

Guide pour la conclusion de conventions relatives à la mobilité des patients avec les acteurs de soins étrangers

I. Introduction

La loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients est parue au Moniteur belge le 4 juin 2007 et est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2010.¹ Cette loi prévoit la création d'un Observatoire de la mobilité des patients dont l'objectif est de proposer des mesures permettant de réguler le flux entrant de patients étrangers et de veiller à ce que les délais d'attente des patients belges n'augmentent pas en raison de ce flux. L'Observatoire a entamé ses activités en 2011.

L'une des missions spécifique de l'Observatoire est de "*faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers*" (article 4, §2 de la loi du 4 juin 2007). Pour mener à bien cette mission, l'Observatoire a décidé de demander aux hôpitaux belges une copie des conventions qu'ils ont conclues avec les acteurs de soins étrangers en vue de procéder à une analyse. Les résultats de cette analyse sont accessibles sur les sites web du SPF Santé publique et de l'INAMI.

Un constat important tiré de l'analyse des contrats est que les hôpitaux accordent la plus grande attention au "volet financier" de la mobilité transfrontalière des patients prévue dans le cadre de ces contrats. C'est compréhensible, mais l'Observatoire estime qu'il est préférable de tenir également compte d'autres aspects liés à la mobilité transfrontalière des patients, comme par exemple la relation avec les patients étrangers, le trajet de soins, les conséquences de ce flux entrant sur l'offre de soins pour les patients belges, ...

D'autres instances partagent ce point de vue. En effet, en 2005, le *Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux* a publié un document concernant les *Lignes directrices pour l'acquisition de soins à l'étranger*. Ce document est issu de la réflexion d'un groupe d'experts émanant de l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne.

Dans l'intervalle, l'Union européenne a édicté, le 9 mars 2011, la *Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* (ci-après : la Directive 2011/24/UE).² Cette directive prescrit aux Etats membres où a lieu le traitement ainsi qu'aux prestataires de soins (en ce compris les établissements de soins) une série d'obligations relatives à la transparence des prix, à la continuité des soins, aux droits des patients, à la responsabilité civile, à la transparence en matière de qualité,... Les conventions relatives aux soins des patients de l'Union européenne devront certainement tenir compte des dispositions prévues dans cette directive.

L'Observatoire de la mobilité des patients estime que la meilleure façon de remplir sa mission légale est de mettre à la disposition des hôpitaux belges un guide servant de cadre pour la négociation de conventions avec les acteurs de soins étrangers.

¹ Loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients, *B.S.* 25 juillet 2007, 39891

² Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, *Pb L 88/45* du 4 avril 2011

Par ailleurs, vous trouverez ci-après plusieurs lignes directrices non contraignantes, mais qui ont cependant été jugées comme étant pertinentes par l'Observatoire et qui méritent donc une attention, en vue d'assurer la bonne gestion de l'hôpital, la qualité des soins et compte tenu du nouveau cadre légal européen.

II. Lignes directrices

1. Dispositions contractuelles générales

Les contrats déterminent le droit applicable et le juge compétent en cas de conflit concernant la mise en œuvre de l'accord. Par ailleurs, il convient de spécifier que les soins de santé seront dispensés conformément au cadre légal du pays de traitement ; il s'agit, en l'occurrence, de la législation belge. Enfin, il faut envisager une clause relative à la durée du contrat et aux mécanismes de poursuite ou de non-renouvellement du contrat.

2. Responsabilité

Bien entendu, le droit privé international détermine quel droit doit être appliqué et quel juge est territorialement compétent en cas de procès concernant la responsabilité pour erreur médicale. Cependant, les parties contractantes doivent veiller à souscrire, pour l'ensemble des services de santé dispensés dans le cadre du contrat, une assurance en responsabilité civile ou une autre assurance adéquate contre les négligences médicales. A cet égard, il est utile de demander une attestation d'une assurance en responsabilité civile suffisante. Il peut également s'avérer important de préciser le statut des prestataires de soins par rapport à l'établissement de soins (s'agit-il de prestataires indépendants ou d'employés ? Y a-t-il une responsabilité centrale ?). Du reste, les prestataires de soins ont l'obligation, conformément à la Directive 2011/24/UE de fournir au patient des informations claires sur leur couverture d'assurance.

3. Soins

Il est préférable de déterminer clairement l'"objet du contrat": le type de soins de santé sur lequel porte le contrat, le nombre de journées-lit, les procédures, le diagnostic, le traitement, ...

Compte tenu des dispositions de la Directive 2011/24/UE, il est recommandé que les parties contractantes s'accordent sur les informations à donner aux patients en vue de garantir la transparence sur la qualité et la sécurité des soins, les différentes possibilités de traitement, la procédure en cas de plainte et le statut en matière d'autorisation et d'enregistrement des prestataires de soins et de l'institution.

4. Relation avec le patient

L'échange d'informations est un élément crucial pour le traitement adéquat du patient et la continuité de soins. Cependant, l'échange doit se faire dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée et, en ce qui concerne la Belgique, conformément aux dispositions prévues dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Il est préférable que la convention prévoie des accords précis en vue d'assurer la sécurité de l'échange des données médicales utiles entre les prestataires de soins (et/ou le patient).

Par ailleurs, il est préférable que le contrat mentionne une disposition relative à la responsabilité en matière d'échange d'information claire et compréhensible et à la communication avec les patients lors des étapes suivantes :

- admission : p.ex. ce que les patients doivent emmener, les résultats des diagnostics, ... ;
- traitement : p.ex. comment les patients doivent se préparer, ce qui sera réalisé, ... ;
- voyage : p.ex. comment le patient doit se rendre chez le prestataire de soins dans un autre pays, ... ;
- financement : p.ex. ce que le patient ou éventuellement l'assureur devrait probablement payer, ... ;
- suivi et échange d'informations avec le médecin du patient dans le pays où réside le patient.

Attention, si le contrat concerne la médecine esthétique ou la chirurgie esthétique, il faut alors tenir compte des dispositions de la loi du 23 mai 2013.³ Cette loi impose certaines obligations en termes d'information, ainsi l'obligation de transmettre au patient une estimation des coûts.

5. Garantie de l'offre

Il incombe aux parties contractantes de prévenir tout conflit entre les besoins des patients belges et les patients d'autres Etats membres ; cela doit être pris en considération avant la conclusion du contrat. Il est fortement recommandé d'inclure dans le contrat une clause de sauvegarde en vue d'éviter une trop grande demande en soins à l'hôpital par les patients étrangers. Une telle clause n'est pas contradictoire avec la Directive 2011/24/UE (voir article 4, alinéa 3, en rapport avec la considération (21) de la Directive 2011/24/UE). En outre, il pourrait être envisagé de mentionner explicitement dans le contrat le nombre indicatif de patients, de traitements ou de procédures sur lequel ce contrat porte.

6. Règlement financier

Il n'est pas possible de prévoir des tarifs dérogatoires pour les citoyens européens. A cet égard, la Directive 2011/24/UE comprend une interdiction de discrimination très claire. La convention doit comporter une clause indiquant les tarifs en vigueur dans le pays où les soins sont dispensés, c'est-à-dire la Belgique.

D'ordinaire, l'autre partie contractante règle l'administration avec le patient. Le cas échéant, il faut s'accorder en détail sur les procédures et l'échange de données. Par ailleurs, l'établissement de factures claires joue un rôle important. Du reste, ce dernier point est explicitement prévu dans la Directive 2011/24/UE.

En ce qui concerne le règlement financier, les éléments suivants méritent une attention :

- le moment où a lieu le paiement : p.ex. après le traitement, au moment du retour du patient, régulièrement, ... ;
- qu'est-ce qui fait partie du paiement et comment cela est-il calculé : p. ex. la durée de l'hospitalisation, la procédure, le coût de capital, la médication, les frais généraux, ... ;
- la propre contribution financière du patient : p.ex. la médication, l'appareillage médical, les repas, les frais de téléphone, les frais de voyage, la modification du traitement planifié, ... ;
- et les règlementations pour les personnes accompagnatrices.

³ Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, *B.S.* 2 juillet 2013, 41511