte tenu de l'intervention de l'assurance-maladie et des investissements réalisés, couvre au moins les coûts;

5. de veiller à ce que l'accueil de patients étrangers par les hôpitaux subventionnés ne crée pas artificiellement des listes d'attente et ne débouche pas sur une accessibilité aux soins de santé à deux vitesses, seule la capacité excédentaire éventuelle des hôpitaux pouvant être utilisée;

6. de donner la possibilité aux hôpitaux de soigner des patients étrangers sans faire appel à des subventions mais en respectant toutes les normes de qualité;

7. de permettre ainsi aux hôpitaux belges d'être identifiés comme des centres européens de référence afin de contribuer par là au développement de l'économie de la connaissance et renforcer aussi l'attractivité des institutions belges de soins pour les spécialistes hautement qualifiés;

— dat de Belgische gezondheidszorgregeling aantrekkelijk is voor patiënten uit andere lidstaten van de Europese Unie dankzij de goede prijs-kwaliteitverhouding van de verstrekte zorg;

— dat het toch gerechtvaardigd is de toegang te waarborgen voor personen die verzekerd zijn volgens de Belgische wetgeving inzake de ziekteverzekering;

Specifiek met betrekking tot de mogelijke problemen die veroorzaakt worden door de komst naar België van almaar meer Europese patiënten om in ziekenhuizen geplande medische zorg te krijgen, en met name het ontstaan in ons land van nog grotere wachtlijsten of de stijgende uitgaven voor gezondheidszorg;

Vraagt de regering :

1. erop toe te zien dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg in België gegarandeerd blijft voor personen die verzekerd zijn volgens de Belgische wetgeving inzake ziekteverzekering;

2. er in de mate van het mogelijke op toe te zien dat de opvang van patiënten uit de Europese Unie verloopt binnen een raamovereenkomst tussen het land van oorsprong van de patiënt en België (bijvoorbeeld de raamovereenkomst tussen België en Frankrijk, getekend op 30 september 2005);

3. ervoor te zorgen dat de registratie van ziekenhuisopnames in België de controle mogelijk maakt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen die volgens de Belgische ziekteverzekeringswetgeving zijn verzekerd;

4. maatregelen te treffen opdat in gesubsidieerde voorzieningen voor gezondheidszorg een totaalprijs wordt aangerekend die, rekening houdend met de bijdrage van de ziekteverzekering en met de investeringskost, minstens kostendekkend is;

5. erop toe te zien dat het opnemen van buitenlandse patiënten in gesubsidieerde ziekenhuizen niet leidt tot kunstmatig gecreëerde wachtlijsten en een gezondheidszorg met twee snelheden waarbij enkel de eventuele overtollige capaciteit van de ziekenhuizen kan worden gebruikt;

6. toe te laten dat ziekenhuizen buitenlandse patiënten behandelen zonder een beroep te doen op subsidies, daarbij wel alle kwaliteitsnormen nalevend;

7. op die manier Belgische ziekenhuizen toe te laten uit te groeien tot referentiecentra om zo bij te dragen tot de ontwikkeling van de kenniseconomie en de aantrekkingskracht van de Belgische zorginstellingen op hooggekwalificeerde specialisten te vergroten;

8. de conclure des accords de coopération avec d'autres pays de l'Union européenne, en vue de renforcer encore l'accessibilité des centres de référence des divers États membres aux patients des autres États membres dans les spécialités pour lesquelles le pays concerné ne possède pas son propre centre de référence;

9. de veiller à l'encadrement, par les pouvoirs publics et les organismes assureurs, des conventions de collaboration conclues entre d'une part les hôpitaux et, d'autre part, les autorités ou les organismes assureurs d'autres États membres de l'UE, dans le cadre juridique des règlements européens ou d'accords-cadres transfrontaliers.

V. EXPOSÉ INTRODUCTIF DE M. GERMEAUX, COAUTEUR DE LA PROPOSITION DE RÉOLUTION

Il est notoire que le niveau de qualité du système belge de soins de santé est excellent par rapport à celui des pays voisins.

Cela et le fait que des listes d'attente ont fait leur apparition dans des pays voisins pour certains traitements médicaux, a entraîné une augmentation du nombre d'étrangers à venir se faire soigner en Belgique. D'autres éléments jouent également un rôle à cet égard : plusieurs arrêts de la Cour de Justice des Communautés européennes ont facilité l'accès aux ressortissants non belges de l'UE, et ce, aux tarifs qui sont pratiqués dans leur propre pays. La proposition de directive de la Commission européenne visant à libéraliser le secteur de services ainsi que la communication annoncée de la Commission concernant la mobilité des patients ne vont que renforcer cette tendance, ce qui affectera l'autonomie des États membres pour ce qui est de l'organisation et de l'accessibilité financière de leur système de soins de santé.

Il y a lieu dès lors d'être vigilant. Le système de sécurité sociale belge est en effet déjà sous pression en raison de la hausse continue des coûts et la situation ne va qu'empirer du fait, notamment, du vieillissement de la population.

Une meilleure mobilité intraeuropéenne des patients permettrait pourtant aussis d'ouvrir de nouvelles possibilités. Des revenus supplémentaires pourraient contribuer au financement de notre système de sécurité sociale et, qui plus est, elles permettraient aussi à notre pays de valoriser son expertise en la matière et de devenir un « *centre d'excellence* » en matière de prestations médicales et pour ce qui est de la recherche et du développement dans le domaine de l'infrastructure médicale de haute technologie.

8. samenwerkingsakkoorden te sluiten met andere landen van de Europese Unie, om de referentiecentra in de verschillende lidstaten nog meer toegankelijk te maken voor patiënten van de andere lidstaten voor die specialiteiten waarvoor het eigen land niet beschikt over een eigen referentiecentrum;

9. erop toe te zien dat de overheid en de verzekeringsinstellingen passende maatregelen nemen met betrekking tot de samenwerkingsakkoorden tussen de ziekenhuizen en de overheden of verzekeringsinstellingen van andere EU-lidstaten, in het wettelijk kader van Europese verordeningen of grensoverschrijdende raamovereenkomsten.

V. INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HEER GERMEAUX, MEDE-INDIENER VAN HET VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het is algemeen bekend dat de Belgische gezondheidszorg, ook in vergelijking met de ons omringende landen, kwalitatief hoogstaand is.

Echter, dit feit, gekoppeld aan het ontstaan van wachtlijsten voor bepaalde medische behandelingen in onze buurlanden, heeft tot gevolg dat steeds meer buitenlanders zich in België laten verzorgen. Ook andere oorzaken spelen in dat verband een rol : enkele arresten van het Europees Hof van Justitie maken het inderdaad gemakkelijker voor niet-Belgische EU-onderdanen om in België medische verzorging te bekomen tegen tarieven uit het eigen land. Daarnaast zal het voorstel van richtlijn van de Europese Commissie om de dienstensector te liberaliseren, evenals de aangekondigde mededeling van de Commissie over patiëntenmobiliteit, deze trend nog versterken. Op die manier wordt de autonomie van de lidstaten inzake het organiseren en betaalbaar houden van hun zorgsystemen aangetast.

Deze evolutie vraagt om waakzaamheid. Het Belgische socialezekerheidssysteem staat immers nu reeds onder druk door de steeds toenemende kosten, een toestand die in de toekomst — onder meer door de vergrijzing — nog acuter zal worden.

Toch zou de toenemende inter-Europese mobiliteit van patiënten ook kansen kunnen creëren. Niet alleen kunnen extra inkomsten bijdragen tot de financiering van ons systeem van sociale zekerheid, maar ons land ook zou zijn expertise ter zake kunnen valoriseren en uitgroeien tot een « *centre of excellence* » inzake het verstrekken van medische behandelingen en het onderzoek en de ontwikkeling van hoogtechnologische medische infrastructuur.

VI. DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Mme Josée Lejeune, députée, souhaite quelques précisions concernant le point trois de la résolution.

M. Philippe Mahoux, sénateur et coprésident du Comité d'avis, explique qu'en vertu de la législation et la jurisprudence européennes, les frontières entre les États membres feront de moins en moins obstacle à la mobilité des patients en Europe. D'où la nécessité pour la Belgique, de veiller à ce que les patients « belges » n'éprouvent pas de difficultés pour accéder à des soins de santé à cause des patients venant des autres États membres dans le cadre de la mobilité des patients.

Un autre aspect important est que les autorités belges doivent être en mesure d'analyser si le nombre de patients qui sont traités en Belgique en raison de la mobilité des patients, ne modifient pas fondamentalement les critères d'implantation.

M. Jacques Germeaux, député, précise que le contrôle du financement des soins de santé doit permettre de garantir l'accessibilité de ces derniers pour les personnes assurées conformément à la législation belge sur l'assurance maladie. Il y a lieu dès lors de prévoir un système de sécurisation permettant de surveiller les conséquences financières de la mobilité pour le système belge.

VII. VOTES

L'ensemble de la proposition de résolution de MM. Germeaux et Mahoux a été adopté à l'unanimité des 8 membres présents (1).

*
* *

Confiance a été faite aux rapporteurs pour la rédaction du présent rapport.

Les rapporteurs,

Stefaan NOREILDE (S). Herman DE CROO (CH).
Valérie DÉOM (CH). Philippe MAHOUX (S).

Les présidents,

(1) Application de l'article 26.6 du règlement de la Chambre des représentants, conformément au point 6 du règlement intérieur du Comité d'avis fédéral chargé des questions européennes.

VI. BESPREKING VAN HET VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Mevrouw Josée Lejeune, volksvertegenwoordiger, wenst enige toelichting betreffende punt 3 van de resolutie.

De heer Philippe Mahoux, senator en medevoorzitter van het Adviescomité, verklaart dat, krachtens de Europese wetgeving en jurisprudentie, de grenzen tussen de lidstaten hoe langer hoe minder een hindernis zullen vormen voor de mobiliteit van patiënten in Europa. Vandaar dat het voor België nodig is om ervoor te zorgen dat de « Belgische » patiënten geen moeilijkheden ondervinden bij de toegang tot de gezondheidszorg wegens patiënten uit andere lidstaten in het raam van de patiëntenmobiliteit.

Een ander belangrijk aspect is dat de Belgische overheid in staat moet zijn te analyseren of het aantal patiënten die in België behandeld worden als gevolg van de patiëntenmobiliteit, de vestigingscriteria niet grondig wijzigen.

De heer Jacques Germeaux, kamerlid, verduidelijkt dat door de controle van de financiering van de gezondheidszorg, de toegankelijkheid ervan gevrijwaard moet blijven voor de personen die volgens de Belgische ziekteverzekeringswetgeving verzekerd zijn. Er moet dus een veiligheid worden ingebouwd, waardoor de financiële gevolgen van de mobiliteit voor het Belgische systeem moeten kunnen opgevolgd worden.

VII. STEMMINGEN

Het voorstel van resolutie van de heren Germeaux en Mahoux in zijn geheel wordt eenparig aangenomen door de 8 aanwezige leden (1).

*
* *

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteurs voor het opstellen van dit verslag.

De rapporteurs,

Stefaan NOREILDE (S). Herman DE CROO (K).
Valérie DÉOM (K). Philippe MAHOUX (S).

De voorzitters,

(1) Toepassing van art. 26.6 van het Reglement van de Kamer van volksvertegenwoordigers, overeenkomstig punt 6 van het huishoudelijk reglement van het Federaal Adviescomité voor de Europese Aangelegenheden.

ANNEXE**Rapport de la Commission des Affaires sociales de la Chambre des représentants concernant l'avis que la commission a rendu sur la proposition de résolution de MM. Germeaux et Mahoux relative à la mobilité des patients au sein de l'Union européenne**

Mesdames, Messieurs,

Votre commission a examiné le présent projet de résolution lors de sa réunion du 29 mars 2006.

I. Exposé introductif de M. Jacques Germeaux

La présente proposition de résolution trouve son origine dans les différentes communications de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe et dans les conclusions du Parlement européen de juin 2005.

Les auteurs ont conclu de ces différents documents, ainsi que d'importantes auditions organisées par le Sénat (doc. Sénat, n° 3-578/1), qu'il est opportun de recommander au gouvernement d'adopter une attitude proactive face à une mobilité des patients qui est d'ores et déjà un fait dans l'Union européenne.

II. Discussion

Mme Pierrette Cahay-André (MR) évoque le cas des travailleurs frontaliers, qui ont parfois du mal à convaincre l'INAMI de les laisser se faire soigner dans le pays où ils travaillent. Elle espère que la proposition de résolution à l'examen encouragera également la résolution de ce genre de cas.

M. Koen Bultinck (Vlaams Belang) approuve la proposition de résolution à l'examen, mais rappelle que les résolutions adoptées par le Parlement sont trop rarement suivies d'effets. L'orateur insiste également pour que l'afflux de patients étrangers attirés par le système belge de soins de santé ne cause pas un allongement excessif des délais d'attente pour les patients belges. Il souhaiterait savoir à ce propos où en est la négociation de conventions bilatérales, notamment avec le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

M. Benoît Drèze (cdH) approuve l'objectif poursuivi par la proposition de résolution à l'examen, mais se demande si elle est réaliste compte tenu des moyens budgétaires nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Le groupe de M. Jean-Marc Delizée (PS) partage les préoccupations des auteurs de la proposition de résolution, notamment en ce qu'elle vise à garantir la qualité des soins de santé et des délais d'attente raisonnables. C'est pourquoi l'orateur soutiendra le texte à l'examen.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Rudy Demotte, estime que la question soulevée par la présente proposition de résolution est l'un des grands débats concernant l'avenir de la sécurité sociale. Les citoyens se demandent souvent pourquoi les systèmes de sécurité sociale et les pratiques d'indication sont tellement différenciés entre les États membres de l'Union européenne. Or, l'afflux de patients étrangers démontre la qualité du système belge de soins de santé. Cet afflux doit faire l'objet d'une approche équilibrée. La Belgique ne peut certes pas

BIJLAGE**Verslag van de Commissie voor de Sociale Zaken van de Kamer van volksvertegenwoordigers betreffende het advies dat de commissie heeft uitgebracht over het voorstel van resolutie van de heren Germeaux en Mahoux inzake de mobiliteit van patiënten in de Europese Unie**

Dames en Heren,

Uw commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergadering van 29 maart 2006.

I. Inleidende uiteenzetting door de heer Jacques Germeaux

Dit voorstel van resolutie is terug te voeren op de verschillende mededelingen van de Europese Unie en van de Raad van Europa, alsmede op de conclusies waartoe het Europees Parlement in juni 2005 is gekomen.

De indieners hebben uit die diverse documenten en uit belangrijke, door de Senaat georganiseerde hoorzittingen (stuk Senaat, nr. 3-578/1) besloten dat het wenselijk is de regering aan te bevelen een proactieve houding aan te nemen ten aanzien van de mobiliteit van patiënten, welke reeds een feit is binnen de Europese Unie.

II. Bespreking

Mevrouw Pierrette Cahay-André (MR) haalt het geval aan van de grenswerknemers, die de RSZ er soms maar moeizaam van kunnen overtuigen hen te laten verzorgen in het land waar zij werken. Zij hoopt dat het ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie een aansporing zal vormen om dergelijke gevallen te verhelpen.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Belang) keurt het ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie goed, maar herinnert eraan dat de door het parlement aangenomen resoluties al te zelden effect sorteren. De spreker dringt er tevens op aan dat de toevloed van buitenlandse patiënten die door het Belgische stelsel van gezondheidszorg worden aangetrokken, niet leidt tot overdreven lange wachttijden voor de Belgische patiënten. Hij had in dat verband graag vernomen hoever het staat met de onderhandelingen over bilaterale overeenkomsten, inzonderheid met het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

De heer Benoît Drèze (cdH) is het weliswaar eens met het doel dat het ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie beoogt, maar vraagt zich niettemin af of dat voorstel wel realistisch is, gelet op de budgettaire middelen die de verwezenlijking van die doelstellingen vergt.

De fractie van de heer Jean-Marc Delizée (PS) deelt de zorg van de indieners van het voorstel van resolutie, namelijk dat het erop gericht is de kwaliteit van de gezondheidszorg en redelijke wachtermijnen te waarborgen. Daarom zal de spreker de ter bespreking voorliggende tekst steunen.

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, vindt het vraagstuk dat in dit voorstel van resolutie ter sprake wordt gebracht, een van de grote debatten over de toekomst van de sociale zekerheid. De burgers vragen zich vaak af waarom de socialezekerheidsregelingen en de indicatiepraktijken tussen de verschillende lidstaten van de Europese Unie zo verschillend zijn. De toestroom van buitenlandse patiënten toont echter de kwaliteit aan van de Belgische regeling inzake gezondheidszorg. Die toestroom moet evenwichtig worden bena-

laisser ce flux incontrôlé, mais ne doit pas adopter une attitude égoïste anti-européenne.

M. Benoît Drèze (cdH) souscrit à l'opinion du ministre. Le texte à l'examen donne une première impression de protectionnisme. Le ministre en donne une interprétation plus nuancée. L'orateur répète toutefois qu'il doute que les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la proposition de résolution à l'examen soient disponibles.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique estime que la proposition de résolution à l'examen pose un objectif. Elle laisse cependant une grande liberté quant à la manière de poursuivre cet objectif. Le ministre défend en l'occurrence une approche dialectique de la matière. Il conviendrait par exemple d'agir par le biais d'accords bilatéraux avec certains pays. Bien sûr, il n'y a aucune assurance d'atteindre l'ensemble des objectifs. Mais les perspectives tracées par chacun des points de la proposition de résolution sont importantes et donneront au gouvernement des grands principes de conduite.

M. Benoît Drèze (cdH) demande comment les objectifs fixés par les points 4 et 6 s'articulent entre eux.

M. Jacques Germeaux (VLD) répond que le point 4 vise à ce que le montant facturé tienne compte de l'ensemble des subventions perçues par l'établissement, quelle que soit leur origine. Ceci doit permettre aux hôpitaux d'examiner comment réduire leurs coûts de fonctionnement, éventuellement par de nouvelles méthodes de financement ou de nouvelles coopérations. L'autorité fédérale serait bien entendu chargée de veiller au maintien de la qualité des soins.

M. Jean-Marc Delizée (PS) insiste sur le fait que la proposition de résolution à l'examen ne se veut pas protectionniste. Au contraire, elle en appelle à un maximum de coopération entre États. L'objectif est simplement d'éviter les dangers auxquels la libre circulation des patients expose les systèmes nationaux de sécurité sociale.

III. Votes

La commission émet par 11 voix et une abstention un avis positif sur la proposition de résolution.

Le rapporteur,

Annemie TURTELBOOM.

Le président,

Hans BONTE.

derd. België mag die toestroom zeker niet ongecontroleerd laten, maar mag geen anti-Europese egoïstische houding aannemen.

De heer Benoît Drèze (cdH) onderschrijft de mening van de minister. De ter bespreking voorliggende tekst geeft een eerste indruk van protectionisme. De minister geeft er een genuanceerder interpretatie van. De spreker herhaalt evenwel dat hij eraan twijfelt of de nodige middelen voor de tenuitvoerlegging van het ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie beschikbaar zijn.

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte vindt dat het voorstel van resolutie een doel stelt. Het laat evenwel veel vrijheid bij het nastreven van dat doel. De minister is terzake voorstander van een dialectische benadering. Men zou bijvoorbeeld via bilaterale akkoorden met bepaalde landen tewerk moeten gaan. Uiteraard is er geen enkele zekerheid dat alle doelstellingen zullen worden bereikt. Maar de perspectieven die in elk van de punten van het voorstel van resolutie worden geschetst, zijn belangrijk en zullen de regering de grote gedragslijnen aanreiken.

De heer Benoît Drèze (cdH) vraagt hoe de bij de punten 4 en 6 vastgestelde doelstellingen onderling op elkaar zijn afgestemd.

De heer Jacques Germeaux (VLD) antwoordt dat met punt 4 wordt beoogd in het gefactureerde bedrag rekening te houden met alle door de instelling geïnde subsidies, ongeacht de herkomst ervan. Dit moet het de ziekenhuizen mogelijk maken te onderzoeken hoe zij hun werkingskosten kunnen drukken, eventueel met nieuwe financieringsmethoden of nieuwe samenwerkingsvormen.

De heer Jean-Marc Delizée (PS) beklemtoont dat het ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie niet protectionistisch wil zijn. Het doet daarentegen een beroep op maximale samenwerking tussen de lidstaten. De doelstelling is gewoon de gevaren te voorkomen waaraan het vrij verkeer van patiënten de nationale socialezekerheidsregelingen blootstellen.

III. Stemmingen

Met 11 stemmen en 1 onthouding brengt de commissie een gunstig advies uit over het voorstel van resolutie.

De rapporteur,

Annemie TURTELBOOM.

De voorzitter,

Hans BONTE.