

**BENELUX
INTERPARLEMENTAIRE
ASSEMBLEE**

2 juni 2017

**Thema “Patiëntenmobiliteit en
grensoverschrijdende zorg”**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID, ONDERWIJS EN SPORT

UITGEBRACHT DOOR
DE HEER JAN BERTELS

**ASSEMBLÉE
INTERPARLEMENTAIRE
BENELUX**

2 juin 2017

**Thème “Mobilité des patients et soins
transfrontaliers”**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES AF-
FAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE, DE
L'ENSEIGNEMENT ET DES SPORTS

PAR
M. JAN BERTELS

VAST SECRETARIAAT
VAN DE BENELUX INTERPARLEMENTAIRE
ASSEMBLEE – PALEIS DER NATIE – BRUSSEL

SECRETARIAT PERMANENT
DE L'ASSEMBLÉE INTERPARLEMENTAIRE
BENELUX – PALAIS DE LA NATION – BRUXELLES

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft haar vergaderingen van 9 december 2016, 20 januari, 3 en 17 februari, 12 mei en 2 juni 2017 gewijd aan het thema “Patiëntenmobiliteit en grensoverschrijdende zorg”.

I. — INLEIDING

Op 9 december 2016 heeft de heer Peter Janssens, Innovator bij het Staffbureau van het Secretariaat-Generaal van de Benelux, het rapport “Patiënten zonder grenzen, grensoverschrijdende patiëntengstromen in de Benelux” toegelicht in de Commissie Sociale Zaken, Volksgezondheid, Onderwijs en Sport (Hoofdstuk II van dit verslag).

De commissie besloot vervolgens om de heer Jan Bertels aan te duiden als rapporteur voor dit thema en enkele hoorzittingen te organiseren over deze aangelegenheid: een hoorzitting waarin de administratieve en financiële aspecten van de patiëntengemobiliteit in de Benelux werd toegelicht en een hoorzitting waarin eerder technische aspecten werden bekeken, zoals de interoperabiliteit en e-Health. Deze hoorzittingen vonden plaats op 20 januari en op 3 februari 2017 (Hoofdstuk III van dit verslag)

Tijdens de vergadering van 17 februari 2017 werd een werkdocument goedgekeurd met het oog op de organisatie van een themadebat “Patiënten zonder grenzen: barrières wegwerken in de Benelux” tijdens de plenaire zitting van de Benelux Interparlementaire Assemblee op 24 maart 2017.

Na deze hoorzittingen en het themadebat heeft de rapporteur een voorstel van aanbeveling opgesteld, dat werd besproken tijdens de vergaderingen van de Commissie Sociale Zaken, Volksgezondheid, Onderwijs en Sport van 12 mei en 2 juni 2017 (Hoofdstuk IV van dit verslag). Tijdens deze laatste vergadering werd het geamendeerde voorstel van aanbeveling goedgekeurd.

MESDAMES ET MESSIEURS,

Votre commission a consacré ses réunions des 9 décembre 2016, 20 janvier, 3 et 17 février, 12 mai et 2 juin 2017 au thème “Mobilité des patients et soins transfrontaliers”.

I. — INTRODUCTION

Le 9 décembre 2016, M. Peter Janssens, Innovateur, au bureau du staff du Secrétariat général de l’Union Benelux, a explicité le rapport “Patients sans frontières, flux de patients transfrontaliers dans le Benelux” devant la commission des Affaires sociales, de la Santé publique, de l’Enseignement et des Sports (chapitre II du présent rapport).

La commission a décidé ensuite de désigner M. Jan Bertels en qualité de rapporteur pour ce thème et a organisé un certain nombre d’auditions sur le sujet: une audition au cours de laquelle seraient exposés les aspects administratifs et financiers de la mobilité des patients dans le Benelux et une autre consacrée plutôt à des aspects techniques, comme l’interopérabilité et l’e-Santé. Ces auditions ont eu lieu les 20 janvier et 3 février 2017 (chapitre III du présent rapport).

Au cours de la réunion du 17 février 2017, un document de travail a été approuvé en vue de l’organisation d’un débat thématique “Patients sans frontières: lever les entraves dans le Benelux” au cours de la séance plénière de l’Assemblée interparlementaire Benelux, le 24 mars 2017.

Après ces auditions et le débat thématique, le rapporteur a rédigé une proposition de recommandation qui a été examinée lors des réunions de la commission des Affaires sociales, de la Santé publique, de l’Enseignement et des Sports des 12 mai et 2 juin 2017 (chapitre IV du présent rapport). La proposition amendée a été adoptée lors de cette dernière réunion.

II. — TOELICHTING VAN HET RAPPORT “PATIËNTEN ZONDER GRENZEN, GRENSOVERSCHRIJDENDE PATIËNTENSTROMEN IN DE BENELUX”

A. Uiteenzetting door de heer Peter Janssens, Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie

De heer *Peter Janssens*, Innovator bij het Stafbureau van het Secretariaat-Generaal van de Benelux verwijst naar het rapport, “Patiënten zonder grenzen, grensoverschrijdende patiëntentstromen in de Benelux” (<http://www.benelux.int/nl/publicaties/publicaties-overzicht/patienten-zonder-grenzen-grensoverschrijdende-patientenstromen-de-benelux>) en licht de belangrijkste gegevens eruit toe.

Minstens 168.177 patiënten steken de grens over voor behandeling in een ander Benelux-land, Duitsland of Frankrijk.

Dit zowel voor geplande als ongeplande zorg. Dit kan gebeuren tijdens een tijdelijk bezoek aan het buitenland, bijvoorbeeld bij een zakenreis of als toerist. Sommige personen wonen in een grensregio en steken daarom vaak de grens over voor zorg. Men kan ook werken in het buitenland, hetzij als grensarbeider, hetzij als “expat”, of in het buitenland studeren. Vele mensen genieten van hun pensioen in het buitenland. En tenslotte doen patiënten soms heel bewust een beroep op buitenlandse zorg, hetzij op eigen initiatief, hetzij gestuurd door het thuisland.

Men kan verschillende voordelen opsommen van grensoverschrijdende zorg. Zo kan het beschikbaar aanbod optimaal worden ingezet en is zorg ook beter bereikbaar, zeker in grensgebieden. Een grensoverschrijdend zorgaanbod kan ook leiden tot het inkorten van wachttijsten of het spreiden van dure investeringen.

Patiënten steken de grens over voor zorg om verschillende redenen. Zo worden de kwaliteit van het zorgaanbod of de kortere wachttijden genoemd. Ook het bestaan van een behandeling die niet aanwezig is in het thuisland of de bestaande bio-ethische wetgeving kunnen redenen zijn om

II. — PRÉSENTATION DU RAPPORT “PATIENTS SANS FRONTIÈRES, FLUX DE PATIENTS TRANSFRONTALIERS DANS LE BENELUX”

A. Exposé de M. Peter Janssens, Secretariat général de l’Union Benelux

M. *Peter Janssens*, Innovateur au bureau du staff du Secrétariat général du Benelux se réfère au rapport “Patients sans frontières, flux de patients transfrontaliers dans le Benelux” (<http://www.benelux.int/nl/publicaties/publicaties-overzicht/patienten-zonder-grenzen-grensoverschrijdende-patientenstromen-de-benelux>) et en explicite les principales données.

Au moins 168.177 patients traversent la frontière pour se faire traiter dans un autre pays du Benelux, en Allemagne ou en France.

Cela concerne tant les soins programmés que les soins non programmés. Cela peut se faire à l’occasion d’un séjour temporaire à l’étranger, par exemple lors d’un voyage d’affaires, d’un voyage touristique. Certaines personnes vivant dans une région frontalière traversent régulièrement la frontière pour se faire soigner. Il peut s’agir aussi de personnes qui travaillent à l’étranger comme travailleur frontalier ou comme “expat”, ou encore qui étudient à l’étranger. De nombreuses personnes aussi jouissent de leur pension à l’étranger. Enfin, il arrive que des patients optent délibérément pour des soins prodigués à l’étranger, de leur propre initiative ou envoyés par leur pays d’origine.

Les soins transfrontaliers peuvent présenter plusieurs avantages. Cela permet d’utiliser au maximum l’offre disponible et les soins sont plus accessibles, particulièrement dans les régions frontalières. Une offre de soins transfrontaliers peut aussi se traduire par le raccourcissement de liste d’attente ou la répartition d’investissements onéreux.

Les raisons qui poussent les patients à traverser la frontière pour se faire soigner sont diverses. L’on cite par exemple la qualité de l’offre de soins ou les délais plus courts. De même, l’existence d’un traitement qui n’est pas offert dans le pays d’origine ou la législation bio-éthique existante peuvent constituer

de grens over te steken. Vanzelfsprekend kan de bereikbaarheid meespelen in de beslissing, en dan gaat het zowel om geografische bereikbaarheid als om taal- en culturele aspecten. Ook de aanwezigheid van een specialist of de nood aan een second opinion kunnen doorslaggevend zijn. Financiële motieven spelen ook mee, hoewel hierover veel onwetendheid bestaat.

De heer Janssens verwijst vervolgens naar de bestaande initiatieven op het Benelux niveau met betrekking tot de grensoverschrijdende zorg. Ook binnen de Benelux wordt er immers al meerdere jaren actief samengewerkt op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Een concreet resultaat hiervan zijn de Beneluxbeschikkingen die het grensoverschrijdende ambulanceverkeer aan de Belgisch-Nederlandse en de Belgisch-Luxemburgse grens regelen¹ en de aanvullingen uit 2016 (orgaantransplantatie, rijbewijzen). Grensoverschrijdende gezondheidszorg maakte ook deel uit van het Gemeenschappelijk Werkprogramma 2013-2016 ‘Groei, Innovatie en Veiligheid’, vastgesteld door het Benelux Comité van Ministers. Spreker verwijst ook naar het rapport van 2014 over de grensoverschrijdende erkenning van wilsverklaringen inzake het levenseinde. Over de grensoverschrijdende interoperabiliteit en eHealth-informatie werden reeds technische consultaties gehouden in 2013-14. Daarbij werden 7 vragen gedetecteerd:

- De identificatie van patiënt bij de beheerders van het patiëntendossier
- De identificatie van de patiënt bij de zorgverstrekker
- De controle van de kwalificatie van de zorgverstrekker
- De check van de therapeutische relatie tussen patiënt en zorgverstrekker
- De ‘*informed consent*’ (patiënt geeft toestemming geeft aan de zorgverstrekker om informatie op te vragen of door te geven).

des motifs de se faire soigner de l'autre côté de la frontière. Bien évidemment, l'accessibilité peut intervenir dans la décision, auquel cas il s'agit tant de l'accessibilité géographique que d'éléments linguistiques et culturels. La présence d'un spécialiste ou le besoin de recueillir un second avis peuvent être déterminants. Des raisons financières jouent également, bien que cet aspect soit très peu connu.

M. Janssens se réfère ensuite aux initiatives existantes au niveau du Benelux concernant les soins transfrontaliers. Dans le Benelux aussi, il existe depuis de nombreuses années une coopération active dans le domaine des soins de santé transfrontaliers. Parmi les résultats concrets, l'on peut citer les Décisions Benelux qui règlent le transport en ambulance transfrontalier aux frontières Belgo-néerlandaise et Belgo-luxembourgeoise¹, ainsi que les textes complémentaires de 2016 (transplantations d'organes, permis de conduire). Les soins de santé transfrontalier figuraient également dans le Programme annuel commun 2013-2016 ‘Croissance, Innovation et Sécurité’, arrêté par le Comité de ministres Benelux. L'orateur évoque également le rapport de 2014 sur la reconnaissance transfrontalière des déclarations de volonté concernant la fin de vie. Des consultations techniques ont déjà été tenues à propos de l'interopérabilité transfrontalière et l'information e-Santé en 2013-2014. Dans ce cadre, sept points ont été mises en avant:

- L'identification du patient auprès du gestionnaire du dossier de patients
- L'identification du patient auprès des prestataires de soins
- Le contrôle de la qualification du prestataire de soins
- Le contrôle de la relation thérapeutique entre le patient et le prestataire de soins
- L' ‘*informed consent*’ (le patient autorise le prestataire de soins à demander ou à transmettre des informations)

¹ Beschikking M (2012) 5 van 20 juli 2012 en Beschikking M (2009) 8 van 8 december 2009 (zoals gewijzigd door beschikking M (2014) 1 van 11 februari 2014).

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

- De vlotte inzichtelijkheid en vindbaarheid van de informatie over de grens: hoe weet de zorgverstrekker waar hij de informatie over de grens heen kan vinden?

- Het *end-to-end* versleutelen van informatie met het oog op het beveiligen van de privacy

De – naar schatting – 168 177 patiënten die jaarlijks de grens oversteken voor medische zorg zijn er:

- Naar België: 92.765 patiënten

- 55.714 uit Nederland
- 25.994 uit Frankrijk
- 7.530 uit Luxemburg

- Naar Duitsland: 49.975 patiënten

- 26.241 uit Nederland
- 18.611 uit België
- 5.123 uit Luxemburg

- Naar Frankrijk: 10.362 patiënten

- 7.123 uit België
- 1.997 uit Nederland
- 1.242 uit Luxemburg

- La facilité à consulter et à trouver l'information par-delà la frontière: comment le prestataire de soins peut-il savoir où trouver l'information?

- Le cryptage *end-to-end* de l'information en vue de protéger la vie privée.

Les 168 177 patients qui, selon les estimations, traversent la frontière pour se faire prodiguer des soins médicaux se répartissent comme suit:

- Vers la Belgique: 92.765 patients

- 55.714 originaires des Pays-Bas
- 25.994 originaires de France
- 7.530 originaires du Luxembourg

- Vers l'Allemagne: 49.975 patients

- 26.241 originaires des Pays-Bas
- 18.611 originaires de Belgique
- 5.123 originaires du Luxembourg

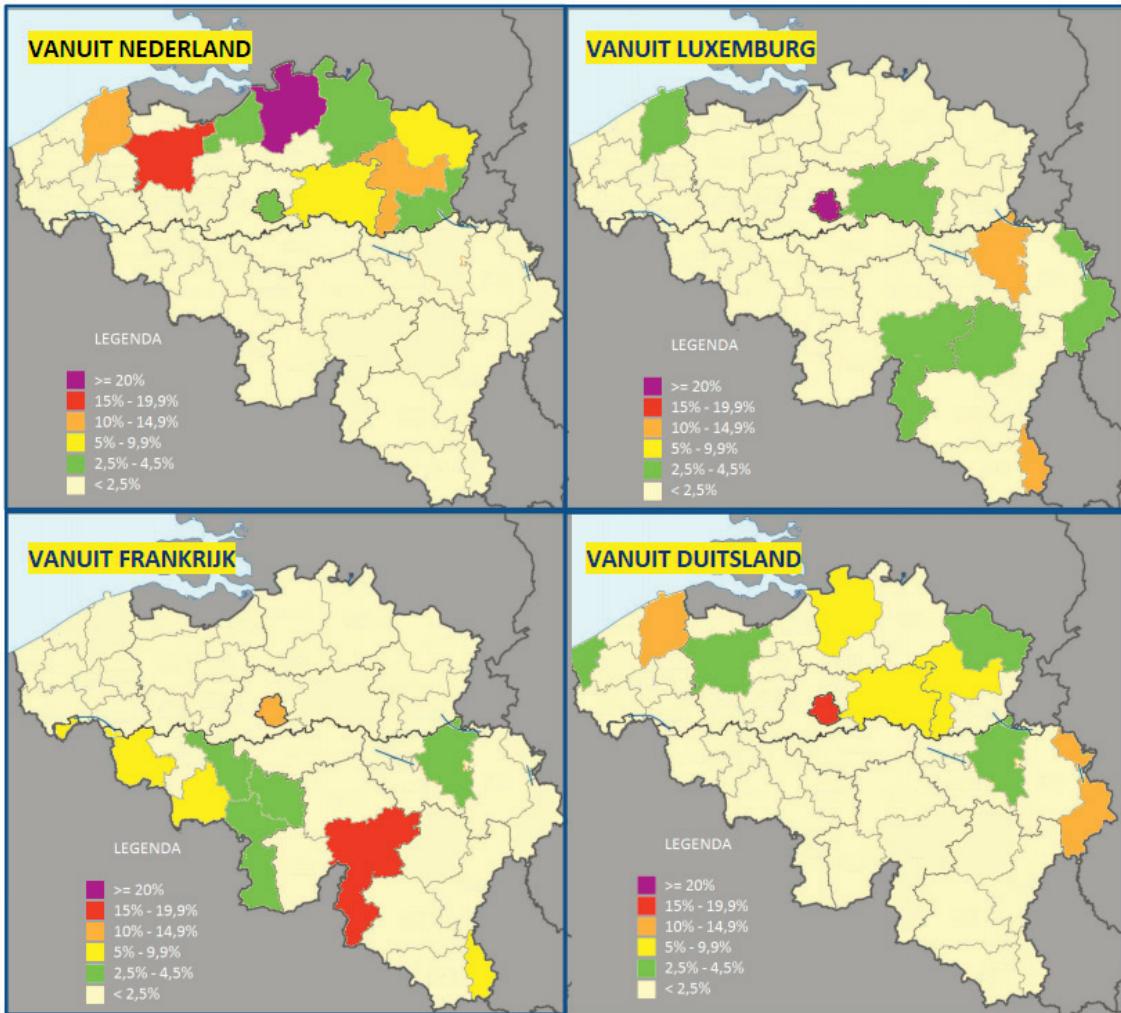
- Vers la France: 10.362 patients

- 7.123 originaires de Belgique
- 1.997 originaires des Pays-Bas
- 1.242 originaires du Luxembourg



Onderstaand beeld geeft een idee van de buitenlandse bezetting van Belgische ziekenhuizen:

L'illustration ci-dessous fournit un aperçu de l'occupation des hôpitaux belges:



Voor de zorgverzekeraar Achmea is de spreiding van patiënten vanuit West-Nederland richting Duitsland en richting België ongeveer gelijklopend (figuur 9). Een zorgverzekeraar zoals het Centraal Ziekenfonds, die vooral in het zuiden actief is, zal haar klanten logischerwijs eerder naar België sturen (figuur 10). De zorgverzekeraar Menzis is dan weer eerder in het oostelijke deel van Nederland actief en zal zijn patiënten eerder richting Duitsland oriënteren (figuur 11), zij het dat er ook velen naar België gaan.

Figuur 19 geeft aan naar welk Belgisch arrondissement de Luxemburgse verzekerden vooral gaan. Het blijkt dat meer dan 50 % onder hen naar het Brussels Hoofdstedelijk Gewest trekken.

Pour l'assureur soins de santé Achmea, la répartition des patients originaires de l'ouest des Pays-Bas qui se rendent en Allemagne et en Belgique est à peu près équivalente (figure 9). Logiquement, un assureur soins de santé comme le *Centraal Ziekenfonds*, qui est principalement actif dans le sud, enverra plutôt ses patients en Belgique (figure 10). L'assureur soins de santé Menzis, qui est plutôt actif dans la partie est des Pays-Bas, dirigera plutôt ses patients vers l'Allemagne (figure 11), même si beaucoup se rendent en Belgique.

La figure 19 indique dans quel arrondissement belge se rendent principalement les luxembourgeois. Il s'avère que plus de 50 % d'entre eux optent pour la région de Bruxelles-Capitale.

Benaderend gezamenlijk beeld

Al deze gegevens werden getoetst aan een panel van experts, bestaande uit afgevaardigden van de betrokken ministeries, administraties en zorgverzekeraars van de 3 betrokken landen. Zij schatten dat het reële aantal patiënten dat zich laat verzorgen in een ander land wellicht nog hoger ligt dan blijkt uit de reeds eerder geciteerde gegevens. Bovendien verwachten zij voor de toekomst nog een grotere toename van het aantal patiënten dat zich over de grens begeeft. Zeker voor België en Luxemburg bestaat hierover weinig twijfel bij de experts.

Wat Nederland betreft, is men iets voorzichtiger, gelet op de belangrijke rol die de zorgverzekeraars spelen in het zorglandschap. Waar in België en Luxemburg de patiënt zelf de keuze maakt om over de grens te gaan, al dan niet op suggestie van zijn arts, is dit geenszins het geval in Nederland. Daar zijn het de zorgverzekeraars die hun patiënten naar een bepaalde specialist die zich al dan niet over de grens bevindt. De zorgverzekeraars hebben dus een beslissende rol en zij onderhandelen ook jaarlijks met de zorgverstrekkers over de kostprijs van sommige behandelingen.

Twee evoluties tekenen zich af. De eerste evolutie is dat de zeer goed geïnformeerde patiënten zelf op zoek gaan naar de beste prijs-kwaliteitsverhouding omdat zij weten waar de best beschikbare zorg en de beste specialisten zich bevinden, ook over de grens. Zij laten zich hoe langer hoe minder afschrikken door het bestaan van een landsgrens. Een tweede fenomeen is dat er in de grensregio's een vanzelfsprekendheid is ontstaan op het vlak van grensoverschrijdende zorg, gelet op de nabijheid van ziekenhuizen e.d. De drempel wordt dan ook minder hoog, zij het dat de administratieve overlast toch nog steeds een remmende factor is. Meer en meer initiatieven trachten deze administratieve hinderpalen uit de weg te werken. Eenmaal men de weg kent en men weet waaraan men zich mag verwachten, valt vaak de drempel weg en stijgt het aantal patiënten die zich over de

Vue d'ensemble approximative

Toutes ces données ont été soumises à un panel d'experts réunissant des délégués des ministères, des administrations et des prestataires de soins concernés dans les trois pays. Ces experts estiment que le nombre réel de patients qui se font soigner dans un autre pays est sans doute plus élevés que ne l'indiquent les données citées précédemment. En outre, ils s'attendent dans l'avenir à une croissance encore plus grande du nombre de patients qui se rendent de l'autre côté de la frontière. Les experts n'ont aucun doute à ce sujet, très certainement pas en ce qui concerne la Belgique et le Luxembourg.

Pour ce qui est des Pays-Bas, ils se montrent plus prudents, compte tenu du rôle important que les assureurs soins de santé y jouent dans l'espace de soins. En Belgique et au Luxembourg, c'est le patient lui-même qui choisit de traverser la frontière, sur la suggestion ou non de son médecin, mais ce n'est nullement le cas aux Pays-Bas. Là, ce sont les assureurs soins de santé qui adressent leurs patients à un spécialiste donné qui exerce ou non de l'autre côté de la frontière. Les assureurs soins de santé jouent donc un rôle déterminant et négocient annuellement avec les prestataires de soins le coût de certains traitements.

Deux évolutions se font jour. Selon la première, les patients très bien informés recherchent eux-mêmes le meilleur rapport prix-qualité par ce qu'ils savent où se trouvent les meilleurs spécialistes, éventuellement de l'autre côté de la frontière. L'existence d'une frontière nationale est de moins en moins de nature à les dissuader. Un deuxième constat est que les soins de santé transfrontalier sont devenus une évidence dans les régions frontalieres vu la proximité des hôpitaux, etc. Le seuil à franchir se réduit toujours davantage, bien que les démarches administratives restent un frein. De plus en plus d'initiatives tendent à lever ces entraves administratives. Une fois que l'on connaît la voie à suivre et que l'on sait à quoi s'attendre, le seuil s'efface souvent et le nombre de patients qui se font traiter de l'autre côté de la frontière augmente. Le groupe d'experts du Benelux a dès lors conclu

grens laten behandelen. De expertengroep van de Benelux heeft dan ook geconcludeerd dat er wel degelijk een “business case” voorhanden is inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit.

Trends en opportuniteiten

Ook de technologische ontwikkelingen en de hogere personenmobiliteit leiden tot nieuwe vormen van grensoverschrijdende zorg. Voor een nieuwe topgeneeskunde is het interessant om hiervoor patiënten aan te trekken uit een groter gebied dan enkel het eigen land, gelet op de schaalvoordelen. Potentieel kan dus worden gedacht aan opschaling en aan kostenbeheersing. Nationale Contactpunten worden steeds belangrijker voor de grensoverschrijdende zorg. Het gaat daarbij om informatiepunten die de centrale overheden inrichten met het oog op de informatie van de patiënten over hun rechten, de terugbetaling, de te volgen administratieve procedures e.d.m. Deze contactpunten zijn pas opgestart en worden thans georganiseerd in de betrokken landen. Hier wordt veel van verwacht.

Ook de interoperabiliteit van e-*Health*platformen werkt kwaliteitsverhogend en kostenbesparend. Hier moet verder op doorgewerkt worden zodat de verschillende systemen met elkaar kunnen communiceren over de landen heen. Verder zijn er de Europese referentienetwerken voor zeldzame ziektes, waarbij alle experts ter zake in de Benelux en de andere Europese landen bijeen brengt om een betere zorg te verstrekken.

Dit zijn allemaal voorbeelden waarbij over de grens wordt gekeken om na te gaan welke mogelijkheden daar bestaan.

Beleidsaanbevelingen

Het rapport sluit af met enkele beleidsaanbevelingen. Daarbij is het niet zozeer de bedoeling om zoveel mogelijk mensen de grens te laten oversteken, maar wel de toegankelijkheid te vergroten, obstakels weg te nemen en de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren. Het zorgaanbod kan inderdaad worden verbeterd indien men de grenzen kan wegnemen en de beste praktijken met

qu'il existe bien un “business case” en matière de mobilité transfrontalière des patients.

Tendances et possibilités

Les développements technologiques et la mobilité accrue des personnes débouchent sur de nouvelles formes de soins transfrontaliers. Il est intéressant pour une nouvelle médecine de pointe d'attirer des patients originaires d'une zone plus large que le territoire national, compte tenu des avantages d'échelle. Potentiellement donc, l'on peut escompter un accroissement d'échelle et la maîtrise des coûts. Les Points de contact nationaux deviennent de plus en plus importants pour les soins transfrontaliers. Il s'agit de points d'information organisés par les pouvoirs publics pour informer les patients au sujet de leurs droits, des remboursements, des procédures administratives à suivre, etc. Ces points de contact ont été créés récemment et sont actuellement organisés dans les pays concernés. Ils suscitent d'importantes attentes.

De même, l'interopérabilité des plates-formes d'e-Santé favorise la qualité et la réduction des coûts. Il faut continuer à travailler sur ce point afin de que les différents systèmes puissent communiquer entre par-delà les frontières. Il existe par ailleurs aussi les réseaux de référence européens pour les maladies rares, qui réunissent tous les experts du Benelux et des autres pays européens en la matière dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués.

Voilà donc une série d'exemples de situations où l'on s'informe de l'autre côté de la frontière sur les possibilités qui y sont offertes.

Recommandations politiques

Le rapport s'achève par un certain nombre de recommandations politiques. Il ne s'agit pas tellement de faire en sorte que le maximum de personnes traversent la frontière mais bien de faciliter l'accessibilité, de lever les obstacles et d'améliorer la qualité des soins offerts. L'offre de soins peut en effet être améliorée si l'on réussit à lever les barrières frontalières et que l'on compare entre elles

elkaar kan vergelijken. Dit moet leiden tot een betere kwaliteit, prijs en toegang van het zorgaanbod.

Gespecialiseerde behandelingen kunnen profiteren van een opschaling, wat niet altijd evident is, gelet op de ambitie van de meeste ziekenhuizen om de beste zorg aan te bieden. Het spreiden van de gespecialiseerde zorg over de Benelux zal dan ook niet evident zijn en goede afspraken vergen. De mogelijkheid is er echter wel.

De administratieve barrières moeten zoveel mogelijk worden weggewerkt en de patiënten dienen hierover goed geïnformeerd te worden. Wie een medische nood heeft, is immers niet geïnteresseerd in administratieve procedures. Dit komt ten goede aan de rechten van de patiënt.

Vervolgens moet werk worden gemaakt van de interconnectie van de e-Healthplatformen. Daarbij moet wel worden gewaakt over het respect voor de persoonlijke levenssfeer en is ook de preventie van fraude een belangrijk aspect waarmee rekening moet worden gehouden. Ten slotte moet de informatieverzameling en -verstrekking beter. Het is niet meer van deze tijd dat een zo weinig en zo gebrekkige informatie vorhanden is voor patiënten die de grens oversteken. Ook de Europese Commissie is deze mening toegedaan.

Jaarplan 2017

Het Benelux-secretariaat heeft de ambitie om in 2017 de mogelijkheden inzake mapping en stroomlijning van de grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden te onderzoeken. Ook wil men kijken naar de manier waarop de complexe en dure zorg in de verschillende landen is georganiseerd en of er mogelijkheden zijn om op langere termijn tot afspraken te komen. Het Benelux-portaal zal ook trachten de informatievoorziening te verbeteren via links naar de nationale instanties.

Ten slotte verwijst spreker naar de verklaring van 3 oktober 2016 van de 3 eerste ministers van de Beneluxlanden, waarin vooral de nationale regeringen wordt gevraagd om de interoperabiliteit van de e-Healthplatformen te verbeteren.

les meilleures pratiques. Cela doit déboucher sur une meilleure qualité, des prix plus favorables et une augmentation de l'offre de soins.

Les traitements spécialisés peuvent bénéficier des effets d'un accroissement d'échelle, ce qui n'est pas toujours évident compte tenu de l'ambition de la plupart des hôpitaux d'offrir les meilleurs soins. La répartition des soins spécialisés dans le Benelux n'ira dès lors pas de soi et requerra de bons accords. Mais la possibilité existe.

Il faut autant que possible lever les barrières administratives et les patients doivent en être dûment informés. La personne confrontée à un problème médical n'a en effet que faire des procédures administratives. Les droits des patients en bénéficieront.

Ensuite, il faut se préoccuper de l'interconnexion des plates-formes d'e-Santé. Il faut à ce propos veiller au respect de la vie privée et la prévention des fraudes constitue également un aspect important dont il faut tenir compte. Enfin, la collecte et la délivrance d'informations doivent être améliorées. Il n'est plus admissible à notre époque que le patient qui traverse la frontière dispose d'informations aussi rares et aussi lacunaires. Cet avis est également partagé par la Commission européenne.

Plan annuel 2017

Le Secrétariat général Benelux ambitionne d'étudier en 2017 les possibilités qui existent dans le domaine du mapping et de la rationalisation des structures de coopération transfrontalière. Il souhaite également s'informer de la manière dont les soins complexes et onéreux sont organisés dans les différents pays et savoir s'il est possible à long terme de conclure des accords. Le portail Benelux va s'efforcer aussi d'améliorer la formation par le biais de liens vers les instances nationales.

Enfin, l'orateur se réfère à la déclaration du 3 octobre 2016 des trois premiers ministres des pays du Benelux qui invite surtout les gouvernements nationaux à améliorer l'interopérabilité des plateformes d'e-Santé.

B. Gedachtewisseling

De heer Mulder meent dat, om een specialisatie in de gezondheidszorg te kunnen uitoefenen, een bepaalde patiëntenpopulatie vereist is. Vele patiënten trekken dan ook de grens over. Daar lijkt het echter alsof een bepaalde behandeling flink duurder is, wat vaak niet klopt: het zorgsysteem van het betrokken land doet dit enkel op het eerste gezicht zo uitschijnen. Daarom ook dat bijvoorbeeld weinig Nederlandse patiënten naar Duitsland gaan. Daarom moet de financiering van de zorg in de verschillende landen bij het debat betrokken worden. Wat kan men daaraan doen?

Een ander element betreft de transparantie. Er is vaak te weinig zicht op de kwaliteit van de aangeboden zorg. Voldoende parkeerplaats of een vriendelijke arts zijn niet noodzakelijk de beste parameters. Er is dan ook meer transparantie nodig op het punt van kwaliteit en van kostprijs. Dit lijkt spreker immers ook een belemmering voor grensoverschrijdende zorg.

De heer Janssens erkent dat de kostprijs van eenzelfde behandeling in de verschillende landen moeilijk te vergelijken is. Er is inderdaad nood aan meer heldere vergelijkingsmogelijkheden. In Nederland spelen de zorgverzekeraars een bepalende rol in de grensoverschrijdende patiëntenstromen, precies omdat van de kostprijs en de kwaliteit van de aangeboden zorg.

Transparantie hangt sterk af van de aangeboden informatie. De goed geïnformeerde patiënt weet beter wat het aanbod is en is bereid hiervoor de grens over te steken; andersom zijn minder goed geïnformeerde patiënten hiertoe bijna verplicht vermits ze weinig andere keuze hebben dan over de grens te gaan.

De heer Bertels wijst op de verschillende financieringsmechanismen. In België worden bijvoorbeeld vele investeringen gedragen door de ligdagprijzen, die niet aan de patiënt maar aan de belastingbetalen worden aangerekend. Heeft men vanuit het secretariaat-generaal van de Benelux inzage gekregen in de individuele contacten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen? Vaak

B. Échange de vues

M. Mulder estime que l'exercice d'une spécialisation dans le domaine des soins de santé requiert la présence d'une population de patients donnée. C'est pour cette raison que de nombreux patients traversent la frontière. Il pourrait sembler que le traitement donné y soit beaucoup plus onéreux, ce qui n'est souvent pas le cas: le système de soins de santé du pays concerné ne fait que susciter cette impression dans un premier temps. C'est aussi la raison pour laquelle, par exemple, peu de patients néerlandais se rendent en Allemagne. Il faut dès lors tenir compte dans le débat du financement des soins dans les différents pays. Que peut-on faire dans ce domaine?

Un autre élément concerne la transparence. La qualité des soins offerts n'apparaît souvent pas clairement. Des places de parking en suffisance ou un médecin affable ne sont pas nécessairement les meilleurs paramètres. Il faut dès lors davantage de transparence concernant la qualité et le coût. Aux yeux de l'orateur, il s'agit là également d'une entrave aux soins de santé transfrontalier.

M. Janssens reconnaît que le coût d'un traitement dans les différents pays est difficilement comparable. Il faut en effet disposer de meilleurs points de comparaison. Aux Pays-Bas, les assureurs soins de santé jouent un certain rôle à l'égard des flux de patients transfrontaliers, en raison précisément du coût et de la qualité des soins proposés.

La transparence est souvent fonction de l'information fournie. Le patient dûment informé connaît mieux l'offre et se montre disposé à traverser la frontière pour y recourir; inversement, le patient moins bien informé y est presque contraint puisqu'il n'a souvent guère d'autre choix que de traverser la frontière.

M. Bertels évoque les différents mécanismes de financement. En Belgique par exemple, de nombreux investissements sont supportés par le prix de la journée d'hospitalisation, laquelle n'est pas à charge des patients mais des contribuables. Le Secrétariat général de l'Union Benelux a-t-il pu prendre connaissance des contacts individuels entre les prestataires de soins et les hôpitaux?

wordt daar immers een correctie toegepast voor de financiering van de ziekenhuizen. Het gaat hier om een fundamenteel aspect in het debat.

De heer Janssens antwoordt dat het onderzoek zich niet heeft toegespitst op de financiële aspecten, vermits dat aspect de zaken nog ingewikkelder zou hebben gemaakt.

De heer Bertels informeert of de beleidsaanbevelingen die in het rapport werden gemaakt ook daadwerkelijk worden uitgevoerd en of het secretariaat-generaal hierin een actieve rol speelt.

De heer Janssens antwoordt dat sommige aanbevelingen ook op het Europese niveau worden opgenomen. Dit is bijvoorbeeld het geval met de zgn. "nationale contactpunten", die intussen een Europese verplichting zijn. Vanuit het secretariaat-generaal wordt bijvoorbeeld gekeken of ze goed werken en of ze beter op elkaar kunnen afgestemd worden. Indien voor het jaar 2017 reeds het jaarplan kan worden aangehouden, is men al een heel stuk gevorderd. Ook wordt aandacht besteed aan verzekeringsfraude. Voor sommige aanbevelingen, zoals bijvoorbeeld een betere informatieverstrekking, zijn het vooral de betrokken landen die hierin een belangrijke rol dienen te spelen. De druk op deze landen om een ander beter te organiseren zal enkel maar toenemen, ook vanuit de Europese instellingen.

De heer Postema dankt het secretariaat-generaal van de Benelux voor het initiatief, maar wijst er tegelijk op dat, voor de Nederlandse situatie, een grote verzekeraar ontbreekt, zijnde VGZ die zeer actief is in de grensregio.

De heer Janssens erkent dat dit zo is; het was niet mogelijk gegevens te verkrijgen van deze zorgverzekeraar.

De heer Postema verklaart hieraan graag te willen meewerken.

In het beleidsonderzoek is ook gekeken naar de stijging van de kosten van de grensoverschrijdende patiëntenzorg. Er is sprake van een stijging van 26 % van de kostprijs voor de periode 2008-2012, waarvan een deel enkel in Nederland, maar een ander deel ook in de grensoverschrijdende zorg.

Souvent en effet, un correctif est appliqué pour le financement des hôpitaux. Cet aspect est fondamental dans le débat.

M. Janssens répond que l'étude ne s'est pas focalisée sur les aspects financiers parce que cela aurait rendu les choses plus complexes encore.

M. Bertels demande si les recommandations politiques formulées dans le rapport sont concrètement mises en œuvre et si le Secrétariat général joue à cet égard un rôle actif.

M. Janssens répond que certaines recommandations ont également été reprises au niveau européen. C'est par exemple le cas des "contacts nationaux", qui sont entre-temps devenus une obligation au niveau européen. Le Secrétariat général vérifie s'ils fonctionnent bien et s'ils pourraient être mieux coordonnés entre eux. Si le plan annuel pouvait être mis en œuvre pour 2017, ce serait déjà une avancée. La fraude à l'assurance retient également l'attention. Concernant certaines recommandations, comme l'amélioration de l'information, ce sont principalement les pays concernés qui ont un rôle important à jouer. La pression exercée sur ces pays pour améliorer l'organisation ne fera que croître, également depuis les institutions européennes.

M. Postema remercie le Secrétariat général de l'Union Benelux pour l'initiative mais souligne qu'en ce qui concerne la situation aux Pays-Bas, un assureur majeur a été oublié, à savoir VGZ, qui est très actif dans la région frontalière.

M. Janssens reconnaît l'exactitude du propos; il n'a pas été possible d'obtenir des informations de cet assureur soins de santé.

M. Postema indique qu'il est tout disposé à prêter son concours.

L'étude politique a également porté sur l'augmentation des coûts des soins de santé transfrontaliers. Il est question pour la période 2008-2012 d'une hausse de 26 % du coût enregistrée pour les seuls Pays-Bas mais pour partie aussi au niveau des soins de santé transfrontaliers.

In Nederland blijkt de elektronische patiënt-informatie niet makkelijk te verlopen. Hier liggen volgens spreker mogelijkheden in de samenwerking tussen de betrokken landen en kan men leren vanuit de Belgische en Luxemburgse situatie.

De heer Janssens verklaart dat er voornemens zijn om de experts die zich met dit thema bezig houden opnieuw bij elkaar te brengen om te kijken wat mogelijk is. Men moet echter niet vrezen dat de e-*Health* initiatieven op een geforceerde wijze zullen geharmoniseerd worden over de landen heen. Eerder is het de bedoeling om, zoals in de loodgieterij, koppelstukken te plaatsen tussen de verschillende systemen zodat deze met elkaar kunnen communiceren. Iets opleggen van bovenaf zal hoe dan ook niet lukken. Wel kan men werken aan standaards die gemeenschappelijk zijn.

Mevrouw van Miltenburg meent dat, indien het Beneluxparlement deze aangelegenheid verder wil bespreken, is het van belang dat men nauw samenwerkt met de zorgverzekeraars. De belangrijkste vragen gaan immers over de toegankelijkheid, de kwaliteit en de prijs van het zorgaanbod. Deze elementen liggen in Nederland in hoofdzaak bij de zorgverzekeraars. Spreekster meent dat een zorgverzekeraar als VGZ niet aan het rapport heeft meegewerkt omdat zij mogelijk een verzekeraar in Vlaanderen willen overnemen. Voor de Belgische spelers levert het Beneluxrapport immers heel veel informatie op die hun concurrentiepositie versterkt ten aanzien van de Nederlandse spelers.

De heer Janssens erkent dat de rol van de zorgverzekeraars in het Nederlandse model cruciaal is en dat zij nodig zijn om verdere stappen te kunnen zetten. Hij suggereert om een zorgverzekeraar uit te nodigen voor een hoorzitting. Bovendien is de vraag hoe de patiënten in de grensregio een en ander ervaren en welke antwoorden zij willen. Het rapport biedt eerder antwoorden op deze vragen, die bij het grote publiek leven ongeacht de wijze waarop dit wordt georganiseerd: door de overheid, een private zorgverzekeraar of een mutualiteit. De wijze waarop de verschillende e-*Health*platformen met elkaar communiceren, is dan weer een aangelegenheid die niet door de zorgverzekeraars wordt besproken.

Aux Pays-Bas, l'information électronique des patients ne semble pas donner pleinement satisfaction. Selon l'orateur, la coopération entre les pays concernés renferme des possibilités et l'étude de la situation en Belgique et au Luxembourg peut être instructive.

M. Janssens indique qu'il est envisagé d'à nouveau réunir les experts qui s'occupent de ce sujet pour voir ce qui peut être fait. Il ne faut toutefois pas craindre une harmonisation forcée des initiatives en matière d'e-Santé par-delà les frontières. Il est plutôt prévu, comme on le ferait en plomberie, de poser des raccords entre les différents systèmes afin qu'ils puissent communiquer entre eux. Imposer quelque chose d'en haut ne portera pas de fruits mais l'on peut travailler sur des standards communs.

Mme van Miltenburg estime que si le Parlement Benelux souhaite poursuivre l'examen de cette matière, il est important de coopérer étroitement avec les assureurs soins de santé. Les questions les plus importantes portent en effet sur l'accessibilité, la qualité et le prix de l'offre de soins. Ces éléments reposent essentiellement aux Pays-Bas auprès des assureurs soins de santé. L'oratrice estime que si un assureur soins de santé comme VGZ n'a pas contribué au rapport, c'est parce qu'il se propose de reprendre un assureur situé en Flandre. Pour les acteurs belges, le rapport Benelux contient énormément d'informations qui renforcent leur compétitivité par rapport aux acteurs néerlandais.

M. Janssens reconnaît que le rôle joué par les assureurs soins de santé dans le modèle néerlandais est crucial et que ces derniers sont nécessaires pour pouvoir aller de l'avant. Il suggère d'inviter un assureur soins de santé pour une audition. En outre, la question se pose de savoir comment les patients évaluent leur expérience dans la région frontalière et quelles réponses ils attendent. Le rapport proposerait plutôt des réponses à ces questions qui sont vivaces parmi la population, quelle que soit la manière dont les choses sont organisées: par les pouvoirs publics, par un assureur soins de santé privé ou par une mutualité. Le mode de communication entre les différentes plateformes d'e-Santé n'est pas discuté par les assureurs soins de santé.

De heer van Hattem informeert of, bij het elektronische patiëntendossier in België, de zgn. “end to end” versleuteling de standaard is. In Nederland is veel discussie geweest over de vraag of een totale versleuteling dan wel een “end to end” versleuteling wenselijk is. Indien de Belgische en de Nederlandse dossiers met elkaar moeten gekoppeld worden, is dit een belangrijk vraagstuk. De privacy moet zo goed mogelijk gewaarborgd blijven.

De heer Janssens antwoordt dat er in België enkele hubs bestaan, geconcentreerd rond enkele grote ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld in Antwerpen, Leuven, Gent, Brussel en Bergen. Deze hubs concentreren ook de regionale ziekenhuizen en de huisartsen en dergelijke uit de omgeving. Op Belgisch niveau werd een “meta hub” gecreëerd die elk van deze afzonderlijke hubs met elkaar wil doen communiceren. De “end to end versleuteling” is hiervan één van de elementen, maar spreker kan niet op het technische aspect ingaan. Hoe dan ook moeten de binnenlandse garanties op het vlak van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ook blijven gelden indien men de grens oversteekt.

De heer Oberweis wenst te vernemen of de verschillende parameters, die in het rapport aan bod komen, dezelfde zijn voor elk van de Benelux landen, of bestaat hierin differentiatie? Een van de 4 parameters is bijvoorbeeld de kwaliteit van de beschikbare zorg. Is deze parameter dezelfde in de 3 Beneluxlanden?

De heer Janssens antwoordt dat deze parameters afkomstig zijn uit de vakliteratuur en wetenschappelijk onderzoek. Deze parameters zijn echter niet onderzocht voor elk van de 3 betrokken landen afzonderlijk.

M. van Hattem demande à propos du dossier électronique du patient en Belgique si le cryptage “end to end” constitue la règle. Il y a eu aux Pays-Bas d’abondantes discussions au sujet de la question de savoir si un cryptage total ou un cryptage “end to end” est souhaitable. Si les dossiers belge et néerlandais doivent être joints, il s’agit d’une question importante. La vie privée doit autant que possible être protégée.

M. Janssens répond qu’il n’existe en Belgique que des hubs concentrés autour de quelques grands hôpitaux, comme à Anvers, Louvain, Gand, Bruxelles et Mons. Ces hubs concentrent aussi les hôpitaux régionaux, les médecins généralistes, etc. de la région. Un “meta hub” a été créé au niveau de la Belgique pour faire communiquer entre eux l’ensemble de ces hubs individuels. Le cryptage “end to end” en constitue un des éléments mais l’orateur n’est pas en mesure d’aborder l’aspect technique. Quoi qu’il en soit, les garanties en vigueur dans le pays concernant la protection de la vie privée doivent rester d’application pour qui traverse la frontière.

M. Oberweis souhaite savoir si les différents paramètres qui interviennent dans le rapport sont les mêmes pour chacun des pays du Benelux ou s’il existe-t-il des différences à cet égard. L’un des quatre paramètres est par exemple la qualité des soins disponibles. Ce paramètre est-il identique dans les trois pays du Benelux?

M. Janssens répond que ces paramètres sont issus de la littérature professionnelle et d’études scientifiques. Ils n’ont toutefois pas été analysés distinctement pour chacun des trois pays concernés.

III. — HOORZITTINGEN

A. Hoorzitting van 20 januari 2017

A. Hoorzitting met mevrouw Lien De Peuter, stafmedewerker Extern Beleid, Landsbond Christelijke Mutualiteiten (België)

1) Uiteenzetting

Mevrouw Lien De Peuter, stafmedewerker Extern Beleid, Landsbond Christelijke Mutualiteiten, spreekt namens het Intermutualistisch College.

Patiëntenmobiliteit is volgens spreekster een zeer ruim begrip. De Belgische verzekeringinstellingen worden geconfronteerd met allerlei vormen van grensoverschrijdende zorg en bijbehorende patiëntstromen. Het gaat dan ook om een complexe materie, die zowel ongeplande zorgen als geplande zorgen betreft. Bij een samenwerking met thema “patiëntenmobiliteit” is de eerste vereiste dan ook een juiste definitie van de term “grensoverschrijdende zorg”.

Bij het detecteren van de verscheidene stromen in de patiëntenmobiliteit dient men rekening te houden met het feit dat het verkeer in 2 richtingen bestaat, met name de instroom van buitenlandse patiënten en de uitstroom van Belgische verzekerden.

De ziekenfondsen in België zijn dikwijls het eerste aanspreekpunt voor zorgverleners, die geconfronteerd worden met buitenlandse patiënten die in België geplande of ongeplande zorg nodig hebben. Deze patiënten moeten zich registeren in de databanken van de ziekenfondsen en een inschrijvingsnummer krijgen, zoniet kan er geen afrekening volgen. De afrekening van de zorgen kan immers slechts plaatsvinden mits een inschrijving van de betrokkenen in het ZIV – systeem.

Anderzijds zijn de Belgische verzekeringinstellingen een belangrijk aanspreekpunt voor de Belgische verzekerden die gebruik maken van grensoverschrijdende zorg. Er zijn verschillende soorten van uitstroom van patiënten:

III. — AUDITIONS

A. Audition du 20 janvier 2017

A. Audition avec Mme Lien De Peuter, collaboratrice du Staff Politique externe, Alliance des Mutualités chrétiennes (Belgique)

1) Exposé

Mme Lien De Peuter, collaboratrice du Staff Politique externe, Alliance des Mutualités chrétiennes, s’exprime au nom du Collège intermutualiste.

L’oratrice indique que la mobilité des patients est une notion très vaste. Les organismes d’assurance belge sont confrontés à de nombreuses formes de soins transfrontaliers et au flux de patients qui en découlent. Il s’agit dès lors d’une matière complexe qui concerne tout à la fois les soins programmés et ceux qui ne le sont pas. Aussi convient-il en premier lieu, dans le cadre d’une coopération ayant pour thème la “mobilité des patients”, de définir correctement la dénomination “soins transfrontaliers”.

Lors de l’identification des différents flux dans la mobilité des patients, il faut tenir compte du fait que ces flux vont dans les deux directions, puisqu’il y a l’afflux de patients étrangers mais aussi le flux d’assurés belge qui se rendent à l’étranger.

Les mutualités sont souvent en Belgique le premier point de contact pour les prestataires de soins confrontés à des patients étrangers qui requièrent en Belgique des soins, programmés ou non. Ces patients doivent s’enregistrer dans les banques de données des mutualités et reçoivent un numéro d’inscription, faute de quoi aucune facturation n’est possible. La facturation des soins ne peut en effet intervenir que moyennant l’inscription de l’intéressé dans le système AMI.

Par ailleurs, les organismes d’assurance belge constituent un point de contact important pour les assurés belges qui recourent aux soins transfrontaliers. On observe différents flux de patients qui se rendent à l’étranger:

- Tijdelijk verblijf
 - Belgische verzekeren in een grensoverschrijdende situatie op het punt van wonen, werken of studeren
 - Belgische verzekeren die geplande behandelingen willen ondergaan in een andere lidstaat
 - Specifieke grensoverschrijdende mobiliteit in de grensstreken

De ongeplande zorg van een Belgische verzekerde heeft veelal betrekking op medisch noodzakelijke zorgen die tijdens een tijdelijk verblijf nodig blijken. De ervaring vanuit de Belgische verzekeringsinstellingen leert dat het gebruik van de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK) goed is ingeburgerd. De verzekerde vindt gemakkelijk de weg naar het aanvragen van de EZVK kaart bij de mutualiteit. De verzekerde die de EZVK gebruikt wordt behandeld alsof hij verzekerd was in het land van verblijf. De afrekening verloopt via het "E125 circuit" waardoor de patiënt enkel het persoonlijk aandeel betaalt en de rest rechtstreeks via België wordt gefactureerd en doorgerekend via het RIZIV naar de Belgische verzekeringsinstelling.

Soms bestaat er onduidelijkheid of zijn er problemen indien de zorgverlener zich niet in het reguliere zorgstelsel bevindt van de lidstaat van verblijf. De EZVK is in dit laatste geval niet bruikbaar en de patiënt dient de kosten eerst zelf te betalen. Er is dikwijls ook verwarring bij de verzekeren over wat er precies wordt gedekt door de EZVK en wat er wordt gedekt door een "reisbijstandsverzekering".

De toestand van een Belgische verzekerde die zich in een grensoverschrijdende situatie bevindt, zoals bijvoorbeeld door het werken of wonen in een andere lidstaat, of gepensioneerden of studenten, wordt goed geregeld door de Europese Verordening. De verzekeren worden ingeschreven in het woonland met een Portable Document. In de nabije toekomst wordt een en ander verder gedigitaliseerd door de komst van EESSI, een Elektronisch Europees systeem.

- Séjour temporaire
 - Assurés belges en situation transfrontalière de par le lieu où ils habitent, travaillent ou étudient
 - Assurés belges qui souhaitent recevoir leurs soins programmés dans un autre État membre
 - Mobilité transfrontalière spécifique dans les régions frontalières

Les soins non programmés prodigués à un assuré belge concernent souvent des soins médicalement indispensables qui doivent être prodigués lors d'un séjour temporaire. L'expérience des organismes d'assurance belge nous apprend que l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) est entrée dans l'usage. L'assuré trouve aisément la marche à suivre pour demander la carte CEAM auprès de la mutualité. L'assuré qui utilise cette carte CEAM est traité comme s'il était assuré dans le pays où il séjourne. La facturation se fait par le biais du "circuit E125" et le patient ne paye que la part personnelle dont il est redevable, le solde étant facturé par le biais de la Belgique et répercuté par le biais de l'INAMI à l'organisme d'assurance belge.

Lorsque le prestataire de soins ne fait pas partie du système de soins réguliers dans l'État membre où il séjourne, il peut y avoir une certaine imprécision ou des problèmes peuvent se poser. La carte CEAM n'est alors pas utilisable et le patient doit avancer lui-même le montant des soins. La confusion règne souvent aussi parmi les assurés concernant ce qui est précisément couvert par la CEAM et ce qui est pris en charge dans le cadre d'une "assurance d'assistance voyage".

La situation d'un assuré belge qui se trouve dans une situation transfrontalière – par exemple en raison de son emploi ou du lieu où il habite dans un autre État membre, ou encore de sa pension de retraite ou de ses études – est réglée par le Règlement européen. Les assurés sont inscrits dans le pays où ils habitent au moyen d'un *Portable Document*. Dans un proche avenir, la numérisation de la procédure sera poursuivie avec l'arrivée d'un système électronique européen, le EESSI.

Belangrijk te vermelden is dat Belgische verzekerden die wonen in een andere EU lidstaat recht hebben op terugkeer naar België en hier voor alle zorgen terecht kan en wordt behandeld als een Belgisch verzekerde. Ook deze groep verzekerden hebben dikwijls specifieke vragen en noden wat betreft geplande behandelingen in een andere lidstaat dan de woonstaat of het bevoegde land (in dit geval België).

Wat de geplande behandelingen betreft – waarbij de Belgische verzekerde de bewuste keuze maakt om zich te laten verzorgen in een andere lidstaat en dus wenst gebruik te maken van het vrije verkeer in de Europese Unie – zijn er twee belangrijke stromen te onderscheiden:

- De personen die een S2 formulier aanvragen voor een specifieke behandeling in een andere EU lidstaat
- Verzekerden in een grensstreek die voor allerlei behandelingen gebruik wensen te maken van het zorgaanbod aan de andere kant van de grens

In het eerste geval vraagt men een voorafgaande toestemming (S2 formulier) aan bij de verzekerringsinstelling op basis van de regelgeving van de Verordening. De Adviserend Geneesheer beslist of de betrokkenen de behandeling al dan niet kan laten uitvoeren in de door hem gekozen lidstaat. Veel aanvragen worden evenwel geweigerd omdat de behandeling in België voorhanden is, België weinig tot geen wachttijden kent en een uitgebreid zorgaanbod heeft. Het is belangrijk om een goede motivatie te geven aan de verzekerde, die niet altijd begrijpt waarom de aanvraag wordt geweigerd. De patiënt wil immers een specifieke zorg en is niet een “perfect rationele” en “goed geïnformeerde” consument, want het gaat hier om de “eigen gezondheid”. Dikwijls wordt de beslissing om naar het buitenland te gaan namelijk ingegeven door adviezen van een specialist, zonder dat er echter duidelijkheid bestaat over beschikbare voorzieningen in het eigen land. Vaak heerst er onbegrip bij de verzekerden voor een weigering.

De laatste categorie zijn de geplande zorgen over de grens bij verzekerden die woonachtig zijn in de grensstreek. De meeste mobiliteit bestaat in deze

Il est important de signaler que les assurés belges qui habitent dans un autre État membre de l'UE ont droit au retour en Belgique, où ils peuvent bénéficier de tous les soins et sont traités comme un assuré belge. Ce groupe d'assurés formule souvent des questions spécifiques et a des besoins tout aussi spécifiques en ce qui concerne des traitements prévus dans un autre État membre que celui où ils habitent ou le pays compétent (en l'espèce la Belgique).

En ce qui concerne les traitements programmés – l'assuré belge faisant le choix délibéré de se faire soigner dans un autre État membre et souhaitant dès lors faire usage de la liberté de circulation au sein de l'Union européenne – on distingue deux flux importants:

- les personnes qui demandent un formulaire S2 pour un traitement spécifique dans un autre État membre de l'UE
- les assurés dans une région frontalière qui, pour des traitements divers, souhaitent recourir à l'offre de soins de l'autre côté de la frontière.

Dans le premier cas, il faut demander une autorisation préalable (formulaire S2) auprès de l'organisme de d'assurance sur la base du Règlement. Le Médecin-conseil décide si l'intéressé peut ou non bénéficier du traitement dans l'État membre de son choix. De nombreuses demandes sont toutefois refusées parce que le traitement existe en Belgique, qu'il n'y a pas ou guère de délais d'attente en Belgique et que la Belgique propose une large offre de soins. Il est important de bien motiver le refus à l'assuré qui n'en comprend pas toujours bien les raisons. L'assuré souhaite en effet bénéficier de soins spécifiques et n'est pas un consommateur “parfaitement rationnel” et “bien informé” car il s'agit en définitive de sa “propre santé”. Souvent, la décision de l'assuré de se rendre à l'étranger est inspirée par des avis fournis par un spécialiste, sans toutefois que la situation soit claire en ce qui concerne les disponibilités dans son propre pays. Souvent, un refus suscite l'incompréhension de l'assuré.

La dernière catégorie est celle des soins à l'étranger programmés pour des assurés qui habitent la région frontalière. C'est dans cette catégorie que

categorie. Bewoners kiezen vaak voor zorgverleners die aan de andere kant van de grens liggen omwille van taal, cultuur en nabijheid of omdat ze de zorg kwalitatief beter vinden dan wat er beschikbaar is in de eigen regio. Voor Duitstalige Belgen is het immers veel makkelijker om naar Aken te gaan dan om naar Luik of Hasselt te gaan, niet enkel omwille van de afstand maar ook omwille van de taal. De Belgische verzekерingsinstellingen hebben reeds sinds lange tijd veel geïnvesteerd in grensoverschrijdende projecten en zijn voorstander van een goede structurele samenwerking over de grenzen heen met de belangrijkste actoren uit het domein.

Vanuit de ziekenfondsen vindt men het belangrijk dat de verzekerde de vrijheid en mogelijkheid dient te hebben om, omwille van persoonlijke redenen, te kiezen voor een zorgverlening in het buurland. Daarbij gaat het overigens niet enkel om opname in een ziekenhuis maar ook om ambulante behandelingen. Deze grensoverschrijdende projecten dienen te worden omsloten in een akkoord tussen de belangrijkste actoren in de grensstreek waardoor het mogelijk wordt een "ruimte" te creëren voor de verzekerde om zich vrij te bewegen in een welbepaalde regio met de nodige en juiste informatie, en dit wat betreft de financiële impact, het zorgaanbod, de kwaliteit van de zorg e.d.m. Zorg dient zich niet noodzakelijk te beperken tot de eigen landsgrenzen. Dit alles is belangrijk. Wie zich bijvoorbeeld in Duitsland aanbiedt voor tandverzorging, zonder dat men over een formulier S2 beschikt, dient alles zelf te betalen en bovendien zal de zorgverstrekker vaak ook een supplement aanrekenen. De behandeling wordt dan wel erg duur.

Het is dan ook van groot belang dat ziekenhuizen en zorgaanbieders in de grensstreek samenwerken en dat er wordt gestreefd naar een "win-win situatie". In het voorbeeld zou de Belgische patiënt dan als een Duitse verzekerde behandeld worden. Op deze wijze tracht men ook de (over)capaciteit in de Belgische ziekenhuizen maximaal te benutten door het aantrekken van patiënten van over de grens.

Ideaal zouden elektronische portalen worden opgericht in een bepaald grensgebied. Deze zorgen immers voor administratieve vereenvoudiging,

l'on trouve le plus grand nombre de cas de mobilité. Des habitants choisissent souvent des prestataires de soins qui habitent de l'autre côté de la frontière pour des raisons liées à la langue, à la culture et à la proximité ou encore parce qu'ils estiment que les soins proposés sont qualitativement meilleurs que ce qu'ils peuvent trouver dans leur propre région. Pour les Belges de langue allemande il est par ailleurs beaucoup plus simple de se rendre à Aix qu'à Liège ou à Hasselt, en raison de la distance à parcourir mais aussi de la langue. Depuis longtemps déjà, les organismes d'assurance belge investissent beaucoup dans des projets transfrontaliers et sont partisans d'une bonne coopération structurelle par-delà les frontières avec les principaux acteurs dans le domaine concerné.

Pour les mutualités, il est important que l'assuré jouisse de la liberté et de la possibilité d'opter, pour des raisons personnelles, pour des soins à l'étranger. Il ne s'agit pas seulement de l'admission dans un hôpital mais aussi des traitements ambulatoires. Ces projets transfrontaliers doivent faire l'objet d'un accord entre les principaux acteurs dans la région frontalière pour permettre de créer un "espace" pour l'assuré, afin qu'il puisse se mouvoir librement dans une région donnée en bénéficiant de l'information nécessaire et exacte concernant l'impact financier, l'offre de soins, la qualité des soins, etc. Les soins ne doivent pas nécessairement se limiter aux frontières nationales de l'assuré. Tout cela est important. Une personne qui se présente par exemple en Allemagne pour des soins dentaires sans disposer du formulaire S2 doit prendre elle-même en charge tous les frais et, dans bien des cas, le prestataire de soins facturera un supplément. Le traitement devient par conséquent très onéreux.

Il est dès lors très important que les hôpitaux et les prestataires de soins dans la région frontalière coopèrent et que l'on tende vers une situation "win-win". Dans l'exemple précédent, le patient belge serait traité comme un assuré allemand. L'on s'efforce ainsi d'exploiter au maximum la (sur)capacité dans les hôpitaux belges en attirant des patients habitant de l'autre côté de la frontière.

Idéalement, il faudrait créer des portails électroniques dans une région frontalière donnée. Ces portails permettent en effet une simplification

geven de beschikbaarheid aan over gedetailleerde data m.b.t. aantal patiënten, welke specialisaties... e.d.m., en bieden ook het voordeel dat de verzekeraarbaarheid onmiddellijk in real time kan worden gecheckt door de zorgverlener over de grens bij de bevoegde verzekeringsinstelling. In de praktijk zijn er reeds succesvolle projecten opgestart zoals de ZOASTen in de Belgisch-Franse grensstreek en het IZOM-project.

Concluderend, stelt mevrouw De Peuter dat de verzekeringinstellingen een groot voorstander zijn van een beleid inzake grensoverschrijdende zorg waarin er wordt gekeken naar opportuniteiten om samen te werken met de partners uit de andere buurlanden. De verzekerde dient daarbij een aanspreekpunt te hebben waar er duidelijke informatie wordt meegegeven over de mogelijkheden. Tenslotte creëert samenwerken met de buurlanden een meerwaarde ten opzichte van wat voorzien is in de Verordening en de Richtlijn Patiëntenmobiliteit. Zorgaanbod dat makkelijk beschikbaar is voor de patiënt over de grenzen heen, binnen een duidelijk gedefinieerd kader, kan immers enkel leiden tot een betere toegankelijkheid en kwaliteit. Belangrijk is wel dat er een "win-winsituatie" ontstaat, waarbij niet alle patiënten naar één land vertrekken en er een bepaalde lidstaat zijn patiënten ziet verdwijnen.

2) Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Van Miltenburg wenst te vernemen of, wanneer een Belgische verzekerde in een tijdelijk verblijf enkel zijn persoonlijk aandeel dient te betalen, het dan gaat om het persoonlijk aandeel volgens de Belgische wetgeving dan wel volgens de wetgeving van het land waar hij wordt behandeld.

Mevrouw De Peuter antwoordt dat het gaat om de eigen bijdrage volgens de wetgeving van het land waar de patiënt wordt behandeld die eventueel moet betaald worden.

Mevrouw Van Miltenburg merkt op dat, volgens de uiteenzetting van mevrouw De Peuter, het formulier S2 vrijwel nooit wordt verstrekt. Daarna werd echter het belang van de keuzevrijheid benadrukt om al dan niet de grens over te steken voor een

administrative, indiquent la disponibilité de données détaillées relatives au nombre de patients, au type de spécialisations, etc. Ils présentent également l'avantage pour le prestataire de soins qui se trouve de l'autre côté de la frontière de pouvoir, sur le champ, en temps réel, vérifier auprès de l'organisme d'assurance compétent l'assurabilité de l'intéressé. Dans la pratique, des projets couronnés de succès ont déjà été lancés, comme les ZOAST dans la région frontalière Belgo-française et IZOM.

En conclusion, Mme De Peuter indique que les organismes d'assurance sont de grands partisans, en matière de soins transfrontaliers, d'une politique qui tiennent compte des possibilités de coopérer avec les partenaires des autres États membres. Pour cela, l'assuré doit disposer d'un point de contact qui puisse fournir des informations précises sur les possibilités qui existent. Enfin, la coopération avec les pays voisins induit une plus-value par rapport à ce que prévoient le Règlement et la Directive Mobilité des patients. Une offre de soins aisément disponibles pour les patients par-delà les frontières et dans un cadre bien défini ne peut en effet que se traduire par une meilleure accessibilité et une meilleure qualité. Il est important toutefois de créer une situation "win-win" où tous les patients ne se rendraient pas dans un seul pays et où un État membre donné ne verrait pas disparaître ses patients.

2) Questions et observations des membres

Mme Van Miltenburg souhaite savoir si la part personnelle que doit payer un assuré belge lors d'un séjour temporaire doit être comprise au sens de la législation belge ou de la législation du pays où il est traité.

Mme De Peuter répond que c'est la part personnelle au sens de la législation du pays où le patient est traité qui doit éventuellement être payée.

Mme Van Miltenburg relève que Mme De Peuter a dit dans son exposé que le formulaire S2 n'est pratiquement jamais délivré. Elle a ensuite mise en avant l'importance que revêt la liberté de choix de se faire soigner ou non de l'autre côté de la

behandeling. Hoe verhouden beide uitspraken zich tot elkaar?

Mevrouw De Peuter preciseert dat het formulier S2 in het algemeen wordt gebruikt voor een hospitalisatie in een ander land voor een bepaalde behandeling. Daarnaast wordt ook in grensoverschrijdende projecten ook met specifieke S2 formulieren gewerkt. Deze documenten hebben een toevoeging waarin de specifieke behandeling wordt gepreciseerd en dienen niet aan een adviserend geneesheer te worden voorgelegd. Zo kan een inwoner van de Duitstalige grensstreek naar zijn ziekenfonds stappen, meedelen dat hij voor een bepaalde consultatie naar Duitsland gaat en onmiddellijk, aan het loket, het formulier S2 ontvangen. In Duitsland wordt dit geregistreerd en de afrekening verloopt vervolgens via het financiële circuit.

Mevrouw Van Miltenburg concludeert dat keuzevrijheid mogelijk is en wordt gefaciliteerd op basis van geografische gegevens, maar dat in andere gevallen dit integendeel wordt afgeremd vermits het formulier S2 meestal wordt geweigerd.

Mevrouw De Peuter bevestigt dit. Wanneer in België bijvoorbeeld een bepaalde specialisatie bestaat, zal de adviserend geneesheer niet zo makkelijk een formulier S2 toestaan.

De heer Mulder meent dat de uiteenzetting van mevrouw De Peuter precies beschrijft wat het probleem is. Het uitgangspunt, dat elke patiënt overal in de Benelux terecht kan, wordt immers ondermijnd. Enkel omwille van geografische redenen wordt patiëntenmobiliteit gefaciliteerd, voor zover de ziekenhuizen in een bepaalde lidstaat niet leeglopen. Anders wordt deze mobiliteit eerder afgeremd. Dit is niet in het belang van de patiënt: die wil immers in het ziekenhuis van zijn keuze behandeld worden. De uiteengezette regeling lijkt nogal protectionistisch en beschrijft een probleem dat men net wil oplossen. Hoe kan een deze oplossing eruit zien?

Mevrouw De Peuter verwijst naar de realiteit in de verschillende lidstaten, waar de stelsels van elkaar verschillen. In Nederland heeft men een heel vrij systeem waarbij de verzekeringinstellingen heel erg vrij zijn, bijvoorbeeld in het afsluiten van contracten voor hun verzekerden. In België is

frontière. Dans quelle mesure ces deux propos sont-ils conciliables?

Mme De Peuter précise que le formulaire S2 est utilisés en général pour une hospitalisation dans un autre pays aux fins d'un traitement déterminé. Par ailleurs, il est également fait usage de formulaires S2 spécifiques dans le cadre de projets transfrontaliers. Ces documents comportent un ajout précisant le traitement spécifique et ils ne doivent pas être soumis à un médecin-conseil. De la sorte, un habitant de la région frontalière allemande peut se rendre auprès de sa mutuelle, signaler qu'il se rend en consultation en Allemagne et recevoir immédiatement le formulaire S2 au guichet. En Allemagne, cette procédure est enregistrée et le décompte se fait par le biais du circuit financier.

Mme Van Miltenburg conclut que la liberté de choix est possible et est facilitée sur la base de données géographiques mais que dans d'autres cas, il y a au contraire un frein puisque le formulaire S2 est généralement refusé.

Mme De Peuter confirme. Lorsqu'en Belgique il existe par exemple une spécialisation déterminée, le médecin-conseil ne sera pas enclin à délivrer un formulaire S2.

M. Mulder considère que l'exposé de Mme De Peuter décrit le problème avec précision. Le point de départ, à savoir la possibilité pour tous les patients de se rendre où ils le souhaitent dans le Benelux, est en effet mis à mal. La mobilité des patients est facilitée uniquement pour des raisons géographiques et pour autant que les hôpitaux d'un État membre donné ne se vident pas. Sinon, cette mobilité est plutôt freinée. Ceci n'est pas dans l'intérêt du patient qui entend être traité dans l'hôpital de son choix. La réglementation telle qu'elle a été exposée semble assez protectionniste et décrit un problème que l'on cherche précisément à résoudre. Quelle pourrait être la solution?

Mme De Peuter renvoie à la réalité dans les différents États membres dont les régimes diffèrent. Les Pays-Bas sont dotés d'un système très libre, par exemple en ce qui concerne la conclusion de contrats pour les assurés. En Belgique, tout est beaucoup plus régulé par les pouvoirs publics. Par

alles veel meer gereguleerd door de overheid. Anderzijds heeft ook het Belgische systeem bepaalde voordelen. Persoonlijk heeft mevrouw De Peuter niets tegen een volledige keuzevrijheid in de Benelux, wel integendeel, maar zij ziet vele hinderpalen die dit wellicht onmogelijk maken.

Mevrouw Van Camp informeert wat de houding is wanneer een bepaalde zorg wel in één land maar niet in een ander land beschikbaar is. Deze situatie doet zich regelmatig voor op het terrein, maar in de praktijk blijkt dit niet erg succesvol te verlopen.

Is het percentage weigeringen van formulieren S2 voor elke mutualiteit even hoog? Is hier sprake van een verschillend beleid van de ziekenfondsen?

Mevrouw De Peuter herhaalt dat zij heeft gesproken voor alle mutualiteiten. Er is geen verschil in aanpak. De ziekenfondsen handelen ook volgens de instructies die worden opgelegd door de adviserend geneesheer vanuit het RIZIV. Indien er in het buitenland een behandeling bestaat voor heel specifieke aandoeningen, of een behandeling in betere omstandigheden kan plaatsvinden, zal er wel een formulier S2 worden toegekend, maar dus enkel op basis van medische gronden.

De heer Bertels vraagt zich af wat onder term "grensstreek" moet worden verstaan. Gaat het hier om een afstand van 10 kilometer van de grens, of waarom niet 250 kilometer? In dat geval ligt heel België in de grensstreek, bij wijze van spreken.

Voor mevrouw De Peuter kan heel België inderdaad als een grensstreek worden beschouwd, maar in de praktijk is dit onmogelijk en zou het ook het Belgische stelsel van gezondheidszorg ondermijnen. De projecten met de grensstreken zijn ontstaan om historische redenen. Vandaag worden er een zevental regio's als grensstreek beschouwd, mogelijk is het wenselijk om deze in de toekomst te laten samensmelten.

De heer Segaert, adviseur-expert, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dienst voor geneeskundige verzorging, directie Internationale Betrekkingen, vult aan dat, voor het toekennen van

ailleurs, le système belge présente également certains avantages. À titre personnel, Mme De Peuter n'est pas opposée à la totale liberté de choix dans le Benelux, bien au contraire, mais elle distingue de nombreuses entraves qui la rendent sans doute impossible.

Mme Van Camp demande ce qu'il en est lorsqu'un traitement donné est disponible dans un pays mais pas dans un autre. Cette situation se présente fréquemment sur le terrain mais, dans la pratique, cela ne semble pas encore bien fonctionner.

Le pourcentage de refus du formulaire S2 est-il aussi élevé pour chaque mutualité? Peut-on parler en l'espèce d'une politique différenciée des mutualités?

Mme De Peuter répète qu'elle s'est exprimée au nom de toutes les mutualités. Il n'y a pas de différence d'approche. Les mutualités agissent en fonction des instructions qui sont imposées par le médecin-conseil depuis l'INAMI. S'il existe à l'étranger un traitement pour une affection très spécifique ou si un traitement peut y être prodigué dans de meilleures conditions, le formulaire S2 sera accordé mais uniquement donc pour des raisons médicales.

M. Bertels se demande ce qu'il faut entendre par "régions frontalières". S'agit-il d'une distance de 10 km à partir de la frontière et pourquoi pas de 250 km? Dans cette hypothèse, c'est toute la Belgique qui, façon de parler, se trouverait dans la région frontalière.

Pour Mme De Peuter, toute la Belgique peut en effet être considérée comme une région frontalière mais, dans la pratique, c'est est impossible et cela minerait du reste aussi tout le régime des soins de santé belge. Les projets avec les régions frontalières ont vu le jour pour des raisons historiques. Aujourd'hui, sept régions sont considérées comme des régions frontalières et il pourrait être souhaitable de les fusionner à l'avenir.

M. Segaert, conseiller-expert, Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, service soins médicaux, direction Relations internationales, ajoute que pour la délivrance du formulaire, S2, l'INAMI

het formulier S2, het RIZIV gewoon de Europese wetgeving strikt toepast. Er worden voor bepaalde situaties uitzonderingen gemaakt en in dat geval wordt het formulier S2 toegepast. Om de patiënten in die gevallen bepaalde garanties naar prijszekerheid te geven, volgt men de principes en de logica van de Europese verordening en wordt het formulier S2 verstrekt. Soms is België zelfs soepeler dan andere landen in de toepassing, bijvoorbeeld voor zwangere vrouwen die willen bevallen in hun eigen land.

Hetzelfde principe wordt toegepast voor patiënten uit de grensstreek.

Het risico op een leegloop van Belgische ziekenhuizen is volgens spreker vandaag zeker niet aan de orde. België is immers een van de grootste "netto-ontvangers" van buitenlandse patiënten. Hier en daar kan dit wel lokale problemen stellen, met name in het Duitstalig landgedeelte die naar Duitsland gaan om zich daar te laten verzorgen.

B. Hoorzitting met de heer Chris Segaert, adviseur-expert, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dienst voor geneeskundige verzorging, directie Internationale Betrekkingen (België)

1) Uiteenzetting

De heer Segaert wil kort het Europese kader schetsen en ook de toekomst van de patiëntenmobilité in de Benelux aankaarten. Hij is het ermee eens dat men de patiënt zoveel mogelijk vrijheid moet geven, maar men moet hem ook zekerheid kunnen bieden indien hij de grens oversteekt. Dat is vandaag niet mogelijk in alle landen.

Een Belgische patiënt die zich in Luxemburg laat verzorgen, zal heel wat minder problemen kennen dan een patiënt die zich in Nederland laat verzorgen. De Belgische en Luxemburgse stelsels zijn immers zeer gelijklopend, maar wanneer een Belgische patiënt zich in Nederland laat verzorgen zal deze heel wat nadelen ondervinden op het financiële vlak als gevolg van de verschillende facturatie-systemen. Waar men in Nederland de betrokken patiënt een volledig traject van behan-

applique strictement la législation européenne. Des exceptions sont faites dans certaines situations et le formulaire S2 est alors d'application. Pour donner alors aux patients certaines garanties quant à la sécurité des prix, l'on suit les principes et la logique du règlement européen et l'on délivre le formulaire S2. Il arrive que la Belgique se montre plus souple que d'autres pays, par exemple pour les femmes enceintes qui souhaitent accoucher dans leur propre pays.

Le même principe s'applique aux patients de la région frontalière.

Selon l'orateur, il n'y a actuellement aucun risque de voir se vider les hôpitaux belges. La Belgique est en effet l'un des plus gros "bénéficiaires nets" des patients étrangers. Des problèmes locaux peuvent surgir ci et là, par exemple pour des habitants de la partie germanophone du pays qui se rendent en Allemagne pour s'y faire soigner.

B. Audition avec M. Chris Segaert, conseiller-expert, Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, Service soins médicaux, direction relations internationales (Belgique)

1) Exposé

M. Segaert se propose d'esquisser brièvement le cadre européen et d'évoquer l'avenir de la mobilité des patients dans le Benelux. Il considère qu'il faut donner la plus grande liberté possible aux patients mais il faut également pouvoir leur fournir la sécurité requise s'ils choisissent de se faire soigner de l'autre côté de la frontière. Ce n'est pas possible dans tous les pays aujourd'hui.

Un patient belge qui se fait soigner au Luxembourg rencontrera beaucoup moins de problèmes qu'un patient qui se fait soigner aux Pays-Bas. Les systèmes belge et luxembourgeois sont en effet très semblables mais lorsqu'un patient belge se fait soigner aux Pays-Bas, il éprouvera de nombreux inconvénients sur le plan financier en raison de la différence entre les systèmes de facturation. Aux Pays-Bas, on facturera aux patients concernés un trajet de traitement complet et seules les consulta-

deling zal aanrekenen, daar waar hij enkel de consultaties zal terugbetaald krijgen. Een Nederlandse, zwangere vrouw die in België woont maar zich door een Nederlandse gynaecoloog wil laten behandelen, zal enkel de consultaties terugbetaald krijgen a rato van 25 euro per consultatie. Dergelijke facturatiemechanismen vormen een belangrijke belemmering voor het vrij verkeer van personen.

De Europese wetgeving gaat er evenwel van uit dat men het grensoverschrijdende patiëntenverkeer niet stimuleert. Dit blijkt ook uit allerhande studies. Wanneer er echter een bepaalde nood is om zich over de grens te laten verzorgen, moet er wel een wettelijk kader zijn dat de grensoverschrijdende gezondheidszorg faciliteert. Een en ander komt tot uiting in de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Zo zijn er bijvoorbeeld de Europese referentienetwerken die in de loop van 2017 zullen worden opgestart. Het gaat om een volledig nieuw concept waarvan de toekomst niet zeker is, maar mogelijk kan de Benelux hier een voortrekkersrol spelen door aan te tonen dat het binnen de drie lidstaten goed werkt.

Dit is ook op andere gebieden het geval. Men denke hierbij bijvoorbeeld aan de grensoverschrijdende erkenning van geneesmiddelenvoorschriften. In België werd op 1 januari 2017 gestart met het elektronisch voorschrift; op 1 januari 2018 zal het papieren geneesmiddelenvoorschrift volledig verdwijnen. De Europese Unie gaat er van uit dat ook dit elektronisch voorschrift grensoverschrijdend wordt erkend en heeft hiervoor zelfs standaarden vastgelegd, maar werden deze reeds ontwikkeld?

Dit kan kaderen in de aanpak van de digitale economie. Zo kan men de vraag stellen of elk land nog wel over alle kostenintensieve medische infrastructuur moet beschikken, gelet op de budgettaire beperkingen. Moet hier niet grensoverschrijdend worden samengewerkt? Moet elk land bijvoorbeeld een infrastructuur hebben voor protontherapie, wetende dat deze slechts rendabel kan zijn voor zover er voldoende patiënten van gebruik maken?

tions lui seront remboursées. Une femme enceinte néerlandaise qui habite en Belgique mais souhaite se faire suivre par un gynécologue néerlandais ne se verra rembourser que les consultations, à raison de 25 euro par consultation. De telles mécanismes de facturation constituent une entrave sérieuse à la libre circulation des personnes.

La législation européenne considère toutefois que la mobilité transfrontalière des patients n'est pas stimulée. Cela ressort également d'études diverses. Toutefois, lorsqu'il y a une nécessité à se faire soigner de l'autre côté de la frontière, il faut bien un cadre législatif pour faciliter les soins de santé transfrontalier. Tout cela est contenu dans la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 2011 relative à l'application du droit des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. On peut citer ici les travaux de référence européens qui seront entamées dans le courant de 2017. Il s'agit d'un concept entièrement nouveau dont l'avenir n'est pas certain mais le Benelux pourrait peut-être jouer en l'espèce un rôle de précurseur en montrant que le système fonctionne bien dans les trois pays membres.

C'est également le cas dans d'autres domaines. Que l'on songe par exemple à la reconnaissance transfrontalière des prescriptions médicales. La prescription électronique a été instaurée en Belgique le 1^{er} janvier 2017: le 1^{er} janvier 2018, la prescription médicale papier disparaîtra totalement. L'Union européenne considère que cette prescription électronique est reconnue de manière transfrontalière est a même défini des standards à cet égard. Ceux-ci ont-ils toutefois déjà été développés?

Tout cela peut s'inscrire dans le cadre de l'approche de l'économie numérique. L'on peut ainsi se demander si chaque pays doit encore disposer d'une infrastructure médicale intensive en termes de coût, compte tenu des restrictions budgétaires. Ne faut-il pas coopérer de manière transfrontalière dans ce domaine? Chaque pays doit-il par exemple être doté d'une infrastructure pour la protonthérapie, sachant que celle-ci n'est rentable que pour autant qu'un nombre suffisant de patients y ait recours?

België heeft ook een raamakkoord met Frankrijk, als gevolg waarvan Frankrijk zijn zorgregio's heeft georganiseerd en aan de zorgregio's aan de Belgisch-Franse grens de opdracht heeft gegeven om op het vlak van infrastructuur ook grensoverschrijdend te werken. Dure apparatuur, die reeds in België voorhanden is, moet niet noodzakelijk ook in Noord-Frankrijk beschikbaar zijn. Indien men dit in kaart kan brengen, kan reeds heel veel geld bespaard worden.

Dit hoeft zich niet noodzakelijk te beperken tot medische infrastructuur, maar bijvoorbeeld ook op het punt van de geneesmiddelen kan grensoverschrijdend worden gewerkt. De Benelux heeft hierin reeds een stap vooruit gezet die andere landen nog niet hebben gezet. Kortom: patiëntenmobiliteit is slechts één aspect van de grensoverschrijdende gezondheidszorg. De overheden kunnen hier vele andere stappen vooruit zetten, ook al zijn er technische aangelegenheden, zoals bijvoorbeeld het verschil in facturatiesystemen, die onoplosbaar zullen blijken. De heer Segaert verwijst naar het voorbeeld van Frankrijk en Spanje, die samen een ziekenhuisinfrastructuur op poten hebben gezet in de Pyreneeën. Vaak duiken daar problemen op die niets met medische aspecten te maken hebben, maar wel met juridisch-administratieve hinderpalen, zoals bijvoorbeeld de nationaliteit van een kind dat in dit ziekenhuis wordt geboren. Dit neemt niet weg dat men toch de stappen vooruit moet zetten die men kan zetten.

2) Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Postema heeft de indruk dat men een en ander soms met opzet ingewikkeld wil maken. Op zich is het stelsel van gezondheidszorg in Nederland niet duurder dan in België. Het is ook niet zo dat Belgen die zich in Nederland laten verzorgen per definitie altijd duurder af zijn dan in België. Is hier geen sprake van onvermogen om een agenda te bepalen, vanuit het belang van de patiënt? Zijn het niet steeds andere belanghebbenden – men denke aan de zorgverzekeraars of de ziekenhuisinstellingen – de sturende factor? Hoe kan men dit overkomen?

De heer Segaert antwoordt dat dit inderdaad wel klopt. Daarom nemen zowel het RIZIV als de ziekenfondsen in België vaak contact op met de

La Belgique a également conclu un accord-cadre avec la France à la suite duquel la France a organisé ses régions de soins et a demandé à celles situées à la frontière belgo-française d'également travailler sur un mode transfrontalier. Les appareillages onéreux disponibles en Belgique ne doivent pas nécessairement l'être aussi dans le Nord de la France. En procédant à l'inventaire du matériel, l'on pourrait réaliser de très substantielles économies.

Ceci ne doit pas nécessairement se limiter à l'infrastructure médicale mais peut concerner aussi les médicaments. Le Benelux a déjà effectué dans ce domaine une démarche que les autres pays n'ont pas encore effectuée. Bref, la mobilité des patients n'est qu'un aspect des soins de santé transfrontalières. Les pouvoirs publics peuvent encore effectuer de nombreuses démarches, même si certains problèmes comme la différence entre les systèmes de facturation s'avéreront insolubles. M. Segaert se réfère à l'exemple de la France et de l'Espagne qui ont créé ensemble une infrastructure hospitalière dans les Pyrénées. On y rencontre souvent des problèmes qui ne concernent nullement l'aspect médical mais bien des aspects juridico-administratifs, comme la nationalité d'un enfant qui naît dans cet hôpital. Il n'empêche toutefois qu'il faut effectuer les démarches qui peuvent l'être.

2) Questions et observations des membres

M. Postema a le sentiment que l'on cherche parfois à compliquer les choses. En soi, le système de soins de santé néerlandais n'est pas plus onéreux que le système belge. Il n'est pas vrai non plus que les Belges qui se font soigner aux Pays-Bas payent par définition toujours plus cher qu'en Belgique. Peut-on parler en l'espèce d'une impossibilité à définir un agenda dans l'intérêt des patients? Ne sont ce pas toujours d'autres parties intéressées – que l'on songe aux assureurs soins de santé ou aux institutions hospitalières – qui sont à la manœuvre? Comment peut-on dépasser cela?

M. Segaert répond qu'il en va bien ainsi. C'est pourquoi tant l'INAMI que les mutualités en Belgique prennent fréquemment contact avec les

zorgverstrekkers, de ziekenhuizen en de zorgverzorgers om een meer gedetailleerd kostenoverzicht te kunnen ontvangen in het belang van de patiënt. Dit wordt meestal geweigerd. De instellingen hebben er dan ook vaak belang bij om het bestaande systeem zo te houden, maar ze zijn wel nodig om het probleem op te lossen.

De heer Postema herinnert eraan dat de zgn. "DBC's"² destijds in kaart werden gebracht op basis van werklastmetingen. Dit heeft geleid tot een verdeling en op basis daarvan is een stelsel ontstaan dat niet duurder is dan in België. Waarom zou een Belgische patiënt nu een precies inzicht willen hebben in de DBC-opbouw? Waarom kan men niet accepteren dat men soms wat wint en soms wat verliest? Een Belgische patiënt kan gewoon de factuur betalen, in de wetenschap dat het vandaag wat duurder en morgen wat goedkoper kan zijn.

Mevrouw Van Miltenburg verwijst naar de verklaring van de heer Segaert dat België een "netto-ontvanger" is. Zij meent dan ook dat eerder moet gekeken worden naar het macro-budget, eerder dan naar het niveau van de instellingen.

De heer Segaert preciseert dat België een "netto-ontvanger" is op het vlak van patiënten. De inkomsten van deze buitenlandse patiënten blijven echter bij de ziekenhuizen en vloeien niet terug naar het RIZIV.

Hij heeft er geen enkel probleem mee dat, indien een Belgische patiënt naar Nederland wordt gestuurd voor een bepaalde behandeling in het kader van de Europese verordening, deze als een Nederlandse patiënt wordt behandeld en ook de facturatie volgens de Nederlandse reglementering verloopt. In dat geval klopt het inderdaad dat men soms wint, soms verliest. Indien dit evenwel gebeurt in het kader van het vrije verkeer van patiënten, conform de Europese richtlijn, moet men gezondheidszorg beschouwen als een economische dienst. Wanneer dan 10 diensten worden aangerekend terwijl

² Een diagnosebehandelingcombinatie, ook wel geschreven diagnose behandeling combinatie en ook wel genoemd diagnosebehandelcombinatie, normaal aangeduid met DBC of dbc, is een code in de gezondheidszorg die het geheel van een geleverd zorgproduct omschrijft. De DBC-systematiek vervangt in Nederland sinds 1 januari 2005 de oude manier van ziekenhuisfinanciering.

prestataires de soins, les hôpitaux et les assureurs soins de santé pour obtenir un aperçu plus détaillé des coûts dans l'intérêt du patient. Mais il se voit le plus souvent opposer un refus. Les organismes ont dès lors souvent intérêt à maintenir le système en l'état mais ils sont nécessaires pour résoudre le problème.

M. Postema rappelle qu'il avait été procédé par le passé à l'inventaire des "DBC's"² sur la base de mesure de la charge de travail. Il en est résulté une répartition sur la base de laquelle est né un système qui n'est pas plus onéreux qu'en Belgique. Pourquoi un patient belge souhaiterait-il pouvoir prendre connaissance de la manière dont sont constituées les DBC? Pourquoi ne peut-on accepter que l'on gagne dans certains cas mais que l'on peut perdre dans d'autres? Un patient belge pourrait simplement payer la facture sachant qu'elle sera un peu plus élevée aujourd'hui et un peu moins élevée demain.

Mme Van Miltenburg se réfère à la déclaration de M. Segaert selon laquelle la Belgique est un "bénéficiaire net". Elle estime dès lors qu'il faut plutôt considérer le macro-budget plutôt que le niveau des organismes.

M. Segaert précise que la Belgique est un "bénéficiaire net" en ce qui concerne les patients. Les recettes afférentes à ces patients étrangers restent toutefois dans les hôpitaux et ne sont pas reversées à l'INAMI.

Il ne voit aucun problème à ce qu'un patient belge envoyé aux Pays-Bas pour y subir un traitement donné dans le cadre du règlement européen soit considéré comme un patient néerlandais et que la facture soit établie selon la réglementation en vigueur aux Pays-Bas. Il arrive en effet en pareil cas que l'on gagne dans un cas et que l'on perde dans un autre. Si cela se fait toutefois dans le cadre de la libre circulation des patients, conformément à la directive européenne, il faut considérer les soins de santé comme un service économique. Si dix services sont facturés alors que le patient

² La combinaison diagnostic-traitement, normalement désignée par l'abréviation DBC ou dbc, est un code utilisé dans le secteur des soins de santé qui décrit l'ensemble du trajet de soins. La systématique DBC remplace depuis le 1^{er} janvier 2005 l'ancien mode de financement des hôpitaux.

de betrokken patiënt maar twee consultaties heeft genoten, ontstaat er vanzelfsprekend een probleem vermits het RIZIV dan een prestatie moet terugbetaLEN die niet werden verstrekt.

Voor de heer Bertels is de vraag, of gezondheidszorg al dan niet als een economische dienst moet worden beschouwd, essentieel. Moet dit niet eerder worden beschouwd als een gezondheidsprestatie die kadert in een behandelingsschema, die mogelijk het voorwerp is van een forfaitaire vergoeding.

De heer Segaert vindt ook de vraag, of gezondheidszorg die niet werd verleend, moet terugbetaald worden essentieel.

De heer Bertels meent dat gezondheid ook kan worden bekeken, los van de prestaties die mogelijk worden verstrekt. In dat geval kan er een discussie ontstaan wie de kost ervan moet dragen: de ziekenhuizen, het RIZIV of de overheid. In deze optiek, kan men de redenering, dat een Belgische patiënt die in Nederland wordt behandeld soms wint en soms verliest, wel toepassen. Men kan dan definiëren wat onder "gezondheidsprestatie" moet worden verstaan en hoe deze moet worden betaald.

C. Hoorzitting met de heer Willem de Haan, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Nederland)

1) Uiteenzetting

De heer de Haan gaat nader in op de zorgverzekering en de patiëntenmobiliteit, met de focus op het Nederlands stelsel van geplande zorg.

De uitgangspunten van de zorgverzekeringswet zijn enerzijds dat er een recht op zorg bestaat, en anderzijds dat het gaat om een privaat stelsel. Het recht op zorg betekent dat er voor de zorgverzekeraar zowel een zorgplicht als een acceptatieplicht bestaat. Een zorgverzekeraar moet een patiënt accepteren, ongeacht de omstandigheden waarin deze persoon zich bevindt. De wet verplicht de zorgverzekerars om erover te waken dat er voldoende zorg beschikbaar is en dat de verzekerde binnen een afzienbare tijd de zorg kan vinden

n'a fait l'objet que de deux consultations, il y aura forcément un problème puisque le l'INAMI sera amené à rembourser des prestations qui n'ont pas été fournies.

Pour M. Bertels, la question de savoir si les soins de santé doivent ou non être considérés comme un service économique revêt une importance essentielle. Ne faut-il pas plutôt y voir une prestation de soins de santé qui s'inscrit dans un schéma de traitement, lequel peut éventuellement faire l'objet d'une indemnisation forfaitaire?

M. Segaert juge également essentielle la question de savoir si des soins de santé qui n'ont pas été prodigués doivent être remboursées.

M. Bertels pense que la santé peut également être considérée indépendamment des prestations qui sont éventuellement fournies. Dans ce cas, l'on peut discuter sur le point de savoir qui des hôpitaux, de l'INAMI ou des pouvoirs publics doit assumer les coûts. Dans cette optique, on peut appliquer le raisonnement selon lequel un patient belge traité aux Pays-Bas est tantôt gagnant, tantôt perdant. L'on peut alors définir ce qu'il faut entendre par "prestation de soins" et déterminer comment celle-ci doit être payée.

C. Audition avec M. Willem de Haan, ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports (Pays-Bas)

1) Exposé

M. Haan aborde plus en détail l'assurance soins de santé et la mobilité des patients, en mettant l'accent sur le système néerlandais de soins programmés.

Les points de départ de la loi sur l'assurance maladie sont, d'une part, l'existence d'un droit aux soins et, d'autre part, le caractère privé du système. Le droit aux soins signifie que l'assureur soins de santé a une obligation de soins et une obligation d'acceptation. Un assureur soins de santé doit accepter un patient, quelle que soit la condition dans laquelle se trouve ce dernier. La loi oblige l'assureur soins de santé à faire en sorte qu'il y ait suffisamment de soins disponibles et que l'assuré puisse bénéficier à bref délai des soins auxquels il

waarop hij recht heeft. Dit zijn publieke waarborgen die gelden voor een privaat stelsel. Het gaat dus om een gereguleerde markt. In dit privaat stelsel zijn er private zorgverzekeraars en private zorgaanbieders. Daarnaast zijn er ook de verzekerden die een zorgverzekering nemen.

De zorgverzekeringswet bepaalt waarvóór men is verzekerd. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen wat de verzekerde zorg is. Het gaat om alle zorg die voldoet aan de hedendaagse stand van de medische praktijk voor elke beroepsgroep: huisartsen, verpleegkundigen, specialisten.

Hoe wordt het spel tussen de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de verzekerden gespeeld? De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht, een acceptatieplicht (voor de basisverzekering) en moet gelijke premies voor iedereen vaststellen per polis. De verzekeraars bieden verschillende verzekeringspolissen aan. De zgn. "restitutiepolis" verzekert de afgenumen zorg van de verzekerde. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij zorgaanbieders, in Nederland maar ook in het buitenland. Er wordt geen onderscheid gemaakt of het gaat om aangeboden zorg net over de grens dan wel elders in het buitenland. Het Nederlandse pakket kan ingekocht worden in de hele wereld en is niet enkel beperkt tot Europa. Wie echter naar de Verenigde Staten reist en daar zorg ontvangt, doet er echter wel goed aan om een aparte reispolis af te sluiten omdat de terugbetaling anders beperkt is.

Het is aan de verzekerden om een polis te kiezen: een "naturapolis" of een "restitutiepolis" of een combinatie van beide, al naargelang de verzekerde wordt gerestitueerd of zorg in natura ontvangt. In dit laatste geval limiteert de verzekerde zich tot het aanbod dat door de zorgverzekeraar wordt ingekocht. In het andere geval heeft men de volledige vrijheid om zorg in te kopen, in Nederland of daarbuiten. Een verzekerde met een "naturapolis" die naar een zorgverstrekker stapt die echter niet gecontracteerd werd door een zorgverzekeraar, zal echter nog steeds een vergoeding ontvangen, zij het dat de verzekerde ook zelf wel een vergoeding zal moeten betalen.

a droit. Il s'agit d'une garantie publique appliquée à un système privé. Il s'agit donc d'un marché régulé. Dans ce système privé, il y a des assureurs soins de santé privés et des prestataires de soins privés. Par ailleurs, il y a également les assurés qui ont contracté une assurance soins de santé.

La loi sur l'assurance soins de santé précise contre quoi l'on est assuré. Il appartient à l'assureur soins de santé de déterminer quels soins sont assurés. Il s'agit de l'ensemble des soins qui correspondent à l'état actuel de la pratique médicale pour chaque groupe professionnel: médecins généraliste, personnel infirmier, spécialistes.

Comment les choses se passent-elles entre les assureurs soins de santé, les prestataires de soins et les assurés? L'assureur soins de santé a une obligation de soins, une obligation d'acceptation (pour l'assurance de base) et il doit fixer des primes égales pour chacun dans le cadre d'une police. Les assureurs proposent différentes polices d'assurance. La police dite de "restitution" assure les soins prodigués à l'assuré. L'assureur soins de santé achète des soins auprès de prestataires de soins, aux Pays-Bas mais aussi à l'étranger. Aucune distinction n'est établie selon que les soins soient offerts à proximité de la frontière ou ailleurs à l'étranger. Le paquet néerlandais peut-être acheté partout dans le monde et ne se limite pas à l'Europe. Toutefois, celui qui se rend aux États-Unis et y bénéficie de soins sera bien inspiré de conclure une police voyage distincte, faute de quoi le remboursement est limité.

Il appartient aux assurés de choisir une police: une police "natura" ou une "police de restitution" ou encore une combinaison des deux, selon que l'assuré bénéficie d'une restitution ou de soins en nature. Dans ce dernier cas, l'assuré se limite à l'offre achetée par l'assureur soins de santé. Dans l'autre cas, il a toute liberté d'acheter des soins aux Pays-Bas ou ailleurs. Un assuré avec une police "natura" qui s'adresse à un prestataire de soins qui n'a pas été contacté par un assureur soins de santé touchera une indemnité mais devra sans doute en payer une à son tour.

De laatste partij is de zorgaanbieder. Ongeacht of deze zich in Nederland of daarbuiten bevindt, kan de zorgaanbieder een contract hebben met een zorgverzekerde. De zorgaanbieder levert zorg aan de verzekerden. Zorgverzekeraars die voornamelijk actief zijn in het Zuiden van Nederland zullen contracten hebben met zorgaanbieders over de grens, zoals bijvoorbeeld het Universitair Ziekenhuis Hasselt.

De Nederlandse Zorgverzekeringswet, die dateert van 2006, voorzag reeds bij de inwerkingtreding ervan grotendeels de implementatie van de Europese Patiëntenrichtlijn, die toen in wording was. Eenmaal de richtlijn een feit was, diende de Nederlandse wetgeving slechts op een beperkt aantal punten te worden aangepast. Dit is bijvoorbeeld het geval met het formeel vastleggen van het Nationaal Contactpunt, wat op dit ogenblik gebeurt.

2) Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Bertels wenst te vernemen welke instantie bevoegd is om te onderhandelen wanneer blijkt dat er problemen tussen landen, bijvoorbeeld bij de toepassing van de zgn. "Coördinatieverordening".

De heer de Haan antwoordt dat de Rekencommissie op het Europese niveau voor de afhandeling zorgt. Verder heeft de Nederlandse minister van Volksgezondheid de zorgverzekeraar Achmea aangewezen als orgaan van de verblijfplaats in geval van buitenlanders die in Nederland verblijven. De zorgverzekeraar CZ is dan weer aangewezen als orgaan van de woonplaats, dat zich bezig houdt met de verdragsgerechtigen zoals bijvoorbeeld Nederlanders die in België werken, of andersom.

De heer Segaert vult aan dat er, bij grensoverschrijdend patiëntenverkeer, verschillende routes zijn. Er is enerzijds de weg van de verordening. Anderzijds is er de weg van de Patiëntenrichtlijn. Er is ook een derde weg, zijnde de weg van de contractering. In dit laatste geval wordt de patiëntenmobiliteit geregeld door de voorwaarden van het contract tussen, bijvoorbeeld, de Nederlandse zorgverzekeraar en het Belgische ziekenhuis. Het RIZIV analyseert thans de inhoud van de overeenkomsten die tussen Belgische ziekenhuizen en Nederlandse zorgverzekeraars worden afgesloten. Het RIZIV suggereert telkens in deze contracten

Le dernier acteur est le prestataire de soins. Qu'il se trouve aux Pays-Bas ou ailleurs, il peut avoir conclu un contrat avec un assureur soins de santé. Le prestataire de soins fournit des soins aux assurés. Les assureurs qui sont essentiellement actifs dans le sud des Pays-Bas auront des contrats avec des fournisseurs de soins qui se trouvent de l'autre côté de la frontière, comme l'hôpital universitaire de Hasselt.

Dès son entrée en vigueur, la loi néerlandaise sur l'assurance maladie, qui remonte à 2006, avait en grande partie anticipé la transposition de la Directive européenne sur les Patients alors en devenir. Une fois la directive devenue réalité, il n'a plus fallu adapter la loi néerlandaise que sur un nombre limité de points. C'est le cas de la création formelle du Point de contact national, ce qui est en cours actuellement.

2) Questions et observations des membres

M. Bertels demande quelle instance est compétente pour négocier lorsque des problèmes se font jour entre les pays, par exemple lors de l'application du règlement "Coordination".

M. de Haan répond que la Cour des comptes s'en occupe au niveau européen. Par ailleurs, le ministre néerlandais de la Santé publique a désigné l'assureur soins de santé Achmea comme l'organe du lieu de résidence pour les étrangers qui résident aux Pays-Bas. L'assureur soins de santé CZ a quant à lui été désigné comme l'organe compétent pour le lieu de domicile qui s'occupe des ayants droit dans la cadre du traité, par exemple les néerlandais qui travaillent en Belgique ou inversement.

M. Segaert précise qu'il existe plusieurs voies en ce qui concerne le flux de patients transfrontaliers. Il y a tout d'abord celle du règlement. Il y a d'autre part celui de la directive Patients. Il y en a une troisième celle du contrat. Dans ce dernier cas la mobilité du patient est réglée par les conditions du contrat entre, par exemple, l'assureur soins de santé néerlandais et l'hôpital belge. L'INAMI analyse actuellement le contenu de la convention conclue entre des hôpitaux belges et des assureurs soins de santé néerlandais. L'INAMI suggère d'insérer à chaque fois dans ses contrats une clause déterminant quelle jurisprudence et d'application en cas de

een clausule op te nemen waarin wordt vastgelegd welke rechtspraak van toepassing is in geval van een discussie tussen beide contracterende partijen. Meestal is ook een bemiddelingsprocedure voorzien tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

D. Hoorzitting met de heer Abílio Fernandez Morais, conseiller de gouvernement, ministère de la Sécurité sociale (Luxemburg)

1) Uiteenzetting

De heer Fernandez Morais onderstreept het belang van goed overleg tussen autoriteiten en instellingen op het gebied van gezondheid en sociale zekerheid, onder andere in de Benelux en ook in de Grande Région, rekening houdend met het aantal grensarbeiders in Luxemburg. In Luxemburg zijn er twee ministeries: het ministerie van Gezondheid en het ministerie van Sociale Zekerheid. Het is belangrijk te waken over een goede samenwerking tussen beide departementen en de respectieve instellingen.

Luxemburg spant zich in om gezondheidszorg van uitstekende kwaliteit te ontwikkelen en de toegang ertoe zoveel mogelijk te vergemakkelijken, bijvoorbeeld wat het dragen van de kosten door de Sociale Zekerheid betreft (bijvoorbeeld de nieuwe maatregelen van de *Caisse Nationale de Santé* voor het dragen van de kosten van tandzorg, enz.).

De heer Fernandez Morais herinnert aan het principe voor het dragen van de kosten voor grensoverschrijdende zorg. Er zijn de Europese wettelijke grondslagen, "verordening 883" (coördinatie van socialezekerheidsstelsels) die het dragen van de kosten volgens de regels van de staat van behandeling regelt, waarna de terugbetaling tussen instellingen volgt. De patiënt betaalt slechts zijn eigen aandeel indien dat van toepassing is. Er moeten enkele administratieve procedures geëerbiedigd worden, bijvoorbeeld de medische verantwoording en naargelang van het geval de voorafgaande toestemming, hoofdzakelijk voor stationaire doelen. Er is daarenboven de richtlijn van 9 maart 2011 betreffende de grensoverschrijdende gezondheidszorg. In het raam van die richtlijn moet de patiënt de kosten voorschieten en betaalt de *Caisse Nationale de Santé* hem vervolgens terug.

discussions entre les deux parties contractantes. La plupart du temps aussi, une procédure de conciliation est prévue entre l'assureur soins de santé et l'hôpital.

D. Audition avec M. Abílio Fernandez Morais, conseiller de gouvernement, ministère de la Sécurité sociale (Luxemburg)

1) Exposé

M. Fernandez Morais souligne l'importance d'une bonne concertation entre autorités et institutions en matière de santé et de sécurité sociale, notamment au sein du Benelux et aussi de la Grande Région, compte tenu du nombre de frontaliers au Luxembourg. Au Luxembourg, il y a deux ministères: le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale. Il est important de veiller à une bonne coopération entre les deux départements et institutions respectives.

Le Luxembourg s'efforce de promouvoir des soins de santé d'excellente qualité et de faciliter autant que possible l'accès à ceux-ci, notamment en ce qui concerne la prise en charge en ce qui concerne la Sécurité sociale (par exemple les nouvelles mesures CNS pour prise en charge soins dentaire etc).

M. Fernandez Morais rappelle le principe pour la prise en charge des soins transfrontaliers. Il y a les bases légales européennes, comme le "règlement 883" (coordination systèmes de sécurité sociale) qui règle la prise en charge suivant les règles de l'État de traitement, puis remboursement entre institutions. Le patient ne paie que sa part si applicable. Il y a certaines procédures administratives à respecter, comme par exemple la motivation médicale et autorisation préalable suivant les cas, essentiellement à des fins stationnaires. En plus, il y a la directive du 9 mars 2011 sur les soins de santé transfrontaliers. Dans le cadre de cette directive, le patient doit avancer les frais, puis il se fait rembourser par la *Caisse Nationale de Santé*.

De patiënten hebben dus de keuze tussen beide, maar vaak kiest men voor “verordening 883”, omdat die oplossing financieel voordeliger is voor de patiënt. Er is een specifiek bilateraal verdrag met België voor de toepassing van die verordening. Het principe van het vrij verkeer van de aangesloten personen-patiënten is dus verzekerd. Het dient ook te worden beklemtoond dat Luxemburg zijn terugbetalingsstelsel ten gunste van de grensoverschrijdende patiënten had aangepast als gevolg van de arresten “Kohll et Decker” van het Europees Hof van Justitie in 1998.

De heer Fernandez Morais is tevreden over het Beneluxrapport “Patiënten zonder grenzen” en de kwaliteit ervan. De vaststellingen en conclusies zijn pertinent en het is zaak zich erop te baseren, onder andere om te debatteren over de verbeteringen die moeten worden aangebracht, met name wat de samenwerking tussen de autoriteiten en de instellingen betreft. De uitdagingen waarop het rapport wijst, onder andere wat de technologische ontwikkelingen betreft, zijn belangrijke punten die men op nationaal niveau, maar ook op het niveau van de Benelux en van de Grande Région zal moeten aanpakken.

In verband met de richtlijn van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, preciseert spreker dat ze voor de gedeelten Gezondheid en Sociale Zekerheid in juli 2014 naar Luxemburgs recht is omgezet en dat de statuten van de *Caisse Nationale de Santé* op 1 september 2014 werden aangepast. Er zal een stand van zaken worden opgemaakt over de overdracht aan het buitenland en men is ermee bezig in de respectieve instellingen, onder andere in de *Caisse Nationale de Santé*. Daarna zal men debatteren over de diverse denksporen en mogelijkheden om, indien nodig, een aantal punten voor de aangesloten personen/patiënten te verbeteren. Vandaag is het helaas wat voorbarig om zich verder uit te spreken, maar uiteraard is de heer Fernandez Morais bereid over die aangelegenheid van gedachten te wisselen wanneer de tijd rijp is.

Hij preciseert ten slotte dat er, in verband met verordeningen 883 en 987, een voorstel tot wijziging van de verordeningen bestaat van de Europese Commissie, dat voor december 2016 gepland is.

Les patients ont donc le choix entre les deux, mais souvent c'est le “règlement 883” qui est choisi car, financièrement, cette solution est plus avantageux pour le patient. Il y a une convention bilatérale spécifique avec la Belgique pour l'application de ce règlement. Le principe de libre circulation des affiliés – patients est donc assuré. Il faut également souligner que le Luxembourg avait déjà adapté son système de remboursement en faveur des patients transfrontaliers suite aux arrêts “Kohll et Decker” de la Cour de Justice Européenne en 1998.

M. Fernandez Moaris salue la rédaction du rapport “Patients sans frontières” du Benelux et la qualité de celui-ci. Les constats et conclusions sont pertinents et il s'agit de se baser sur ceux-ci, entre autres, pour discuter des améliorations à mettre en œuvre, notamment au niveau des coopérations entre les autorités et les institutions. Les défis relevés dans le rapport, notamment en ce qui concerne les développements technologiques, constituent des points importants qu'il faudra aborder au niveau national, mais aussi au niveau du Benelux et de la Grande Région.

Par rapport à la directive du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, l'orateur précise qu'elle a été transposée en droit luxembourgeois pour les volets Santé et Sécurité sociale en juillet 2014 et que les statuts de la Caisse Nationale de Santé ont été adaptés le 1^{er} septembre 2014). Un état des lieux sur le transfert à l'étranger sera réalisé et est en cours au sein des institutions respectives, notamment la Caisse Nationale de Santé. Ensuite, on discutera des différentes pistes et possibilités pour améliorer, si nécessaire, certains points en faveur des personnes affiliées/patients. À ce jour, il est donc malheureusement un peu prématuré pour se prononcer davantage, mais évidemment, M. Fernandez Morais est disposé à avoir des échanges en la matière le moment venu.

Enfin, il précise que, par rapport au règlements 883 et 987, il y a une proposition de modification des règlements par la Commission européenne, tablée en décembre 2016, sur certaines disposi-

Het gaat over een aantal bepalingen, meer bepaald over de langdurige zorg. Men is de zaak aan het analyseren op nationaal niveau.

2) Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Postema meent dat de situatie in Luxemburg ten opzichte van België heel interessant is, vermits Luxemburg een groot beroep doet op de Belgische gezondheidszorg. Daarom is die relatie wezenlijk anders dan de relatie tussen Nederland enerzijds en België en Luxemburg anderzijds.

De heer Fernandez Morais herinnert eraan dat de Belgisch-Luxemburgse overeenkomst dateert van ruim voor de Europese regelgeving. Daarom is het voor een Luxemburgse patiënt veel makkelijker om zich in België in het Frans te laten behandelen. Men moet ook weten dat heel wat werknemers in Luxemburg in België, Frankrijk en in Duitsland wonen.

Er is ook een doorgedreven samenwerking tussen de ziekenhuizen in de regio. Zo zijn er bijvoorbeeld cardiologen die doorgaans in Brussel werken, maar één à twee dagen naar het Centre Hospitalier in Luxemburg gaan om daar zorg te verstrekken. Als er een zeer specifieke ingreep moet gebeuren, zullen de betrokken patiënten eerder naar Brussel afreizen.

De heer Segaert vult aan dat de samenwerking ook op het technische vlak heel intens is, bijvoorbeeld wat de zgn. "nomenclatuur" – het pakket aan zorgverstrekkingen – betreft. Zo neemt de Luxemburgse "Caisse nationale de Santé" zich voor om zijn "nomenclatuur" deels aan te passen, bijvoorbeeld op het punt van de klinisch biologische testen, zich daarbij inspirerend op de Belgische wetgeving. Dit gebeurt nadat experts van beide landen hierover tot een overeenstemming komen. Met Nederland is een dergelijke samenwerking onbestaande.

De heer Mulder wenst te vernemen hoe de facturatie van de grensoverschrijdende patiëntenzorg verloopt tussen België en Luxemburg. Is dit even problematisch als de facturatie tussen België en Nederland? Indien niet, hoe zijn deze problemen opgelost?

tions et plus particulièrement en ce qui concerne les soins de longue durée. Les analyses sont en cours au niveau national.

2) Question et observations des membres

M. Postema considère que la situation au Luxembourg est intéressante par rapport à la Belgique puisque le Luxembourg fait abondamment appel aux soins de santé belges. C'est pourquoi la relation est très différente de celle qui existe entre les Pays-Bas d'une part et la Belgique et le Luxembourg d'autre part.

M. Fernandez Morais rappelle que la convention Belgo-luxembourgeoise est bien antérieure à la réglementation européenne. C'est pourquoi il est beaucoup plus facile pour un patient luxembourgeois de se faire traiter en français en Belgique. Il faut savoir aussi que de nombreux salariés qui travaillent au Luxembourg vivent en Belgique, en France et en Allemagne.

Il existe également une coopération poussée entre les hôpitaux de la région. Ainsi, des cardiologues qui travaillent ordinairement à Bruxelles se rendent un à deux jours au Luxembourg pour y prodiguer des soins. Si une intervention spécifique s'impose, les patients concernés se rendront plutôt à Bruxelles.

M. Segaert précise que la coopération est également intense sur le plan technique, par exemple en ce qui concerne la "nomenclature", le paquet de prestations de soins. Ainsi, la Caisse nationale de Santé luxembourgeoise se propose d'adapter partiellement sa nomenclature, par exemple en ce qui concerne les tests de biologie clinique, en s'inspirant à cet effet de la législation belge. Cela se fera lorsque des experts des deux pays se seront mis d'accord à ce sujet. Une telle coopération n'existe pas avec les Pays-Bas.

M. Mulder demande comment se déroule la facturation des soins de santé transfrontalières entre la Belgique et le Luxembourg. Pose-t-elle autant de problèmes que la facturation entre la Belgique et les Pays-Bas? Dans la négative, comment les problèmes ont-ils été résolus?

De heer Segaert antwoordt dat er tussen België en Luxemburg nooit facturatieproblemen zijn gelet op het feit dat beide stelsels van gezondheidszorg kopieën van elkaar zijn. Dit geldt overigens ook voor grensoverschrijdende patiëntenzorg tussen Frankrijk en België.

De heer Bertels bevestigt dit. De ziekenfondsen in de betrokken landen werken goed samen.

Hij wenst te vernemen of, in het geval van de zgn. "derde weg" – de contracten die tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen worden afgesloten -, er de behoefte bestaat voor de Belgische en Luxemburgse overheden en ziekenfondsen hierin partner te zijn. Op deze manier zou men mogelijk kunnen vermijden dat contracten worden afgesloten tussen private zorgverzekeraars en ziekenfondsen die problemen opleveren op het punt van de coördinatie en de afrekening.

Mevrouw De Peuter wijst erop dat dit nu reeds het geval is. De Belgische ziekenfondsen zijn nu reeds partner in de contractoring tussen de Nederlandse zorgverzekeraars met de Belgische ziekenhuizen. Verschillende regionale ziekenfondsen bekijken deze contracten en zijn hierbij betrokken, maar enkel langs de zijlijn. Zo kunnen de Belgische ziekenhuizen rechtstreeks factureren aan de Nederlandse zorgverzekeraars en de ziekenfondsen staan hier tussen om, als derde partner, de controle te doen op de facturatie vanuit de ziekenhuizen.

De heer Segaert vult aan dat de Belgische overheid van oordeel is dat de Belgische ziekenhuizen de vrijheid hebben om contracten af te sluiten met buitenlandse zorgverzekeraars. Wel heeft het ziekenhuis de notificatieplicht ten aanzien van de Belgische minister van Volksgezondheid. Vanuit het RIZIV heeft men enkele basisprincipes opgeliist waaraan deze contracten moeten voldoen. Deze principes zijn geïnspireerd door de Europese wetgeving. Ze zijn niet zo streng, maar er wordt bijvoorbeeld wel op aangedrongen dat de opvang van buitenlandse patiënten niet voor gevolg heeft dat de wachttijd voor Belgische patiënten stijgt. Ook de prijzen moeten identiek zijn als de Belgische prijzen, zodat wordt vermeden dat, bijvoorbeeld, de Nederlandse zorgverzekeraars een hogere prijs betalen voor dezelfde zorg. Op deze wijze garandeert men ook de instandhouding van het

M. Segaert répond qu'il n'y a jamais eu de problèmes de facturation entre la Belgique et le Luxembourg dans la mesure où les deux systèmes de soins de santé sont des copies l'une de l'autre. Il en va du reste de même pour les soins aux patients entre la France et la Belgique.

M. Bertels confirme ce qui vient d'être dit. Les mutualités des deux pays coopèrent efficacement.

Il souhaite savoir si, dans l'hypothèse de la "troisième voie" – la conclusion de contrats entre l'assureur soins de santé et des hôpitaux – les pouvoirs publics belge et luxembourgeois et les mutualités éprouvent le besoin d'être partenaires dans le cadre de ces contrats. Ce serait peut-être une manière d'éviter que des contrats conclus entre des assureurs soins de santé privés et les mutualités génèrent des problèmes au regard de la coordination et de la facturation finale.

Mme De Peuter répond que c'est déjà le cas. Les mutualités belges sont déjà partenaires dans les contrats entre les assureurs soins de santé néerlandais et les hôpitaux belges. Plusieurs mutualités régionales examinent ces contrats et y sont associées mais uniquement de manière périphérique. Les hôpitaux belges peuvent ainsi facturer directement aux assureurs soins de santé néerlandais et les mutualités se situent entre les deux, en tant que troisième partenaire, pour contrôler la facturation par les hôpitaux.

M. Segaert précise que les pouvoirs publics belge estiment que les hôpitaux belges sont libres de conclure des contrats avec des assureurs soins de santé étrangers. L'hôpital a toutefois une obligation de notification à l'égard du ministre belge de la Santé publique. L'INAMI a établi une liste comprenant un certain nombre de principes de base auxquels ces contrats doivent satisfaire. Ces principes sont inspirés de la législation européenne. Ils ne sont pas très stricts mais il est par exemple instamment demandé que l'accueil de patients étrangers n'ait pas pour conséquence d'allonger les délais pour les patients belges. De même, les prix doivent être identiques aux prix belges pour éviter, par exemple, que les assureurs soins de santé néerlandais payent plus cher pour les mêmes soins. La pérennité du système belge est ainsi assurée: il pourrait en effet devenir trop

Belgische systeem: het zou immers te interessant kunnen worden voor een Belgisch ziekenhuis om zich te focussen op buitenlandse patiënten.

Mevrouw Van Miltenburg verwijst naar de vrees die in België leeft dat, indien te veel patiënten een beroep zouden doen op buitenlandse zorg, zulks een gevaar zou betekenen voor het Belgische stelsel van gezondheidszorg, vermits men het aanbod aan zorg dan niet voldoende zouden kunnen garanderen. Daarentegen gaan er veel Luxemburgse patiënten naar België voor zorg die in Luxemburg niet aanwezig is. Hoe garandeert men dat er in Luxemburg voldoende aanbod is op het vlak van gezondheidszorg?

De heer Fernandez Morais antwoordt dat men twee elementen van mekaar moet onderscheiden. Enerzijds is er de kritische massa die nodig is om specialisten te hebben, zoals bijvoorbeeld een hartcentrum. Er zijn in Luxemburg onvoldoende hartspecialisten te vinden. Het Ministerie van Volksgezondheid kan dat in kaart brengen. Luxemburg stelt zich dezelfde vragen als de andere lidstaten. Is het nodig dat dezelfde specialisatie aanwezig is in elk ziekenhuis of in elke regio?

Mevrouw Van Miltenburg heeft begrip voor het voorbeeld van het hartcentrum, maar vraagt zich af of men in Luxemburg van oordeel is dat heupoperaties – waar steeds meer oudere mensen mee te maken krijgen – in Luxemburg zelf moeten kunnen worden uitgevoerd. Of volstaat het dat dergelijke operaties ergens in de buurt, mogelijk over de grens, kunnen worden uitgevoerd? Welke gezondheidszorg moet in Luxemburg zelf aanwezig zijn en welke mag wegvalLEN?

De heer Fernandez Morais meent dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voorop moet staan. Wanneer iemand verschillende maanden moet wachten om een knieoperatie te kunnen ondergaan, betekent dit dat er een grote vraag naar is.

Op basis van de vorhanden zijnde gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid kan men nagaan hoeveel terugbetalingen er zijn en hoeveel specialisten er zijn en kan men nagaan er per ziekenhuis welke de diensten zijn die nodig zijn

intéressant pour un hôpital belge de se concentrer sur des patients étrangers.

Mme Van Miltenburg évoque la crainte que si, en Belgique, trop de patients recouraient à des soins à l'étranger, le système belge des soins de santé pourrait être mis en péril dans la mesure où l'offre de soins ne pourrait alors pas être suffisamment garantie. En revanche, de nombreux luxembourgeois se rendent en Belgique pour y bénéficier de soins qui n'existent pas au Luxembourg. Que fait-on au Luxembourg pour garantir une offre suffisante en matière de soins de santé?

M. Fernandez Morais répond qu'il faut distinguer deux éléments. D'une part, il y a la masse critique nécessaire pour pouvoir disposer de spécialistes, comme un centre de cardiologie. Les spécialistes du cœur sont insuffisamment nombreux au Luxembourg, ce que le ministère de la Santé publique est en mesure de démontrer. Le Luxembourg se pose la même question que les autres États membres. Est-il indispensable qu'une même spécialisation soit disponible dans chaque hôpital ou dans chaque région?

Mme Van Miltenburg dit pouvoir comprendre l'exemple du centre de cardiologie mais se demande si l'on considère Luxembourg que les opérations de la hanche – à laquelle sont confrontées de plus en plus de personnes âgées - doivent pouvoir être effectuées au Luxembourg. Ou suffit-il qu'elles puissent être pratiquées quelque part à proximité, éventuellement de l'autre côté de la frontière? Quels soins de santé doivent pouvoir être offerts au Luxembourg et lesquels pourraient éventuellement disparaître?

M. Fernandez Morais est d'avis que la qualité et l'accessibilité des soins doivent être prioritaires. Si quelqu'un doit attendre plusieurs mois avant de pouvoir être opéré du genou, c'est un signe que la demande est grande.

Les données du ministère de la Santé publique permettent de savoir combien de remboursements ont été effectués et combien il y a de spécialistes; l'on peut vérifier aussi par hôpital quels services sont nécessaires pour les patients luxembourgeois.

voor de Luxemburgse patiënten. Als de wachttijd te lang oploopt, moet men erover waken dat er voldoende diensten beschikbaar zijn, op nationaal en internationaal vlak.

Voor zeer gespecialiseerde diensten heeft men er belang bij om op Benelux-niveau overleg te plegen. Spreker is van oordeel vindt dan ook dat men moet investeren in synergieën, eerder dan in diensten die slechts zelden worden gebruikt. De aanwending van de beschikbare middelen moet zoveel mogelijk de patiënten ten goede komen.

De heer Segaert ontken dat België schrik zou hebben dat er een leegloop van patiënten op gang zou komen. Enkel in de Duitstalige gemeenschap stelt men vast dat twee ziekenhuizen verminderde opnames kennen. Andersom stelt men ook vast dat sommige Belgische patiënten in bepaalde ziekenhuizen niet meer willen behandeld worden omdat er te veel Franse patiënten in verzorgd worden en de bezettingsgraad te hoog is.

De EU-wetgeving biedt daarvoor een oplossing. Als er, door een teveel aan uitstroom, een tekort is aan kritische massa waardoor de kwaliteit van de eigen gezondheidszorg niet meer kan garanderen, op lokaal of nationaal niveau, dan mag men naar Europees recht de uitstroom van patiënten beperken.

De heer Fernandez Morais preciseert dat, tijdens de afgelopen jaren, de Luxemburgse ziekenhuizen een sterke groei hebben gekend en dat ook de aangeboden gezondheidszorg is gegroeid. Er is dus zeker een vraag aanwezig. Maar men vraagt ook dat een patiënt niet langer dan nodig in een ziekenhuis blijft – wat de meeste patiënten overigens ook niet willen. Vanuit het beleid tracht men de aangeboden zorg af te stemmen op de groei van de bevolking en van het aantal verzekerden.

De heer Postema wenst te vernemen of er, in het geval van Nederlandse uitbehandelde patiënten of patiënten die voor zeer specifieke behandelingen naar België komen, veelal in Leuven, sprake is van een verzekerde zorg.

Lorsque le délai d'attente devient trop long, il faut veiller à ce que suffisamment de services soient disponibles, dans le pays ou à l'étranger.

Pour des services très spécialisés, la concertation au niveau du Benelux est tout indiquée. L'orateur estime dès lors qu'il faut investir dans des synergies plutôt que dans des services qui ne sont guère utilisés. Dans toute la mesure du possible, la mise en œuvre des moyens doit bénéficier aux patients.

M. Segaert dément que la Belgique craindrait de voir se vider ses hôpitaux. La réduction du nombre d'admissions n'est constatée que dans des hôpitaux situés en région germanophone. L'on observe par ailleurs aussi que des patients belges refusent d'être soignés dans certains hôpitaux parce qu'on y traite trop de patients français et que le niveau d'occupation est trop élevé.

La législation de l'UE offre une solution à cet égard. Si, à la suite d'un flux de patients vers l'étranger trop élevé, il se produit un déficit de masse critique au point qu'il devient impossible d'encore garantir la qualité des soins de santé du pays, au niveau local ou au niveau national, le droit européen permet de limiter ce flux de patients vers l'étranger.

M. Fernandez Morais précise qu'au cours des dernières années, les hôpitaux luxembourgeois ont connu une forte croissance et que l'offre de soins de santé a également augmenté. Il y a donc une demande. Mais il est également demandé que les patients ne séjournent pas plus longtemps que nécessaire à l'hôpital, ce que la majorité des patients ne souhaite de toute façon pas. Sur le plan de la gestion, l'on s'efforce d'adapter les soins proposés à la croissance de la population et du nombre d'assurés.

M. Postema demande si, dans le cas de patients néerlandais soignés à l'étranger ou de patients qui se rendent en Belgique pour y subir des traitements très spécifiques, le plus souvent à Louvain, les soins s'inscrivent dans le cadre de l'assurance.

De heer de Haan antwoordt bevestigend, voor zover de behandeling beantwoordt aan de huidige standaarden in de geneeskunde en de huidige stand van de wetenschap, en dit door de zorgverzekerders bij de aanvang werd vastgesteld. Wanneer iemand een bepaalde auto-immuunziekte heeft waarvoor, volgens de stand van de wetenschap en van de praktijk, een behandeling in Leuven bestaat, behoort dit tot het verzekerde pakket in Nederland.

De heer Segaert antwoordt dat het Belgische stelsel vanuit een omgekeerde redenering tot dezelfde conclusie komt. In principe is alle medische zorg verzekerd. Het pakket aan medische verstrekkingen is een positieve lijst: alle verstrekkingen zijn erin opgenomen. Volgens de internationale standaarden op het punt van de medische wetenschap bestaat er zorg die als efficiënt en afdoend is erkend, maar wanneer deze niet in het pakket aan zorgverstrekkingen is opgenomen bestaat er een apart systeem, waar patiënten een aanvraag kunnen indienen. Dit geldt zowel voor zorg in België als voor zorg in het buitenland. Wanneer het gaat om zorg die in België niet vorhanden is, maar wel beantwoordt aan de internationale standaarden van de medische wetenschap, wordt deze terugbetaald.

B. Hoorzitting van 3 februari 2017

A) Hoorzitting met de heer Michiel Sprenger, PhD, Senior adviser IT and innovation, Nictiz (National IT Institute for Healthcare) (Nederland)

1) Uiteenzetting

De heer Michiel Sprenger, PhD, Senior adviser IT and innovation, Nictiz (National IT Institute for Healthcare), legt uit dat Nictiz, een Nationaal expertisecentrum voor e-Health standaardisatie, een onafhankelijke “Stichting zonder winstoogmerk” is waar ongeveer 50 mensen werken. De instelling bouwt geen technische oplossingen maar heeft wel allerlei activiteiten op het vlak van de standaardisatie en interoperabiliteit, van consensus tot regelgeving.

De werkwijze in Nederland omvat vijf aspecten van informatie-oplossingen:

M. de Haan répond par l'affirmative, pour autant que le traitement réponde aux standards actuels de la médecine et à l'état actuel de la science et que le constat en ait été fait dès le début par les assureurs soins de santé. Lorsqu'un patient souffre d'une maladie auto-immune pour laquelle il existe, selon l'état de la science et de la pratique, un traitement à Louvain, cela fait partie du paquet assuré aux Pays-Bas.

M. Segaert répond que le système belge arrive à la même conclusion sur la base d'un raisonnement inversé. En principe, tous les soins médicaux sont assurés. Le paquet de services médicaux constitue une liste positive: tous les soins y figurent. Selon les standards internationaux en matière de science médicale, des soins sont reconnus comme efficaces et concluants et, lorsqu'ils ne figurent pas dans le paquet de soins, un système distinct permet aux patients d'introduire une demande. Cela vaut pour les soins tant en Belgique qu'à l'étranger. Lorsqu'il s'agit de soins qui ne sont pas disponibles en Belgique mais qui répondent néanmoins aux standards internationaux de la science médicale, ils sont remboursés.

B. Audition du 3 février 2017

A) Audition avec M. Michiel Sprenger, PhD, Senior adviser IT and innovation, Nictiz (National IT Institute for Healthcare) (Pays-Bas)

1) Exposé

M. Michiel Sprenger, PhD, Senior adviser IT and innovation, Nictiz (National IT Institute for Healthcare), indique que Nictiz, un centre d'expertise nationale pour la standardisation de l'e-Santé, est une “fondation sans but lucratif” qui occupe quelque 50 personnes. L'organisme ne propose pas de solutions techniques mais déploie toutes sortes d'activités dans le domaine de la standardisation et de l'interopérabilité, du consensus à la réglementation.

Le mode de fonctionnement aux Pays-Bas comprend cinq aspects de solutions informatives:

- Beleid: zorgen dat oplossingen ingebed zijn in zorgbeleid van instellingen, organisaties en landen
- Zorgproces: het realiseren van oplossingen binnen het zorgproces
- Informatie: specifiëren van de informatie en hoe deze gestructureerd en gecodeerd is
- Applicaties: verwerven en implementeren van zorgspecifieke softwareproducten en diensten
- Infrastructuur: de nodige algemeen-technische voorzieningen creëren.

In de context van de Benelux is het belangrijk dat men zich ervan rekenschap geeft dat de wetgeving in de 3 landen niet identiek is, hoewel ze ook niet dramatisch verschillend is. Men moet deze verschillen tussen de landen overbruggen wanneer men aan gegevensuitwisseling wil doen. Deze mag immers in geen van deze landen strijdig zijn met de wet.

Spreker geeft een stand van zaken over de elektronische patiëntgegevens in Nederland. Er is een vergaande proliferatie van IT in de zorg, maar er is slechts een beperkte verbondenheid. Er is niet één nationale infrastructuur voor gegevensuitwisseling, maar verschillende. Wat er is, is niet overheids-gedreven, overeenkomstig een besluit van de Senaat in 2011. Er is veel aandacht voor de informatie-inhoud en standaardisatie daarvan. Ook de begrijpelijkheid voor mensen én computers is belangrijk. Er zijn twee ontwikkelprogramma's voor versterking van de positie van de patiënt (VIPP en MedMij); deze worden gesteund door recente wetgeving.

Op het vlak van de Europese Unie is er een samenwerking sinds 2008. Nederland werkte mee aan de definitie van oplossingen voor grensoverschrijdend verkeer van patiëntgegevens en andere informatie. Er is echter een besluitvormig in Nederland om hier ook daadwerkelijk aan deel te nemen, ook geen besluitvorming om het niet te doen.

- Politique: veiller à ce que des solutions soient insérées dans la politique des soins de santé des institutions, organismes et pays
- Processus de soins: mise en œuvre de solutions dans le processus de soins
- Information: spécifier l'information et indiquer comment elle est structurée et codée
- Application: acquérir et mettre en œuvre des produits logiciels et des services spécifiques aux soins
- Infrastructure: créer les dispositifs techniques généraux nécessaires.

Dans le contexte du Benelux, il est important de réaliser que la législation n'est pas la même dans les trois pays, même si elle n'est pas non plus dramatiquement différente. Il faut dépasser ces différences entre les pays lorsqu'on veut procéder à l'échange de données. Cet échange ne peut en effet en aucun cas être contraire à la loi d'un de ces pays.

L'orateur brosse un tableau de la situation en matière de données électroniques des patients aux Pays-Bas. Il y a une prolifération étendue d'IT dans le domaine des soins mais seulement une connexion limitée. Il n'y a pas une seule mais plusieurs infrastructures nationales d'échange de données. Ce qui existe n'est pas impulsé par les pouvoirs publics, conformément à une décision du Sénat de 2011. Une grande attention est portée au contenu de la formation et à sa standardisation. La compréhensibilité pour les gens et pour les ordinateurs est également importante. Il y a deux programmes de développement pour le renforcement de la position du patient (VIPP et MedMij); ces derniers sont soutenus par une législation récente.

Au niveau de l'Union européenne, la coopération existe depuis 2008. Les Pays-Bas ont contribué à définir des solutions pour le flux transfrontalier de données relatives aux patients et à d'autres types d'informations. Il n'a toutefois pas été décidé aux Pays-Bas d'une participation concrète mais il n'a pas non plus été décidé de l'inverse.

Spreker geeft enkele richtingen aan voor een betere samenwerking op het niveau van de Benelux:

- Werk vooral vanuit de gebruikssituaties en gebruikersbehoeften, start niet met techniek alleen. De vraag moet immers zijn: voor wie lossen we wat op? Het rapport "Patienten zonder grenzen" geeft aan wat de concrete situaties zijn.
- De samenwerking moet zowel een "*bottom-up*" aanpak hebben voor de behoeften als een "*top-down*" benadering voor wat betreft de randvoorwaarden. Deze moeten samenkommen.
- Werk aan eenheid van taal en begrip, in de brede zin van het woord
- Gebruik wat in de Europese Unie gezamenlijk ontwikkeld is en wordt op het gebied van grensoverschrijdende gegevensuitwisseling
- Gebruik de extra kansen die de interactie tussen Nederland en Vlaanderen biedt op het vlak van de taal
- Onderzoek de nieuwe mogelijkheden door patiënt-toegang tot de eigen gegevens

Specifiek voor wat de relatie tussen Nederland en Vlaanderen betreft, onderstreept de heer Sprenger dat de taal dezelfde is. Mensen begrijpen elkaar over en weer: ongeveer 80 % van de medische termen is immers identiek. Maar computers begrijpen elkaar daardoor echter nog niet, vooral niet omdat opslag steeds meer van vrije tekst af gaat, naar codering, maar dan op verschillende wijzen. Een patiënt samenvatting uit Nederland kan bijvoorbeeld in Vlaanderen door mensen gelezen worden, maar niet automatisch deel van het medisch dossier worden in Vlaanderen.

2) Gedachtewisseling

De heer Bertels verwijst naar de vaststelling van de heer Sprenger dat in Nederland de IT-infrastructuur beperkt met elkaar verbonden is bij gebrek aan

L'orateur avance quelques solutions pour une meilleure coopération au niveau du Benelux:

- Il faut travailler surtout sur les situations d'utilisation et sur les besoins des utilisateurs et ne pas se fonder au départ sur les seuls aspects techniques. La question doit être: que voulons-nous résoudre et pour qui? Le rapport "Patients sans frontières" indique quelles sont les situations concrètes.
- La coopération doit reposer tout à la fois sur une approche de type "*bottom-up*" en ce qui concerne les besoins et sur une approche de type "*top-down*" pour ce qui est des conditions périphériques. Les deux doivent se rejoindre.
- Il faut œuvrer à une unité de langage et de concepts, au sens large du terme
- Il faut utiliser ce qui a été et est développé en commun dans l'Union européenne en matière d'échange transfrontalier de données
- Il faut exploiter les possibilités supplémentaires offertes par l'interaction entre les Pays-Bas et la Flandre dans ce domaine
- Il faut explorer les possibilités nouvelles offertes par l'accès des patients à leurs propres données

M. Sprenger indique que la communauté de langue est spécifique dans la relation entre les Pays-Bas et la Flandre. Les gens se comprennent de part et d'autre: 80 % des termes médicaux sont en effet identiques. Cela ne signifie pas pour autant que les ordinateurs se comprennent, essentiellement parce que le stockage évolue de plus en plus du texte libre vers le codage, mais différemment. Le dossier succinct d'un patient néerlandais peut par exemple être lu en Flandre sans pour autant y faire automatiquement partie du dossier médical.

2) Échange de vues

M. Bertels se réfère au constat fait par M. Sprenger selon lequel l'infrastructure IT n'est reliée aux Pays-Bas que dans une mesure limitée en

één nationale structuur. Hoe spreken deze aparte IT-systeem dan met elkaar in Nederland?

De heer Sprenger bevestigt dat er vele IT-infrastructuren en ad hoc-verbanden zijn, die met elkaar verbonden zijn binnen bepaalde gemeenschappen of beroepsgroepen. Dit kan bepaalde aspecten van internationale gegevensuitwisseling inderdaad in de weg zitten. Vooralsnog is er immers geen eenduidige manier om alle informatie van alle patiënten in Nederland samen te bewaren.

Mevrouw Creutz stelt vast dat de heer Sprenger een element heeft benadrukt dat zeer belangrijk is, met name de taal. Deel uitmakend van de Duitstalige gemeenschap in België, betreurt spreekster dat er in geen Duitstalig universitair ziekenhuis bestaat in België. Vandaar het belang van de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit van Duitstalige patiënten naar Duitsland, waar ze in hun taal kunnen worden geholpen. Het is belangrijk dat dit wordt onderstreept.

De heer Sprenger is het hiermee eens. In landen of regio's waar de taal dezelfde is, verloopt de samenwerking makkelijker, maar dit neemt niet weg dat de noodzaak blijft om, over de taalgrens heen, bruggen te slaan. Dit is evenwel een pak lastiger.

B) Hoorzitting met de heer Frank Robben, administrateur-général, Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (België)

1) Uiteenzetting

De heer Frank Robben, administrateur-général, Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, wil in zijn uiteenzetting vermijden te veel over grote principes te spreken. Wanneer men wil dat bepaalde zaken werken, dient men vooral enkele concrete zaken te implementeren. Stel: een Belgisch patiënt is op vakantie in Nederland of Luxemburg en gaat met een medisch probleem naar een lokale arts. Deze zou dan toegang moeten hebben tot het elektronisch patiëntendossier van de betrokkenen. Dan moeten er enkele elementen worden geregeld:

l'absence d'une structure nationale. Comment ces systèmes IT distinct communiquent-ils alors entre eux aux Pays-Bas?

M. Sprenger confirme qu'il existe de nombreuses infrastructures IT et de structures *ad hoc* reliées entre elles dans le cadre de certaines de communauté ou groupes professionnels. Cela peut en effet entraver certains aspects de l'échange international de données. Il n'existe actuellement aucune manière univoque de conserver ensemble les informations relatives à tous les patients aux Pays-Bas.

Mme Creutz constate que M. Sprenger a souligné un élément très important, à savoir la langue. Faisant partie de la Communauté germanophone de Belgique, elle regrette qu'il n'existe pas d'hôpital universitaire germanophone en Belgique. D'où l'importance de la mobilité transfrontalière de patients germanophones vers l'Allemagne où ils peuvent être soignés dans leur langue. Il est important de le souligner

M. Sprenger confirme ce qui vient d'être dit. Dans des pays ou des régions où la langue est identique, la coopération est plus facile mais il n'empêche que la nécessité demeure de jeter des ponts, par-delà les frontières linguistiques. Mais c'est beaucoup plus difficile.

B) Audition avec M. Frank Robben, administrateur-général, Banque-carrefour de la sécurité sociale (Belgique)

1) Exposé

M. Frank Robben, administrateur-général, Banque-carrefour de la Sécurité sociale, veut éviter dans son exposé de trop parler de grands principes. Lorsqu'on souhaite que des choses fonctionnent, il faut surtout mettre en œuvre certains aspects concrets. Prenons le cas d'un patient en vacances aux Pays-Bas ou au Luxembourg qui s'adresse à un médecin local pour un problème médical. Ce dernier devrait avoir accès au dossier médical de l'intéressé. Pour cela un certain nombre d'éléments doivent être réglés:

- De patiënt moet correct kunnen worden geïdentificeerd.
- De persoon die toegang vraagt tot de informatie moet wel degelijk een arts of een andere zorgverstrekker zijn
- Men moet nagaan dat er een therapeutische relatie is tussen de zorgverstrekker en de patiënt.
- De communicatie van de gezondheidsgegevens moet op een veilige manier gebeuren en de private levenssfeer moet worden gerespecteerd.
- Ook het aspect “interoperabiliteit” moet daarbij aan bod komen, en dit zowel op het technische vlak – de computers moeten elkaar begrijpen – als op het semantische vlak – ook de inhoud moet door beide systemen kunnen begrepen worden. Het technische element is niet zo moeilijk; het semantische aspect is veel moeilijker.

Deze problemen stellen zich overigens ook in België. Daar zijn immers 120 ziekenhuizen, 3 gewesten, 3 gemeenschappen en zeer veel huisartsen. Daarom bestaat er in België reeds sedert 8 jaar een e-Healthplatform die de elektronische gegevensuitwisseling op het vlak van de gezondheidszorg regelt tussen de zorgverstrekkers, op een veilige manier die ook de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim beschermt in het belang van de patiënt. Dit e-Healthplatform organiseert projecten, regelt standaarden, werkt basisdiensten uit, zorgt dat het uitwisselingsplatform goed werkt en goed beveiligd is, zorgt voor de codering en classificering van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek e.d.m.

Dit systeem werkt op nationaal vlak maar heel wat uitvoeringstaken werden overgelaten, niet enkel aan de verschillende zorgverstrekkers en zorginstellingen, maar ook aan de gemeenschappen en de gewesten die in België grote bevoegdheden ter zake hebben en elk hun eigen dynamiek ontwikkelen. Het gaat hier om een decentraal model, wat het meteen ook makkelijker maakt om het te enten op systemen die in andere landen bestaan. De gegevensopslag blijft immers waar hij zit, met name de zorgverstrekkers, zoals huisartsen, ziekenhuizen en apothekers, die hiervoor gebruik maken van software die evenmin centraal wordt beheerd.

- Le patient doit pouvoir être correctement identifié.
- La personne qui demande l'accès à l'information doit être un médecin ou un autre prestataire de soins.
- Il faut vérifier qu'il existe une relation thérapeutique entre le prestataire de soins et le patient.
- La communication des données relatives aux soins de santé doit se faire de manière sécurisée et la vie privée doit être respectée.
- L'aspect “interopérabilité” doit également intervenir sur le plan tant technique – les ordinateurs doivent se comprendre – que sémantique – le contenu aussi doit pouvoir être compris des deux systèmes. Si l'élément technique ne pose guère de problèmes, il en va tout autrement de l'aspect sémantique.

Ces problèmes se posent également en Belgique, où il existe 120 hôpitaux, trois régions, trois communautés et de très nombreux médecins généralistes. C'est pourquoi il existe depuis huit ans en Belgique une plate-forme d'e-Santé qui règle l'échange électronique de données dans le domaine des soins de santé entre les prestataires de soins, d'une manière sûre préservant la vie privée et le secret professionnel dans l'intérêt du patient. Cette plate-forme d'e-Santé organise des projets, règle des standards, développe des services de base, fait en sorte que la plate-forme d'échanges fonctionne bien et soit dûment sécurisée, veille au codage et à la classification de données à des fins d'études scientifiques, etc.

Ce système fonctionne au niveau national mais de nombreuses tâches d'exécution sont laissées non seulement aux différents prestataires et organismes de soins mais encore aux communautés et aux régions qui détiennent en Belgique d'importantes compétences en la matière et développent chacune leur propre dynamique. Il s'agit en l'espèce d'un modèle décentralisé, ce qui le rend d'emblée plus facile à greffer sur des systèmes qui existent à l'étranger. Le stockage de données reste en effet où il est, c'est-à-dire auprès des prestataires de soins comme les médecins généralistes et les pharmaciens qui utilisent à cet

Deze softwarepakketten worden aangeleverd door private bedrijven.

Voor het hele land zijn echter wel enkele basisdiensten uitgewerkt die beantwoorden aan de criteria die spreker zopas heeft opgeliist. Indien andere landen dat wensen, kunnen zij deze basisdiensten vrij makkelijk overnemen. Het gaat om de volgende diensten:

- Coördinatie van elektronische processen
- Portaal
- *Integrated user and access management*
- *Logging management*
- Systeem voor “end-to-end encryption”
- eHealthBox, een soort elektronische brievenbus waar informatie op een beveiligde wijze wordt verstuurd
 - “Timestamping”: deze vervangt de handtekening en datering op papier
 - Codering en anonimisering
 - Raadpleging van het Nationaal Identificatieregister
 - *Reference directory (metahub)*: deze geeft aan waar bepaalde informatie zich bevindt, vermits deze niet nationaal wordt beheerd.

Wat de identificatie betreft, wijst de heer Robben erop dat er één, uniek nationaal identificatienummer is, dat verplicht moet worden gebruikt door alle zorgverstrekkers. Dit nummer is beschikbaar voor alle mensen die in België verblijven op een kaart – de elektronische identiteitskaart voor wie er een heeft of een ISI+ kaart voor wie geen elektronische identiteitskaart heeft. In België bestaat ook een zgn. “linkenregister” dat de link kan leggen tussen een Belgisch en een buitenlands nummer. Deze link kan enkel daar worden gelegd. Wanneer men zich in België bevindt wordt het Belgisch nummer gebruikt, wanneer de betrokkenen opnieuw naar het buitenland gaan wordt opnieuw het buitenlands nummer gebruikt. Door het feit dat deze link op één plaats wordt bijgehouden moeten de ziekenhuizen of de artsen deze niet bijhouden. Deze webservices staan in een beveiligde cloud en kunnen door andere landen worden gebruikt.

Op het punt van de routering verwijst de heer Robben naar onderstaande kaart. In België zijn vandaag 4 netwerken, zijnde een rond Charleroi,

effet des logiciels dont la gestion n'est pas non plus centralisée. Ces paquets de logiciels sont fournis par des entreprises privées.

Un certain nombre de services de base ont toutefois été conçu pour l'ensemble du pays. Ils répondent aux critères que l'orateur vient d'énumérer. Si d'autres pays le souhaitent, ils peuvent très facilement reprendre à leur compte ces services de base qui sont les suivants:

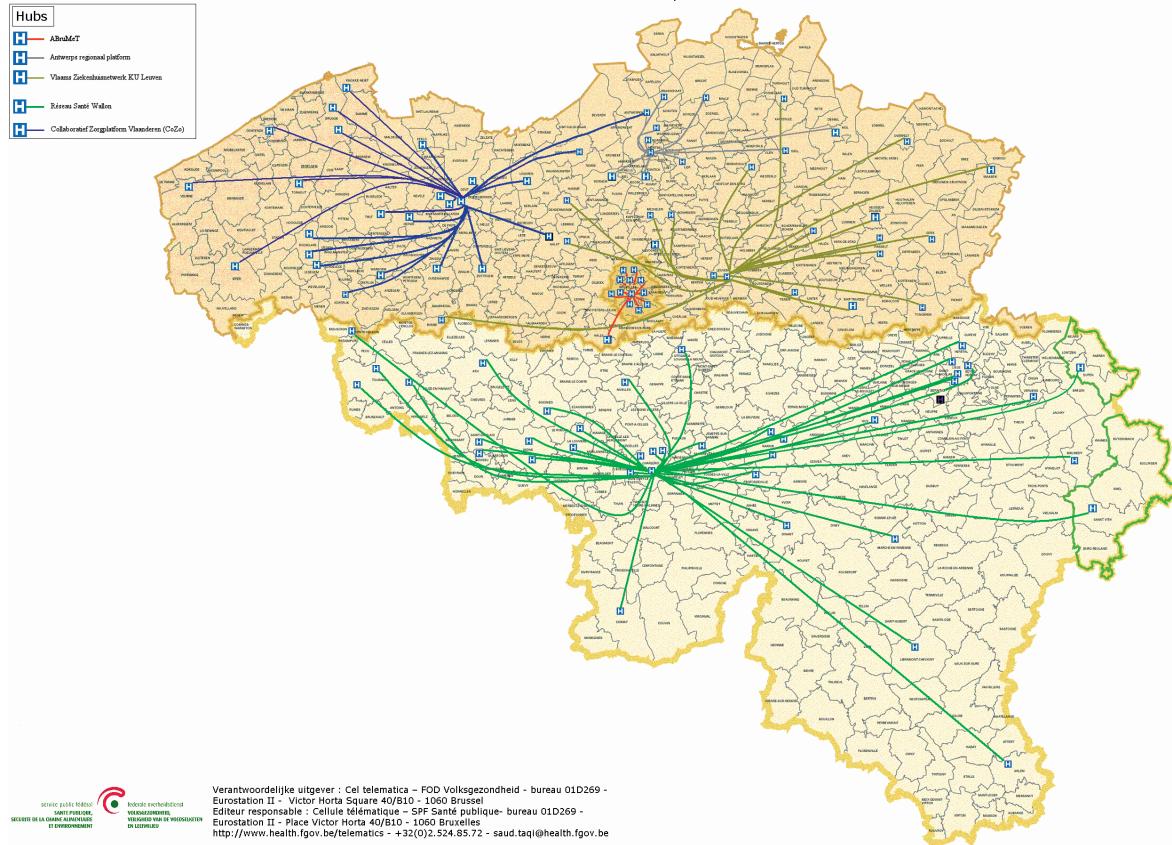
- Coordination de processus électroniques
- Portail
- *Integrated user and access management*
- *Logging management*
- système d'encryption “end-to-end”
- eHealthBox, une sorte de boîtes aux lettres électroniques vers laquelle l'information est envoyée de manière sûre
 - “Timestamping”: remplace la signature et la datation
 - codage et anonymation
 - consultation du Registre national d'identification
 - *Reference directory (metahub)*: indique où se trouvent certaines informations puisque celles-ci ne sont pas gérées sur le plan national.

Concernant l'identification, M. Robben souligne qu'il existe un numéro d'identification national unique qui doit obligatoirement être utilisé par l'ensemble des prestataires de soins. Ce numéro figure, pour toutes les personnes qui résident en Belgique, sur une carte – la carte d'identité électronique pour ceux qui en possèdent une ou la carte ISI+ pour ceux qui ne possèdent pas de carte d'identité électronique. En Belgique il existe également un registre qui peut établir le lien entre le numéro belge et un numéro étranger. Ce lien ne peut être établi qu'à ce niveau. Lorsque l'intéressé se trouve en Belgique, il est fait usage du numéro belge. Lorsqu'il retourne à l'étranger, c'est à nouveau le numéro étranger qui est utilisé. Ce lien étant conservé en un seul endroit, les hôpitaux et les médecins n'ont pas à le tenir à jour. Ces services Internet se trouvent dans un cloud sécurisé et peuvent être utilisés par d'autres pays.

Concernant la question du routage, M. Robben renvoie à la carte ci-dessous. On dénombre actuellement en Belgique quatre réseaux, un autour de

een rond Brussel, een rond Gent en een rond Antwerpen. Dit worden er binnenkort drie, vermits Antwerpen en Gent zullen fuseren.

Charleroi, un autour de Bruxelles, un autour de Gand et un autour d'Anvers. Il n'y en aura plus que trois dans un avenir proche puisqu'Anvers et Gand vont fusionner.



Deze netwerken tussen zorginstellingen en zorgverstrekkers worden elk beheerd door een ziekenhuis. In dit ziekenhuis is een zgn. "verwijzingsrepertorium" of hub. Daarin staat bij welke andere ziekenhuizen of zorgverstrekkers bij dat netwerk er gegevens zijn over welke patiënt. Wanneer iemand die in Leuven woont en zich aan de kust bevindt en daar naar een arts of een ziekenhuis gaat, wist men daar tot voor kort niet wie die patiënt was. Vandaag weet men dit wel dankzij de netwerken. Tussen de verschillende hubs bestaat ook een metahub, een verwijzingsrepertorium van verwijzingsrepertoria. De arts weet, door middel van de elektronische identiteitskaart, wie de patiënt die zich voor hem bevindt is, en kan door zich als arts te identificeren in de metahub kunnen nagaan in welke netwerken de patiënt ingelogd is. Via zijn softwarepakket kan hij dan in deze verwijzingsnetwerken de gegevens

Ces réseaux entre organismes de soins et prestataires de soins sont gérés chacun par un hôpital qui abrite un répertoire de renvoi ou hub. On peut y voir quels autres hôpitaux ou prestataires de soins de ce réseau détiennent des données sur un patient déterminé. Jusqu'il y a peu, on ignorait par exemple qui était le patient, habitant de Louvain, qui séjournait à la côte et y consultait un médecin ou s'y rendait dans un hôpital. Aujourd'hui on peut l'identifier grâce aux réseaux. Entre les différents hubs, il y a également un metahub, un répertoire de renvoi de répertoires de renvoi. Grâce à la carte d'identité électronique, le médecin sait qui est le patient qu'il a en face de lui et peut, en s'identifiant au niveau du metahub comme médecin, savoir dans quel réseau le patient est inscrit. Par le biais de son paquet logiciel, il peut alors consulter les données du patient en question dans ces réseaux.

van de betrokken patiënt consulteren. Belangrijk is te noteren dat het opvragen van de gegevens niet centraal verloopt maar dat men enkel kan nagaan waar er informatie over de patiënt beschikbaar is. Dit gedecentraliseerd model maakt het mogelijk ook in het buitenland de gegevens te consulteren

Anders dan bij de huisartsen, zijn deze gegevens voor de ziekenhuizen zeven dagen op zeven beschikbaar en kan men deze consulteren. Voor de huisartsen worden "summary records" volgens internationale standaarden opgeslagen in zgn. "gezondheidskluizen".

Wat de beveiliging betreft dient geantwoord te worden op de vraag hoe men in een gedecentraliseerd systeem de controle op de toegang tot de gegevens organiseert. Men dient te weten wie zorgverstrekker is en wie een therapeutische relatie heeft met de patiënt van wie men de gegevens wil opvragen. Indien een huisarts een patiënt voor een maagonderzoek naar een ziekenhuis heeft gestuurd, wil hij enkele dagen nadien deze gegevens kunnen bekijken. Waar men in het verleden voor elke server een apart paswoord nodig had, kan een huisarts vandaag deze gegevens makkelijker opvragen. Elke controle op de toegang gebeurt in een vijftal fasen, zodat men kan nagaan wie de gegevens wil opvragen, welke zijn relatie met de patiënt is, of het een arts, een apotheker of iemand anders is e.d.m. De aanbieder van een toepassing bepaalt wat gecontroleerd moet worden en bepaalt deze "policy administration". De arts kan met zijn pincode verschillende toepassingen raadplegen middels een softwareprogramma dat tussen de arts en de aanbieder van de toepassing staat. Er bestaat een databank van artsen en de ziekenfondsen hebben ook een databank waarin wordt vermeld wie dehouder is van het "globaal medisch dossier" van de patiënt. Dit model wordt over de ganse wereld toegepast en wanneer een ander land een gelijkaardig systeem heeft, kan men beide systemen met elkaar verbinden. Een zorgverstrekker in Nederland die bijvoorbeeld een bepaalde toepassing in België wil raadplegen zal dit kunnen doen en dient hierbij de Belgische regelgeving te volgen. De Nederlandse arts zal zich echter eerst volgens de Nederlandse regels moeten identificeren vermits hij in België niet gekend is. Het enige wat moet gebeuren is dat het Belgische systeem zich connecteert met een Nederlands

de renvoi. Il est important de noter que la consultation des données n'est pas centralisée mais que l'on peut uniquement vérifier où des données concernant le patient sont disponibles. Ce modèle décentralisé permet également de consulter les données à l'étranger.

Ailleurs que chez les médecins généralistes, ces données destinées aux hôpitaux sont disponibles sept jours sur sept et peuvent être consultées. Des données résumées sont stockées selon des standards internationaux pour les besoins des médecins généralistes dans des "coffres-forts de santé".

Concernant la sécurisation, il convient d'apporter une réponse à la question de savoir comment s'organise, dans un système décentralisé, le contrôle de l'accès aux données. Il faut savoir qui est le prestataire de soins et qui a une relation thérapeutique avec le patient dont l'on souhaite demander les données. Le médecin généraliste qui a envoyé un patient dans un hôpital pour un examen de l'estomac souhaitera, au bout de quelques jours, pouvoir consulter les données le concernant. Alors que par le passé, il fallait un mot de passe distinct pour chaque serveur, le médecin généraliste peut aujourd'hui aisément demander ces données. Tout contrôle de l'accès se déroule selon cinq phases, de sorte que l'on peut savoir qui souhaite consulter les données et quelle est sa relation avec le patient, s'il s'agit d'un médecin, d'un pharmacien ou de quelqu'un d'autre. Celui qui offre une application détermine ce qu'il y a lieu de contrôler et définit la "policy administration". Au moyen de son code pin, le médecin peut consulter diverses applications au moyen d'un programme logiciel situé entre le médecin et le pourvoyeur de l'application. Il existe une banque de données de médecins et les mutualités disposent également d'une banque de données qui indique qui détient le dossier médical global du patient. Ce modèle est application partout dans le monde et lorsqu'un autre pays est doté d'un système analogue, les deux systèmes peuvent être reliés entre eux. Un prestataire de soins aux Pays-Bas pourra par exemple consulter une application en Belgique en se conformant pour cela à la réglementation belge. Le médecin néerlandais devra toutefois d'abord s'identifier selon les règles en vigueur aux Pays-Bas puisqu'il n'est pas connu en Belgique. La seule chose à faire, c'est connecter le système

systeem dat controleert wie toegang vraagt. Voor de uitwisseling van de gegevens doet men beroep op internationale standaarden. Vanzelfsprekend geldt een en ander ook omgekeerd.

Vervolgens snijdt spreker het thema van de encryptie aan. Gegevens die onderschept worden, mogen immers niet kunnen gelezen worden door iemand die hier geen toegang toe mag hebben. Er is een verschillende methode om deze gegevens te versleutelen al naargelang men de bestemming kent – bijvoorbeeld de behandelende arts – of niet kent – bijvoorbeeld een apotheker waar de patiënt zijn geneesmiddelen haalt. Voor beide opties is een oplossing in de cloud. In het geval van een bekende bestemming werkt men met sleutelparen die beide nodig zijn. Een ervan is publiek en toegankelijk voor iedereen; de andere heeft enkel de zorgverstrekker. Deze vercijferingsmechanismen kunnen transnationaal gebruikt worden en zijn gebaseerd op internationale standaarden. In het geval van een onbekende bestemming wordt een andere methode gebruikt.

Concluderend, stelt de heer Robben dat, wanneer men deze principes toepast, het in wezen niet zo moeilijk is om systemen uit te bouwen die interconnecteerbaar zijn naar het buitenland. In afwachting van afspraken in Nederland, Luxemburg en België, zijn er vandaag reeds vlot uitwisselingen mogelijk op lokale vlakken. Een aantal Nederlandse artsen uit de grensstreek is bijvoorbeeld reeds gekend in Belgische databanken. Het is belangrijk om te stoppen met te veel te studeren en te praten, maar te starten met enkele concrete projecten op het terrein.

2) Gedachtewisseling

De heer Bertels informeert naar de wijze waarop de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid in België de discussie omtrent de bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft ontmanteld.

De heer Frank Robben verwijst naar het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke levenssfeer, waarin zowel zorgverstrekkers als experts inzake privacy

belge avec un système néerlandais qui vérifiera qui demande l'accès. Pour l'échange de données, il est recouru à des standards internationaux. Bien évidemment, tout cela s'applique également dans l'autre sens.

L'orateur aborde ensuite le thème de l'encryption. Des données interceptées ne peuvent en effet pas être lues par quelqu'un qui n'y aurait pas accès. Selon que l'on connaisse le destinataire – par exemple un médecin traitant – ou pas – par exemple un pharmacien chez qui un patient achète ses médicaments -, la méthode utilisée pour crypter les données sera différente. Une solution est offerte pour les deux options dans un cloud. Dans le cas d'un destinataire connu, l'on travaille au moyen de paires de clés qui sont toutes les deux indispensables. L'une est publique et accessible à tout un chacun; la deuxième n'est connue que des prestataires de soins. Ces mécanismes de cryptage peuvent être utilisés de manière transnationale et sont fondés sur des standards internationaux. Dans le cas d'un destinataire inconnu, une autre méthode est utilisée.

M. Robben indique en conclusion que lorsqu'on applique ces principes, il n'est pas très difficile de développer des systèmes interconnectables avec l'étranger. En attendant des accords aux Pays-Bas, au Luxembourg et en Belgique, des échanges efficaces sont déjà possibles aux niveaux locaux. Un certain nombre de médecins néerlandais de la région frontalière sont par exemple déjà connus de banques de données belges. Il est important d'arrêter de trop étudier et de trop parler, il faut amorcer des projets concrets sur le terrain.

2) Échange de vues

M. Bertels demande comment la Banque-carrefour de la Sécurité sociale belge a désamorcé la discussion au sujet de la protection de la vie privée.

M. Frank Robben se réfère au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé de la Commission pour la protection de la vie privée où siègent tout à la fois des prestataires de soins et des experts en matière de vie privée. Tout échange de

zetelen. Elke uitwisseling van gegevens moet van dit sectoraal comité een bijzondere machtiging krijgen, maar door de samenstelling van de commissie wordt een goed evenwicht bereikt tussen de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de efficiëntie op het terrein. Men vertrekt telkens vanuit enkele basisprincipes:

- Finaliteit: de gegevensuitwisseling moet gebeuren voor rechtmatige doeleinden
- Proportionaliteit: men moet niet meer gegevens uitwisselen dan nodig voor het te bereiken doel
- Veiligheid
- Transparantie naar de burger: men moet immers vertrekken vanuit de “informed consent” van de patiënt

Over de proportionaliteit kunnen enkel de domeinexperten oordelen. Vandaar het belang van een goed evenwicht te vinden tussen privacy-experten en zorgverstekkers die het terrein kennen. Dit geeft immers vertrouwen voor de zorgverstekkers. De overheid zorgt ervoor dat de beslissingen van het Sectoraal Comité correct worden geïmplementeerd.

Reeds 5 miljoen Belgen hebben hun instemming gegeven voor de uitwisseling van hun gegevens; in 2016 zijn er ongeveer 7 miljard gegevensuitwisselingen geweest zonder dat hierover problemen opduiken. Er bestaat overigens de mogelijkheid om klacht in te dienen, maar de aanpak vanuit de overheid is eerder preventief en is erop gericht om klachten te voorkomen. Het gebruik van het uniek nummer is geen enkel probleem gebleken.

Mevrouw Van Miltenburg wenst te vernemen wie de eigenaar is van de gegevens. Kan de patiënt zelf beslissen welke gegevens wel in het systeem worden ingevoerd en welke niet?

De heer Robben benadrukt dat de patiënt vanzelfsprekend zelf de eigenaar is van zijn gegevens. Er worden centraal geen bijkomende gegevens opgeslagen: men heeft enkel toegang tot de patientgegevens die decentraal worden opgeslagen, na overleg tussen de patiënt en zijn arts over welke gegevens al dan niet kunnen gedeeld worden.

données doit recevoir l'autorisation spéciale de ce Comité sectoriel mais, de par la composition de la commission, un bon équilibre est réalisé entre la protection de la vie privée et l'efficacité sur le terrain. L'on part invariablement d'un certain nombre de principes de base:

- Finalité: l'échange de données doit se faire à des fins légitimes
- Proportionnalité: il ne faut pas échanger plus de données que nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi
- Sécurité
- Transparence à l'égard des citoyens: il faut en effet partir d'un “*informed consent*”, un consentement en connaissance de cause, du patient.

Seuls les experts en la matière peuvent juger de la proportionnalité. D'où l'importance de trouver un bon équilibre entre les experts en matière de vie privée et les prestataires de soins qui connaissent le terrain. C'est en effet un gage de confiance pour les prestataires de soins. Les pouvoirs publics font en sorte que les décisions du Comité sectoriel soient correctement mises en œuvre.

Quelque 5 millions de Belges ont déjà marqué leur assentiment sur l'échange des données qui les concernent; en 2016, il y a eu environ 7 milliards d'échanges de données sans que ne surgisse le moindre problème. La possibilité existe par ailleurs de déposer une plainte mais l'approche des pouvoirs publics est plutôt préventive et tend à prévenir les plaintes. L'utilisation du numéro unique n'a jamais suscité de problèmes.

Mme Van Miltenburg souhaite savoir qui est le propriétaire des données. Un patient peut-il décider lui-même quelles données seront introduits dans le système ou non?

M. Robben souligne que le patient est bien évidemment le propriétaire de ses données. Aucune donnée complémentaire n'est stockée de manière centralisée: on n'a accès qu'aux données des patients qui sont stockées de manière décentralisée, après concertation entre le patient et son médecin au sujet des données qui peuvent ou non être partagées.

Mevrouw Van Miltenburg vraagt of het bijvoorbeeld mogelijk is dat een patiënt alle gegevens uit zijn psychiatrisch verleden uit zijn elektronisch dossier haalt.

De heer Robben antwoordt bevestigend. Hij kan zelfs aangeven dat gegevens, die bij een bepaalde psychiater over hem beschikbaar zijn, niet in het verwijzingsrepertorium komt. In dat geval zijn deze gegevens ook niet toegankelijk. De patiënt neemt hiervoor natuurlijk zelf wel verantwoordelijk. Wanneer hij echter beslist om zijn gegevens in medicatie toegankelijk te maken voor andere zorgverstrekkers, gaat het wel om àlle medicatie. Zo zullen bijvoorbeeld antidepressiva erin worden opgenomen. Dat is ook nodig voor de andere zorgverstrekkers, die op deze wijze de verenigbaarheid van door hun voorgeschreven geneesmiddelen met antidepressiva te kunnen toetsen.

Mevrouw Vermeulen heeft soms het gevoel dat haar privacy wordt geschonden door de zorgverstrekkers, met name door haar als patiënt geen toegang te verstrekken tot haar gegevens. Is het niet mogelijk het dossier per patiënt toe te kennen, zodat deze in het buitenland via zijn paspoort zelf toegang heeft tot de gegevens, in plaats van de zorgverstrekker?

De heer Robben antwoordt dat dit *de facto* gebeurt. Een patiënt die zich bij een zorgverstrekker bevindt kan zijn identiteitskaart gebruiken, maar het informaticasysteem achter e-*Health* moet er ook zeker van zijn dat diegene die informatie vraagt daadwerkelijk een zorgverstrekker is. Het volstaat dus niet dat de patiënt zich identificeert; ook wie toegang vraagt tot het e-*Health*systeem moet zich identificeren. Het moet gaan om iemand die een therapeutische relatie heeft met de patiënt en het mag bijvoorbeeld geen verzekeraarsmaatschappij zijn.

Mevrouw Van Miltenburg wenst te vernemen of een Nederlandse zorgverzekeraar gegevens uit het e-*Health*systeem mag halen voor andere doeleinden dan het welzijn van de patiënt. Kan een dergelijke zorgverzekeraar gegevens ophalen om bijvoorbeeld na te gaan wat het voorschrijfgedrag van deze of gene arts is?

Mme Van Miltenburg demande s'il est par exemple possible qu'un patient retire de son dossier l'ensemble des données relatives à son passé psychiatrique.

M. Robben répond par l'affirmative. Il ajoute que les données disponibles au sujet d'un patient auprès d'un psychiatre donné ne figurent pas dans le répertoire de renvoi. Dans ce cas, les données ne sont pas accessibles. Bien évidemment, le patient en assume lui-même la responsabilité. S'il décide en revanche d'ouvrir ses données en matière de médicaments à d'autres prestataires de soins, cette décision concerne tous les médicaments. Dans ces données figureront donc par exemple aussi des antidépresseurs. Cela répond également à une nécessité pour les autres prestataires de soins qui peuvent ainsi vérifier la compatibilité entre les médicaments qu'ils prescrivent et les antidépresseurs.

Mme Vermeulen a parfois le sentiment que sa vie privée et violée par les prestataires de soins lorsqu'ils ne lui donnent pas accès, en tant que patiente, à ses données. N'est-il pas possible d'attribuer le dossier par patient afin que ce dernier puisse lui-même accéder à ses données depuis l'étranger par le biais de sa carte d'identité à la place du prestataire de soins?

M. Robben répond que cela se fait *de facto*. Un patient qui se trouve chez un prestataire de soins peut utiliser sa carte d'identité mais le système informatique qui sous-tend l'e-Santé doit aussi avoir la certitude que celui qui demande l'information est bien un prestataire de soins. Il ne suffit donc pas que le patient s'identifie: celui qui demande l'accès au système e-Santé doit le faire également. Il doit s'agir de quelqu'un qui entretient une relation thérapeutique avec le patient et ce ne peut par exemple pas être une société d'assurances.

Mme Van Miltenburg demande si un prestataire de soins néerlandais peut supprimer des données du système e-Santé pour des raisons autres que le bien-être du patient. Un tel prestataire de soins peut-il demander des données pour par exemple savoir à qui prescrit un autre médecin?

De heer Robben antwoordt dat dit duidelijk niet het geval is. Een verzekeraar of een ziekenfonds heeft immers geen therapeutische relatie met de patiënt. Iets anders is dat er een uitwisseling van gegevens is tussen de patiënt en een ziekenfonds of een zorgverzekeraar om een terugbetaling van zorg of van geneesmiddelen te krijgen. Het e-Healthsysteem is echter enkel toegankelijk voor wie een therapeutische relatie heeft met de patiënt. Ook een arbeidsgeneesheer of een adviserend geneesheer van een ziekenfonds heeft dus géén therapeutische relatie met de patiënt en kan deze gegevens niet consulteren.

C) Hoorzitting met dr. Philippe Jongen, geneesheer verantwoordelijk voor de gegevensbehandeling van het project “Réseau Santé Wallon” (België)

De heer Philippe Jongen spreekt niet als huisarts maar als verantwoordelijke geneesheer voor het “Réseau Santé Wallon”, een platform dat de uitwisseling van gezondheidsgegevens organiseert in Wallonië. Hij treedt volledig de zienswijze van de heer Frank Robben, administrateur-général van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, bij.

Wat betreft de interoperabiliteit van de gegevensdoorstroming tussen de verschillende regio's in België betreft, preciseert de heer Jongen dat een patiënt die gebruik maakt van het “Réseau Santé Wallon”, via een portaalsite, zijn identiteitskaart en zijn login kan raadplegen welke gezondheidsgegevens over hem zijn opgeslagen in dit netwerk. Dit is geheel in overeenstemming met de Belgische wetgeving over de patiëntenrechten. Ongeveer één derde van de gepubliceerde documenten die gezondheidsgegevens van de Walen bevatten in het “Réseau Santé Wallon” zijn opgeslagen zijn op deze wijze toegankelijk. Het gaat om ongeveer 12 000 000 documenten op een totaal van 36 000 000; dit aantal stijgt voortdurend. Dit betekent concreet dat een Waalse patiënt die zich in het buitenland bevindt zijn gegevens kan raadplegen via een computer en ook aan een zorgverstrekker die hij aanduidt kan toelaten om deze te raadplegen.

Het aantal toegankelijke dossiers stijgt voortdurend. Het zijn de regionale ziekenhuizen die het initiatief moeten nemen om toegang te verstrekken

M. Robben répond que ce n'est manifestement pas le cas. Un assureur ou une mutualité n'a en effet pas de relation thérapeutique avec le patient. Il en va autrement dans le cas d'un échange de données entre le patient et la mutualité ou un assureur soins de santé pour obtenir le remboursement de soins ou de médicaments. Le système e-Santé n'est toutefois accessible que pour quelqu'un qui a une relation thérapeutique avec le patient. Le médecin du travail ou le médecin-conseil d'une Mutualité n'a donc pas de relation thérapeutique avec le patient et ne peut pas consulter ses données.

C) Audition avec le dr. Philippe Jongen, médecin responsable du traitement des données du projet “Réseau Santé Wallon” (Belgique)

M. Philippe Jongen ne s'exprime pas en tant que médecin généraliste mais en tant que médecin responsable du “Réseau Santé Wallon”, une plate-forme qui organise l'échange de données en matière de santé en Wallonie. Il rejoint pleinement le point de vue de M. Frank Robben, administrateur général de la Banque-carrefour de la Sécurité sociale.

En ce qui concerne l'interopérabilité du transfert de données entre les différentes régions en Belgique, M. Jongen précise qu'un patient qui recourt au “Réseau Santé Wallon” peut voir, au moyen de sa carte d'identité et d'un login quelles données en matière de santé le concernant sont stockées dans ce réseau. Cette situation est parfaitement conforme à la législation belge sur les droits des patients. Environ un tiers des documents comportant des données de santé des Wallons publiés dans le “Réseau Santé Wallon” sont consultables de cette manière. Il s'agit d'environ 12 000 000 document sur un total de 36 000 000; ce nombre est en augmentation constante. Cela signifie concrètement qu'un patient Wallon qui se trouve à l'étranger peut consulter ses données par le biais d'un ordinateur et peut permettre aussi à un prestataire de soins qu'il aura désigné de les consulter.

Le nombre de dossiers accessibles ne cesse d'augmenter. Ce sont les hôpitaux régionaux qui doivent prendre l'initiative de permettre l'accès

en tegen de zomer van 2017 zullen op deze wijze ongeveer 40 % van de dossiers toegankelijk zijn. Dit is belangrijk voor de continuïteit van de zorg en voor de toegankelijkheid van gegevens voor patiënten die zich in het buitenland bevinden. Ook andere netwerken laten dezelfde gegevensverwerking en toegankelijkheid toe.

D) *Hoorzitting met de heer Dominique Dejonckheere, programmamanager ICT, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (België)*

1) Uiteenzetting

De heer Dejonckheere is verantwoordelijk voor de ICT van Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, dat ook het luik e-Health, gegevensdeling en innovatie omvat.

Vitalink is ontstaan naar aanleiding van de conferentie inzake eerstelijnsgezondheidszorg die in 2010 heeft plaatsgevonden. Ter voorbereiding hiervan werd een *bottom-up* bevraging gedaan van de verschillende actoren in de zorg over de nood aan digitaal delen van gegevens om beter multidisciplinair samen te werken. Daarbij moet de patiënt centraal staan. Dit creëert ook bijkomende mogelijkheden. Wanneer een platform voor de eerstelijns zorg wordt ontwikkeld worden ook de gegevens van de Vlaamse overheid ter beschikking gesteld en wordt ook de koppeling gemaakt met de gegevens van andere netwerken, zoals ziekenhuizen en andere eerstelijnskluizen.

Vitalink is een veilig en beveiligd platform of "eerstelijnskluis". Wellicht is dit het enige systeem dat "end to end" encryptie toelaat van de gegevens. Door middel van twee sleutels worden de gegevens verscijferd van bij de zorgverstrekkers. Beide sleutels, die bij onafhankelijke partijen zitten, zijn nodig om de gegevens te ontcijferen. De ene sleutel bevindt zich bij de zorgverstrekker zelf, de andere wordt beheerd door bij e-Health. De gegevens die naar Vitalink worden doorgestuurd worden daar volledig geëncrypteerd opgeslagen. Dat betekent dat de overheid geen toegang heeft tot deze gegevens, zij heeft enkel toegang tot enkele beperkte metadata om een zicht te krijgen op het gebruik van het

et, d'ici à l'été 2017, environ 40 % des dossiers seront consultables de la sorte. C'est important pour la continuité des soins et pour l'accessibilité de données pour le patient qui se trouve à l'étranger. D'autres réseaux permettent le même traitement de données et le même accès à celles-ci.

D) *Audition avec M. Dominique Dejonckheere, manager de programme ICT, Agence flamande Zorg en Gezondheid (Belgique)*

1) Exposé

M. Dejonckheere est responsable des TIC de l'Agence flamande "Zorg en Gezondheid", qui comprend également le volet e-Santé, partage de données et innovation.

Vitalink est né à la suite de la conférence sur les soins de santé de première ligne qui s'est tenue en 2010. En préparation à cette conférence, il avait été procédé à un sondage *bottom-up* parmi les différents acteurs dans le domaine des soins au sujet du besoin de partage numérique de données pour mieux travailler multidisciplinairement. À cet égard, le patient doit occuper une position centrale, ce qui génère aussi des difficultés supplémentaires. Lorsqu'une plate-forme pour les soins de première ligne est développée, les données des pouvoirs publics flamands sont également mises à disposition et le lien est établi avec les données d'autres réseaux, comme les hôpitaux et d'autres coffres-forts de première ligne.

Vitalink est une plate-forme sûre et sécurisée ou encore, un "coffre-fort de première ligne". Sans doute s'agit-il là du seul système qui permette l'encryption de données. Les données sont chiffrées au moyen de deux clés depuis le prestataire de soins. Les deux clés, qui se trouvent auprès de parties indépendantes, sont nécessaires pour déchiffrer les données. Une clé se trouve chez le prestataire de soins lui-même et l'autre est gérée au niveau d'e-Santé. Les données envoyées chez Vitalink y sont stockées entièrement encryptées. Cela signifie que les pouvoirs publics n'y ont pas accès et ne peuvent consulter que quelques métadonnées limitées pour avoir un aperçu de

platform. De gegevens worden terug ontcijferd bij de zorgverstrekker of bij de patiënt.

Bij de opstart van het project werd de bescherming van de persoonlijke levensfeer vooropgesteld. Dit was immers cruciaal om het vertrouwen te winnen van de zorgverstrekkers en de patiënten. Daarin is Vitalink geslaagd. Door de privacy voorop te stellen genereert het systeem echter wel enkele nadelen op het punt van de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit, maar dit is het gevolg van gemaakte keuze.

Vitalink is 24 uur per dag en 7 dagen op 7 beschikbaar. De zorgverstrekkers hebben hieraan immers nood vermits zij niet in staat zijn om, vanop hun eigen pc, gegevens ter beschikking te stellen van andere zorgactoren. Zij hadden duidelijk nood aan een kluis waarin ze hun gegevens konden dupliveren, zij het dat de authentieke brongegevens blijven echter bij de zorgverstrekker zelf.

Spreker preciseert dat Vitalink is géén software- of webtoepassing is, maar is ingebouwd in bestaande software van de zorgverlener. Bedoeling is vooral om zorg- en welzijnsgegevens en gegevens van de patiëntendossiers uit de verschillende zorgverstrekkers te kunnen delen. De doelstelling van Vitalink is om ook de patiënt toegang te geven. Daarvoor doet men een beroep op de ziekenfondsen die een beveiligde “viewer” ter beschikking hebben. Het gaat om lokale software die de patiënt kan installeren en hem toegang geeft tot zijn gegevens. Dit betekent dat deze lokale software verzeker dat deze gegevens pas ontcijferd worden op de pc van de patiënt. Deze kan via deze toepassing ook nagaan wie zijn gegevens heeft ingekeken. Via de e-Healthsystemen kan de patiënt ook zien welke zorgverstrekkers met hem een therapeutische relatie hebben en kan men omgekeerd ook zorgverstrekkers uitsluiten van de toegang tot zijn gegevens. Vertrouwen en transparantie naar de patiënt staan voorop. Vitalink is ook aangesloten op de basisdiensten van het e-Healthplatform. Dit zijn gaan om generieke bouwstenen die uniform zijn voor alle systemen in de gezondheidszorg in België. Het voordeel hiervan is dat eenieder uniform kan werken.

l'utilisation de la plate-forme. Les données sont à nouveau déchiffrées au niveau du prestataire de soins ou du patient.

Lors du lancement du projet, la protection de la vie privée avait été posée comme principe. Cet aspect était en effet essentiel pour gagner la confiance des prestataires de soins et des patients. Vitalink a réussi dans cette entreprise. Le respect de la vie privée ayant été mis en avant, le système génère toutefois quelques inconvénients sur le plan de la convivialité et de l'effectivité mais il s'agit là des conséquences du choix qui a été posé.

Vitalink est disponible 24 heures par jour et sept jours sur sept. C'est une nécessité pour les prestataires de soins puisqu'ils ne sont pas en mesure, depuis leur propre PC, de mettre des données à disposition d'autres acteurs du secteur des soins. Il leur fallait très clairement pouvoir disposer de coffres-forts pour pouvoir dupliquer eux-mêmes leur données, les sources de données authentiques restant toutefois chez le prestataire de soins lui-même.

L'orateur précise que Vitalink n'est pas une application logicielle ni internet mais est incluse dans le software existant du prestataire de soins. L'objectif est avant tout de pouvoir partager des données de soins et de bien-être issues des dossiers de patients provenant de différents prestataires de soins. Vitalink a également pour objectif de permettre l'accès aux patients. Il est fait appel pour cela aux Mutualités qui disposent d'un “viewer” sécurisé. Il s'agit d'un logiciel local que le patient peut installer et qui lui donne accès à ses données. Cela signifie que ce logiciel local offre la garantie que les données ne seront déchiffrées que sur le PC du patient. Grâce à cette application, ce dernier peut également vérifier qui a consulté ses données. Par le biais des systèmes e-Santé, il peut voir aussi quels prestataires de soins ont avec lui une relation thérapeutique et, inversement, des prestataires de soins peuvent être exclus de l'accès à ces données. La confiance et la transparence à l'égard du patient sont essentielles. Vitalink est également relié aux services de base de la plate-forme e-Santé. Ce sont là des éléments génériques uniformes pour l'ensemble des systèmes dans les soins de santé en Belgique. L'avantage est que chacun peut travailler de manière uniforme.

Vitalink is echter niet een louter technisch verhaal. Essentieel is de “*mindshift*” bij de zorgversprekers. Voorheen noteerden zij slechts gegevens in hun eigen dossiers. Zij moesten op een zodanige wijze gegevens leren coderen dat ook anderen ermee konden werken en leren gegevens delen met elkaar, zodat een betere multidisciplinaire samenwerking mogelijk werd. Deze investering werd de laatste jaren gedaan en duurt nog steeds voort. Alle overheden hebben vervolgens één gemeenschappelijke visie ontwikkeld en prioriteiten gesteld, zowel voor de software industrie als voor de zorgverstrekkers. Er werd ook een gemeenschappelijk actieplan opgesteld. Vervolgens werd ook een Vlaams decreet met betrekking tot de gegevensdeling aangenomen en hiervoor een specifiek agentschap opgestart.

De roadmap “eGezondheid 2013-2018” werd recent geactualiseerd. Het vernieuwde plan telt 20 concrete actiepunten. De belangrijkste aanpassingen ten opzichte van de eerste versie zijn:

- een nog grotere focus op multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners;
- de patiënt staat centraal in alle projecten rond informatiedeling;
- het volledig nieuwe luik *mobile health*;
- alle overheden bundelen hun krachten.

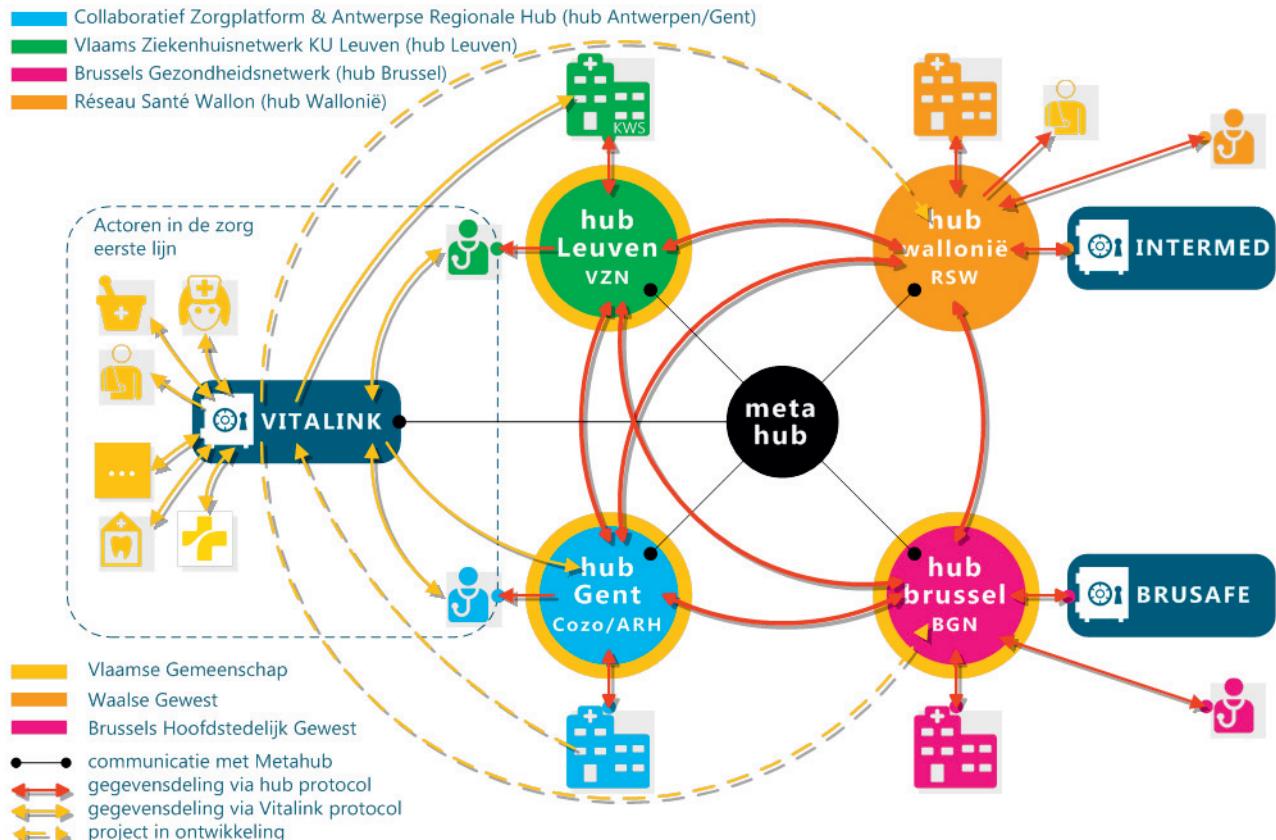
Onderstaande tekening geeft goed het e-Health-landschap weer in ons land:

Vitalink n'est toutefois pas un concept purement technique. Le “*mindshift*” est essentiel chez les prestataires de soins. Auparavant, ils se bornaient à enregistrer des données dans leur propre dossier. Ils ont aussi dû apprendre à coder leurs données pour que d'autres puissent également les utiliser et apprendre à partager des données en vue d'une meilleure coopération multidisciplinaire. Cet investissement a été réalisé ces dernières années et se poursuit toujours. Tous les pouvoirs publics ont par conséquent développé une même vision et défini des priorités, tant pour l'industrie des logiciels que pour les prestataires de soins. Un plan d'action commun a également été établi. Un décret flamand a ensuite été adopté concernant le partage de données et une agence spécifique a été créée à cet effet.

La roadmap “eGezondheid 2013-2018” a été récemment actualisée. Le nouveau plan comprend 20 points d'action concrets. Les principaux aménagements par rapport à la première version sont les suivants:

- un focus accru sur la coopération multidisciplinaire entre prestataires de soins;
- le patient occupe une place centrale dans tous les projets de partage de l'information;
- le tout nouveau volet santé mobile;
- tous les pouvoirs publics joignent leurs forces.

La figure ci-après illustre bien le paysage de l'e-Santé dans notre pays:



Dit landschap is dus eerder complex maar belangrijk te weten is dat alle Belgische overheden met elkaar in contact staan, zodat ziekenhuizen gegevens kunnen consulteren uit de kluizen en dat ook huisartsen zijn aangesloten op de netwerken van de ziekenhuizen.

Wat zit er in Vitalink? Eerst en vooral vindt men het medicatieschema, waartoe alle artsen, apothekers, verpleegkundigen en patiënten toegang hebben. Men vindt er ook het "Sumehr" (het medisch dossier van de huisarts), vaccinatiegegevens, bevolkingsonderzoeken, een module journaal/agenda die het bijvoorbeeld mogelijk maakt dat een verpleegkundige feedback geeft aan een arts over de situatie van een bepaalde patiënt. Binnenkort wordt ook vanuit Kind en Gezin het Kindrapport – voorheen het boekje van het kind – in Vitalink opgenomen.

Spreker geeft enkele cijfers en feiten over Vitalink. Vitalink heeft gegevens over ongeveer 6 miljoen burgers. In december 2016 werden ongeveer 1,6 miljoen consultaties geregistreerd. Er worden

Ce paysage est donc plutôt complexe mais il est important de savoir que tous les pouvoirs publics belges sont en contact les uns avec les autres, de sorte que les hôpitaux peuvent consulter des données qui se trouvent dans les coffres-forts et que les médecins généralistes sont également reliés aux réseaux des hôpitaux.

Que comprend Vitalink? D'abord et avant tout, on y trouve le schéma médicamenteux auxquels ont accès tous les médecins, pharmaciens, infirmiers et patients. Il comprend aussi le "Sumehr" (le dossier médical du médecin généraliste), des informations sur les vaccinations, des études parmi la population, un module journal/agenda qui permet par exemple à un infirmier de donner un feedback à un médecin sur la situation d'un patient donné. Prochainement, le Rapport de l'enfant (Kindrapport) de Kind en Gezin – anciennement le livret de l'enfant – sera également inséré dans Vitalink.

L'orateur fournit quelque chiffre et faits concernant Vitalink. Vitalink détient des données sur environ 6 millions de citoyens. En décembre 2016, quelque 1,6 millions de consultations ont été

meer dan één miljoen updates per maand ingevoerd door 4.500 huisartsen en 200 apotheken. Per maand vinden er vanuit de ziekenhuizen meer dan 300 000 consultaties plaats.

De heer Dejonckheere licht toe welke gegevens in een "Sumehr" worden bewaard. Daarbij gaat het eerst en vooral om de basisgegevens (naam, geboortedatum, moedertaal, ...) van de patiënt, maar ook om de contactgegevens van een contactpersoon voor in geval van nood. Er wordt ook informatie opgeslagen over risicofactoren, zoals allergieën, reacties op medicatie, sociale risicofactoren enz. En tenslotte bevat een "Sumehr" ook een overzicht van de medische voorgeschiedenis, van actuele problemen, de medicatie, de vaccinaties. Tijdens 2016 steeg het aantal "Sumehr" dossiers van ongeveer 300 000 naar meer dan 900 000. Ook het aantal consultaties steeg spectaculair.

Als uitdagingen voor de toekomst, ziet spreker vooral het ontwikkelen van gebruiksvriendelijke software. Hiervoor werkt Vitalink samen met iMec om de interoperabiliteit tussen de software te verzekeren. Deze software moet laagdrempelig, maar voldoende veilig zijn, en aansluiten bij elke doelgroep. Een verpleegkundige kijkt immers op een andere manier naar deze gegevens dan een huisarts of een patiënt. Belangrijk is ook het gebruik van mobiele toepassingen. Vitalink moet op een flexibele wijze kunnen inspelen op technologische veranderingen. Men is hiervoor afhankelijk van het e-Healthplatform dat deze mobiele diensten voor de toegang tot gegevens nog moet uitrollen. Ook moet de architectuur van Vitalink hiervoor opnieuw bekeken worden.

Op korte termijn werkt Vitalink aan het ontsluiten van de informatie uit het elektronisch patiëntendossier van de huisarts, zodat Vitalink deze gegevens kan delen. Vitalink is ook bezig met de koppeling van deze gegevens met de tweede lijnsgezondheidszorg, wat bijvoorbeeld belangrijk kan zijn wanneer een patiënt wordt ontslagen uit een ziekenhuis. Verder is men bezig met de koppeling van de gegevens naar de residentiële zorg. Dit alles gebeurt onder de vlag van *Flanders Care*, een programma inzake innovatie en ondernemerschap in de zorg.

enregistrées. Chaque mois, plus d'un million de mises à jour sont introduites par 4500 médecins généralistes et 200 pharmaciens. Chaque mois, il est procédé à plus de 300.000 consultations dans les hôpitaux.

M. Dejonckheere précise quelles données sont conservées dans le "Sumehr". Il s'agit d'abord et avant tout de données de base (nom, date de naissance, langue maternelle, ...) concernant le patient mais également les données d'une personne de contact en cas d'urgence. Il y a également des informations sur les facteurs de risques comme les allergies, les réactions à des médicaments, les facteurs de risques sociaux, etc. Enfin, le "Sumehr" comprend également un aperçu des antécédents médicamenteux, des problèmes actuels, de la médication, des vaccinations. En 2016, le nombre de dossiers "Sumehr" est passé d'environ 300.000 à 900.000. Le nombre de consultations a également crû de manière spectaculaire.

Parmi les défis pour le devenir, l'orateur distingue principalement le développement de logiciels conviviaux. Vitalink collabore à cet effet avec iMec pour assurer l'interopérabilité entre les logiciels. Ces logiciels doivent être faciles d'accès mais suffisamment sûrs et doivent correspondre à chaque groupe cible. Un infirmier considère en effet les données différemment d'un médecin généraliste ou d'un patient. L'utilisation d'applications mobiles est également importante. Vitalink doit pouvoir réagir de manière flexible aux changements technologiques et dépend pour cela de la plate-forme e-Santé qui doit encore déployer ses services mobiles pour l'accès aux données. De même, l'architecture de Vitalink devra être repensée.

À court terme, Vitalink ouvrira l'information contenue dans le dossier électronique des patients du médecin généraliste afin que Vitalink puisse partager ces données. Vitalink s'emploie également à relier ces données avec les soins de santé de deuxième ligne, ce qui peut par exemple être important lorsqu'un patient est admis à quitter un hôpital. L'on s'active également à réaliser la connexion des données vers les soins résidentiels. Tout cela se fait sous la bannière de *Flanders Care*, un programme d'innovation et d'entreprenariat dans le secteur des soins.

2) Gedachtewisseling

Mevrouw Detiège weet, vanuit haar eigen ervaring, dat mensen die een zekere schroom hadden over hun aandoening, zoals bijvoorbeeld een geslachtsziekte, nooit naar hun eigen apotheker gaan. Zij vraagt dan ook de nodige aandacht voor dit type patiënt, die vaak niet meer naar de arts of de apotheker zullen gaan voor een bepaald onderzoek wanneer zowel de verpleegkundige, de kinesist, de apotheker e.d.m. zijn gegevens kan inkijken. Men mag een mensen uitsluiten van de toegang tot de gezondheidszorg door te veel gegevens te delen.

De hoofddoelstelling van Vitalink is ook om dubbele onderzoeken te vermijden. Dit is zeker toe te juichen, maar in het geval van een foute diagnose zal ook een andere zorgverstrekker zich hier steeds op blijven baseren. Op deze wijze creëert men een fout beeld van een patiënt. Dit is geen fictie, maar helaas soms de realiteit. Belangrijk is dat voortdurend wordt teruggekoppeld naar de patiënt en dat deze veel beter worden geïnformeerd hoe een en ander concreet werkt. Men mag immers niet vergeten dat men werkt met mensen in een kwetsbare positie. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer is hier erg belangrijk.

De heer Dejonckheere wijst erop dat de patiënt altijd de keuze heeft om bepaalde gegevens niet te delen via het systeem, dat overigens zeer transparant werkt. De patiënt kan immers zien wie over zijn gegevens kan beschikken en met welke zorgverstrekkers hij een therapeutische relatie heeft. Hij kan ook bepaalde artsen of andere zorgverstrekkers uitsluiten van toegang tot zijn gegevens.

Het klopt dat foute diagnoses in Vitalink kunnen terechtkomen, maar precies omdat deze gegevens toegankelijk zijn voor alle betrokken zorgverstrekkers kunnen deze foute gegevens worden rechtgezet. In het algemeen verbetert de kwaliteit van de zorgverlening indien alle zorgverstrekkers op een eenvoudige wijze kunnen vaststellen welke diagnose er voor een bepaalde patiënt wordt gemaakt door een andere arts.

Mevrouw Detiège is niet overtuigd en pleit voor voorzichtigheid. Men dreigt soms een fout beeld

2) Échange de vues

Mme Detiège sait, de par sa propre expérience, que les personnes à qui leur affection cause une certaine gêne, comme une maladie sexuelle, ne se rendent jamais chez leur propre pharmacien. Elle demande donc que l'on soit suffisamment attentif à ce type de patients qui, souvent, n'iront plus chez le médecin ou chez le pharmacien pour une affection donnée dès lors que l'infirmier, le kinésithérapeute, le pharmacien etc. pourront consulter leurs données. Il ne faut exclure personne de l'accès aux soins de santé en partageant trop de données.

La position principale de Vitalink est également qu'il faut éviter les doubles examens. C'est assurément une bonne chose mais si un diagnostic est erroné, le prestataire de soins suivant continuera à se fonder sur ce dernier. L'on crée ainsi une image tronquée du patient. Il ne s'agit pas d'une fiction mais hélas parfois d'une réalité. Il est important que le patient ait continuellement un retour et qu'il soit beaucoup mieux informé sur la manière dont les processus se déroulent concrètement. Il ne faut pas oublier en effet que l'on travaille avec des gens qui se trouvent dans une position vulnérable. La protection de la vie privée revêt ici une grande importance.

M. Dejonckheere souligne que le patient peut toujours décider de ne pas partager certaines données par le biais du système, lequel fonctionne d'ailleurs de manière très transparente. Le patient peut en effet voir qui peut disposer de ses données et avec quels prestataires de soins il a une relation thérapeutique. Il peut également exclure certains médecins ou d'autres prestataires de soins de l'accès à ses données.

Il est exact que des diagnostics erronés peuvent être hébergés par Vitalink, mais ces erreurs peuvent être corrigées, précisément parce que les données sont accessibles à l'ensemble des prestataires de soins. D'une manière générale, la qualité des soins s'améliore lorsque tous les prestataires de soins peuvent constater de manière très simple quel diagnostic un autre médecin a posé concernant un patient donné.

Mme Detiège n'est pas convaincue et préconise la prudence. L'on risque parfois de se faire une

te krijgen van een bepaalde patiënt op basis van verkeerde gegevens. Er zijn voorbeelden gekend waarbij iemand met een acute maagontsteking aanvankelijk werd gediagnosticeerd als depressief; de betrokkenen raakte op die manier niet aan de juiste medicatie.

De heer Jongen vestigt de aandacht op het feit dat een zorgverstrekker nooit gegevens in een systeem kan invoeren zonder akkoord van de patiënt hierover. Dit dient steeds in dialoog te gebeuren. Een seropositieve patiënt kan bijvoorbeeld weigeren dat zijn therapie wordt opgenomen in Sumehr. Wie de gegevens van de patiënt raadpleegt weet op voorhand dat het systeem van gegevensdeling nooit exhaustief is, maar informatie. Sommige zorgverstrekkers weigeren bijvoorbeeld mee te werken. Ook een patiënt kan weigeren sommige medische gegevens te delen. Het systeem van gegevensdeling, of het nu Vitalink of het Réseau wallon de santé is, heeft als finaliteit de zorgverstrekkers en de patiënten te helpen maar kan nooit beweren 100 % volledig te zijn.

Wat de mogelijkheid van foute diagnose betreft, herinnert spreker aan een aanbeveling van de Raad van de Orde van artsen van september 2015 waarin het de arts wordt verboden om informatie te verstrekken aan de patiënt zonder dat deze dit begrijpt. Dit is van groot belang met het oog op de transparantie.

Ten slotte wijst de heer Jongen erop dat er internationale standaarden zijn over de vraag welke zorgverstrekker toegang mag krijgen tot bepaalde informatie van de patiënt. Zo zal een kinesist niet noodzakelijk alle informatie kunnen raadplegen van de gynaecoloog van de patiënt. Ook de patiënt kan bepalen welke informatie toegankelijk is voor welke zorgverstrekker. Deze controle door de patiënt sluit heel wat misbruiken uit.

Mevrouw Detiège stipt aan dat er voorbeelden bekend zijn van apothekers, die werken in de informaticadienst van een farmaceutisch bedrijf, die perfect kunnen nagaan welke medicatie hun collega's nemen. Zij hoopt dat dergelijke situaties niet mogelijk zijn in Vitalink of een ander netwerk. Zijn er sancties voorzien voor personen die geen

image fausse d'un patient en se fondant sur des données erronées. On connaît l'exemple d'une personne affectée d'une gastrite aiguë qui a été diagnostiquée comme dépressive et qui n'a dès lors pas reçu le traitement médicamenteux approprié.

M. Jongen attire l'attention sur le fait qu'un prestataire de soins ne peut en aucun cas introduire des données dans le système sans l'accord du patient. Cela doit toujours se faire dans le cadre d'un dialogue. Un patient séropositif peut par exemple refuser que sa thérapie apparaisse dans le Sumehr. Celui qui consulte les données du patient sait à l'avance que le système de partage de données n'est jamais exhaustif mais informatif. Certains prestataires de soins refusent par exemple de collaborer. Un patient peut également refuser de partager certaines données médicales. Le système de partage des données, qu'il s'agisse de Vitalink ou du Réseau wallon de santé, a pour finalité d'aider les prestataires de soins et les patients mais ne saurait en aucun cas prétendre être complet à 100 %.

Concernant le risque d'un diagnostic erroné, l'orateur rappelle l'existence d'une recommandation du Conseil de l'ordre des médecins de septembre 2015 qui interdit aux médecins de fournir des informations aux patients sans que ceux-ci ne les comprennent. C'est très important au regard de la transparence.

Enfin, M. Jongen souligne qu'il existe des standards internationaux concernant la question de savoir quels prestataires de soins peuvent accéder à certaines informations concernant le patient. Ainsi, le kinésithérapeute ne pourra pas nécessairement consulter l'ensemble des informations du gynécologue d'une patiente. Le patient lui-même peut déterminer quelle information sera accessible pour quel prestataire de soins. Ce contrôle exercé par le patient est de nature à exclure bien des abus.

Mme Detiège indique que l'on connaît des exemples de pharmacien qui travaillent dans le service informatique d'une entreprise pharmaceutique et qui peuvent parfaitement savoir quels médicaments prennent leurs collègues. Elle espère que de telles situations ne sont pas possibles dans le cadre de Vitalink ou d'un autre réseau. Des

toegang hebben en toch bepaalde medische gegevens raadplegen?

De heer Dejonckheere antwoordt dat, alvorens een zorgverstrekker toegang krijgt tot gegevens, er hoe dan ook een therapeutische relatie geregistreerd zijn op basis van de gegevens van de e-ID van de patiënt. Niet zomaar iedereen heeft toegang. Een zorgverstrekker die geen therapeutische relatie heeft met de patiënt heeft bijvoorbeeld geen toegang, tenzij in zeer uitzonderlijke noodsituaties. Ook in dit laatste geval wordt geregistreerd wie toegang heeft gehad tot de gegevens.

De heer Robben wil hieraan toevoegen dat er een onderscheid bestaat tussen enerzijds de informaticatoepassingen en anderzijds de wijze waarop men deze gebruikt. In het e-Healthsysteem zijn er 3 plaatsen voorzien waar men een selectie kan doen.

Bij het invoeren van gegevens heeft de patiënt de volledige bevoegdheid om te beslissen welke gegevens al dan niet worden gedeeld.

Bij het consulteren van gegevens wordt, aan de hand van een matrix die werd uitgewerkt door het bevoegde Sectoraal Comité van de Commissie voor de Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, bepaald welke zorgverstrekker toegang heeft tot welke gegevens van de patiënt.

In het systeem zelf worden enkel relevante gegevens bijgehouden; gegevens uit het verleden die niet langer relevant zijn worden niet bewaard.

Voor de aansprakelijkheid is het van belang dat men weet van waar welke informatie afkomstig is. Bij elk gegeven is er immers een bronvermelding. Er is dan een verschil tussen objectieve informatie – zoals bijvoorbeeld een radiologie – en de interpretatie die hieraan wordt gegeven door de zorgverstrekker. Andere zorgverstrekkers kunnen ook het onderscheid maken tussen de objectieve gegevens en de medische conclusie die hierover op een bepaald ogenblik werden getrokken. De aanduiding van welke bron bepaalde informatie afkomstig is, is dan ook cruciaal.

sanctions sont-elles prévues pour les personnes qui, tout en n'ayant pas accès à certaines données médicales, les consultent quand même?

M. Dejonckheere répond que pour qu'un prestataire de soins ait accès aux données, une relation thérapeutique doit en tout état de cause avoir été enregistrée sur la base des données de la carte d'identité électronique du patient. N'importe qui ne jouit pas de l'accès. Un prestataire de soins qui n'a pas de relation thérapeutique avec le patient n'a par exemple pas accès, sauf dans des situations d'urgence très exceptionnelles. Dans ce dernier cas, l'identité de celui qui a eu accès aux données est enregistrée.

M. Robben souhaite ajouter qu'une distinction est faite entre d'une part les applications informatiques et d'autre part la manière dont elles sont utilisées. Il y a dans le système e-Santé trois endroits où opérer une sélection.

Lors de l'introduction de données, le patient est pleinement compétent pour décider quelles données seront partagées ou non.

Lors de la consultation des données, il est déterminé, sur la base d'une matrice conçue par le Comité sectoriel de la Commission pour la Protection de la vie privée compétent quels prestataires de soins ont accès à quelles données du patient.

Le système lui-même ne comprend que des données pertinentes; les données du passé qui ne sont plus pertinentes ne sont pas conservées.

Au regard de la responsabilité, il est important de savoir d'où proviennent les données. Une source est en effet mentionnée pour chaque donnée. Il y a une différence entre l'information objective – par exemple un examen radiologique – et l'interprétation donnée à cette information par le prestataire de soins. D'autres prestataires de soins peuvent également faire la différence entre les données objectives et les conclusions médicales qui en ont été tirées à un moment donné. La mention de la source de l'information est donc essentielle.

Spreker erkent wel dat er een probleem kan ontstaan wanneer, in een ziekenhuis of een farmaceutisch bedrijf, men zomaar toegang verleent tot gegevens aan mensen die hiervoor niet bevoegd zijn. Vanuit de Kruispuntbank Sociale Zekerheid kent men immers enkel de instelling, niet het zorgteam dat verantwoordelijk is voor een bepaalde patiënt. Door de samenstelling van het zorgteam te kennen, kan men immers bepaalde gegevens afleiden. Vandaar dat elke grote organisatie ertoe gedwongen is om een veiligheidsconsulent te hebben die bepaalde procedures uitwerkt voor de betrokken instelling. Wanneer andere zorgverstrekkers, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, toch toegang willen hebben tot gegevens terwijl ze dit normaal niet hebben, moeten zij motiveren waarom. De leden van het zorgteam kunnen nadien zien welke zorgverstrekker die niet tot het team behoort de informatie heeft geraadpleegd en krijgt ook de motivering te zien. Er bestaan interne procedures inzake klachten hierover. De betrokken krijgen hierover ook de nodige vorming. De architectuur van het e-Healthsysteem voorziet dus dergelijke situaties, wat niet wegneemt dat men moet blijven waken over de vertrouwelijkheid van de gegevens.

Mevrouw Van Miltenburg is van oordeel dat het hele systeem niet voldoende antwoorden biedt op de terechte vragen inzake privacy die worden gesteld. Op zich biedt het systeem de nodige waarborgen, voor zover diegenen die ermee moeten werken hiertoe goed zijn opgeleid. Ook de patiënt moet telkens zijn geïnformeerde toestemming geven, maar is kan deze dit in de praktijk wel doen? Is hij voldoende ingelicht? Weet hij dat hij voor bepaalde delen van zijn medisch dossier zijn toestemming wel kan geven, en voor andere niet? Hoe gaat men na welke gegevens niet langer relevant zijn en dus uit het netwerk worden verwijderd? Wordt dat systematisch gecontroleerd en, zo ja, door wie? Gebeurt dit door de patiënt zelf? Wie bepaalt welke informatie zogezegd "objectief" is en welke informatie dat niet is? Een arts heeft hierover wellicht andere opvattingen dan een buitenstaander. De artsen vinden meestal van zichzelf dat ze heel goed zijn, maar vinden andere artsen dat ook? Hoe kan men dit onderscheid maken, niet door mensen, maar door het systeem zelf?

L'orateur admet qu'un problème peut se poser lorsque, dans un hôpital ou une entreprise pharmaceutique, l'on donne accès à des données à des personnes qui ne sont pas compétentes pour cela. La Banque-carrefour de la sécurité sociale ne connaît que l'organisme et pas l'équipe de soins responsables d'un patient déterminé. En connaissant la composition de l'équipe de soins, l'on peut déduire certaines données. C'est pourquoi toutes les grandes organisations sont tenues d'avoir en leur sein un consultant en sécurité qui élabore des procédures pour l'organisme concerné. Lorsque d'autres prestataires de soins, par exemple dans un hôpital, veulent malgré tout accéder à des données qui ne sont normalement pas consultables par eux, ils doivent motiver leur démarche. Les membres de l'équipe de soins peuvent ultérieurement voir quels prestataires de soins qui ne font pas partie de l'équipe ont consulté l'information ainsi que leur motivation. Il existe des procédures internes concernant les plaintes à ce sujet. Les intéressés reçoivent la formation nécessaire. L'architecture du système e-Santé prévoit donc de telles situations, ce qui n'empêche qu'il faut rester attentif à la confidentialité des données.

Mme Van Miltenburg est d'avis que l'ensemble du système n'apporte pas de réponse suffisante aux questions légitimes concernant la vie privée. En soi, le système offre les garanties nécessaires, pour autant que ceux qui sont appelés à l'utiliser soient dûment formés. Le patient aussi doit à chaque fois marquer son accord en connaissance de cause mais est-il en mesure de le faire dans la pratique? Est-il suffisamment informé? Sait-il qu'il peut marquer son accord sur certaines parties de son dossier et pas sur d'autres? Vérifie-t-on quelles données ne sont plus pertinentes et doivent donc être supprimées? Ce point fait-il l'objet d'un contrôle systématique et, dans l'affirmative, qui exerce ce contrôle? Est-ce le patient lui-même? Qui détermine si une information donnée est "objective" et laquelle ne l'est pas? Un médecin aura sans doute à ce propos un autre avis qu'une personne extérieure. Les médecins se considèrent généralement très bon mais cet avis est-il partagé par d'autres médecins? Comment peut-on opérer cette distinction, au niveau non pas de personnes mais du système lui-même?

De heer Robben maakt de vergelijking met een wagen. De wagen kan op zich van een bijzonder hoge kwaliteit zijn, maar het zullen altijd de mensen zijn die ermee rijden die uiteindelijk bepalen hoe de wagen wordt gebruikt. Dit geldt ook voor het e-Healthplatform en voor de netwerken. Bij de uitbouw van het systeem heeft men telkens de patiënten en hun organisaties betrokken en deze zitten ook mee in het beheer ervan. Vandaar dat spreker meent dat een goed evenwicht werd gevonden over de toegankelijkheid van de gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Veiligheid is immers niet enkel een technologische aangelegenheid, maar ook een zaak van organisatie. Men moet de nodige procedures inbouwen voor de mensen die met het systeem aan de slag gaan.

De patiënt kan te allen tijde beslissen of hij zijn geïnformeerde toestemming geeft of niet, en kan deze ook steeds intrekken. Hij kan kiezen welke zorgverstrekkers toegang hebben tot welke gegevens en ook bepalen welke gegevens al dan niet in het netwerk worden opgenomen. Het is dan uiteindelijk aan de patiënten zelf om hiermee aan de slag te gaan. Dezelfde problemen stellen zich overigens ook wanneer men gegevens op papier deelt. Vandaag worden de gegevens op een geïncrypteerde wijze ingevoerd in het systeem, maar er worden ook vele gegevens gedeeld via de telefoon of per mail. Technologie zal nooit alle problemen kunnen oplossen maar de heer Robben is er wel van overtuigd dat de architectuur goed uitgewerkt is.

Dezelfde garanties moeten overigens ook kunnen geboden worden wanneer men gegevens transnationaal zal uitwisselen. Ook daar moet *end-to-end* versleuteling zijn zodat een systeem dat in één lidstaat werd ontwikkeld niet kan worden gekraakt doordat men in een andere lidstaat te los omspringt met de gegevens.

De heer Jongen is het eens en stelt voor om ook de patiënten, als gebruikers van de gezondheidszorg, uit te nodigen. Zij bevinden zich immers in het spanningsveld van enerzijds zoveel mogelijk gegevens delen met andere zorgverstrekkers en anderzijds de technologische toepassingen en de bescherming van de privacy.

M. Robben établit la comparaison avec une voiture. La voiture peut être d'excellente qualité mais ce seront toujours les conducteurs qui, en définitive, détermineront l'usage qui en est fait. Cela vaut également pour la plate-forme e-Santé et pour les réseaux. Lors du développement du système, les patients et leurs organisations ont été systématiquement associés et participent à sa gestion. C'est pourquoi l'orateur est d'avis qu'un bon équilibre doit être trouvé entre l'accessibilité des données et la protection de la vie privée. La sécurité n'est pas seulement une affaire de technologie mais aussi d'organisation. Il faut prévoir des procédures requises pour les personnes qui utilisent le système.

Le patient peut à chaque instant décider de donner ou non son autorisation en connaissance de cause et il peut également la retirer. Il peut décider quels prestataires de soins ont accès à quelles données et aussi quelles données seront ou non reprises dans le réseau. Le choix appartient en définitive au patients Les mêmes problèmes se posent d'ailleurs lors du partage de données sur support papier. Aujourd'hui, les données sont introduites de manière encryptée dans le système mais de nombreuses données sont également partagées par téléphone ou par courrier électronique. La technologie ne permettra jamais de résoudre tous les problèmes mais M. Robben est convaincu que l'architecture a été bien conçue.

Les mêmes garanties doivent d'ailleurs pouvoir être offertes lors de l'échange transnational de données. Là aussi, il faudra une sécurisation *end-to-end* afin qu'un système développé dans un État membre ne puisse être violé parce que l'on ferait preuve de trop de nonchalance concernant les données dans un autre État membre.

M. Jongen est d'accord et propose d'également inviter les patients en tant qu'utilisateurs des soins de santé. Il se situe en effet dans un champ de tension entre, d'une part, le partage d'un maximum de données avec d'autres prestataires de soins et, d'autre part, les applications technologiques et la protection de la vie privée.

Hij wijst er ook op dat in het nationaal plan e-Health een luik werd opgenomen met betrekking tot de vorming van de zorgverstrekkers, waarbij het niet enkel om technische aangelegenheden gaat maar ook om ethische aspecten. Wat deelt men en wat deelt men niet? Dit zijn vraagstukken die het louter technisch aspect overstijgen.

Ook de patiënten werden overigens van meet af aan betrokken bij de uitwerking van het e-Health-platform en van de regionale netwerken.

Mevrouw Creutz wijst op de belangrijke rol die de patiënt te spelen heeft in de regionale netwerken en in het e-Health-platform. Zeker naar het delen van gegevens over de grenzen heen moet de rol van de patiënt in dit alles nog versterkt worden. Wanneer men aan de patiënt een bepaalde rol toebedeelt, als meester van zijn eigen gegevens, moet deze daar ook van bewust gemaakt worden. Dit is niet evident, maar het moet gebeuren. Met alle informaticatoepassingen heeft men immers soms de indruk dat hij wordt beheerd door anderen, en niet langer meester is van zijn eigen dossier.

De heer Jongen benadrukt dat het e-Health-systeem en de regionale netwerken op zich de patiënt geen rechten geeft. Het gaat om zijn gegevens, zijn medisch dossier, en hij beslist in hoeverre deze worden gedeeld met anderen, op een zo veilig mogelijke manier.

De heer Bertels maakt een onderscheid tussen het informaticasysteem en de wijze waarop hiermee wordt gewerkt. Dit laatste is zeer belangrijk maar helemaal niet nieuw. Ook gegevens van de burgerlijke stand kunnen niet zomaar met iedereen worden gedeeld. Ook daar bestaan richtlijnen wie deze gegevens mag consulteren en wat men ermee kan doen. Wanneer gegevens worden opgevraagd door onbevoegde personen of voor foute doeleinden, treden meteen enkele systemen in werking. Elke burger kan zien wie zijn gegevens heeft geconsulteerd.

De heer Jongen bevestigt dat ook in het Réseau wallon elke patiënt kan nagaan wie zijn gegevens wanneer heeft opgevraagd en waarvoor. Hij is zelf meester van wie toegang heeft tot zijn dossier. Dit

Il souligne également que le plan national e-Santé comprend un volet sur la formation des prestataires de soins qui ne concerne pas que les questions techniques mais englobe également des aspects éthiques. Que partage-t-on et que ne partage-t-on pas? Ce sont là des questions qui dépassent l'aspect purement technique.

Les patients ont du reste d'emblée été associés au développement de la plate-forme e-Santé et des réseaux régionaux.

Mme Creutz souligne l'importance du rôle joué par les patients dans les réseaux régionaux et la plate-forme e-Santé. Le rôle du patient doit assurément encore être renforcé, particulièrement en ce qui concerne le partage de données par-delà les frontières. Lorsqu'on attribue un rôle donné au patient en tant que propriétaire de ses propres données, il faut aussi lui en faire prendre conscience. Cela ne va pas de soi mais c'est nécessaire. Les nombreuses applications informatiques donnent parfois à penser que le patient est géré par d'autres et qu'il n'est plus maître de son propre dossier.

M. Jongen souligne que le système e-Santé et les réseaux régionaux ne confèrent pas en soi de droits aux patients. Il s'agit de ses données, de son dossier médical et il décide dans quelle mesure ceux-ci seront partagés avec d'autres, de la manière la plus sûre possible.

M. Bertels établit une distinction entre le système informatique et la manière dont il est utilisé. C'est un aspect très important mais il n'est pas nouveau. Ainsi, les données de l'État civil ne peuvent pas être divulguées à n'importe qui. Il existe à ce niveau aussi des directives qui déterminent qui peut consulter les données et ce que l'on peut en faire. Lorsque des données sont demandées par des personnes non compétentes ou à des fins illicites, un certain nombre de systèmes sont déclenchés. Chaque citoyen peut voir qui a consulté ses données.

M. Jongen confirme que chaque patient peut également voir dans le Réseau wallon qui a demandé à consulter ses données et pourquoi. Il décide qui a accès à son dossier. C'est donc là un frein

betekent voor de zorgverstrekkers, die mogelijk gegevens willen raadplegen op onwettige wijze, toch een grote rem om dat te doen.

De heer Dejonckheere vestigt de aandacht op de grote inspanningen die Vitalink doet op het punt van de opleiding van de zorgverstrekkers. Er wordt nauw samengewerkt met allerlei koepelverenigingen om de juiste richtlijnen te geven aan de zorgverstrekkers. Vitalink heeft, zoals gezegd, niet enkel ingezet op het louter technische aspect, maar ook op de "*mind shift*" die moet plaatsvinden, bijvoorbeeld naar artsen in opleiding.

De heer Fabian Dominguez, Coördinator Internationale Zaken en Attaché Sociale Zaken en Volksgezondheid bij de Europese Unie voor het Vlaams departement Welzijn, begrijpt de bezorgdheid die hier tot uiting wordt gebracht. Vanuit Europees en internationaal vlak stelt hij vast dat dezelfde tendensen zich overall manifesteren en beantwoorden aan een concrete nood. Dat neemt niet weg dat de vragen die gesteld worden zeer pertinent zijn. Men mag evenwel niet vergeten dat vroeger ook papieren medische dossiers soms gestolen werden. Dit risico is niet groter in een technologische omgeving, gelet op de waarborgen inzake transparantie en encryptie die toch groter zijn dan een archiefkast.

Overigens legt de Europese richtlijn 2011/24 inzake gegevensdeling op om ook op dit punt tot een eengemaakte Europese markt te komen. Men kan immers blijven studeren, maar op een bepaald ogenblik moet men daadwerkelijk van start gaan, na afweging van de verschillende voor- en nadelen.

E) Hoorzitting met mevrouw Daisy Smet, verantwoordelijke voor de pool administratie-communicatie, Agence eSanté (Luxemburg)

1) Uiteenzetting

Mevrouw Daisy Smet, verantwoordelijke voor de pool administratie-communicatie van het "Agence eSanté", legt uit dat deze instelling bevoegd is voor het e-Health-beleid op nationaal vlak te Luxemburg. De oprichting ervan is het rechtstreeks gevolg van het e-Health-actieplan van de Luxemburgse rege-

de taille pour les prestataires de soins qui souhaiteraient consulter des dossiers de manière illégale.

M. Dejonckheere attire l'attention sur les efforts importants déployés par Vitalink en matière de formation des prestataires de soins. Une coopération étroite a été mise en place avec toutes sortes d'associations faîtières pour adresser les directives appropriées aux prestataires de soins. Comme il a été dit, Vitalink n'a pas seulement misé sur l'aspect purement technique mais également sur le "*mind shift*" qui doit être opéré, par exemple chez les médecins en formation.

M. Fabian Dominguez, Coordinateur Affaires internationales et Attaché Affaires sociales et Santé publique auprès de l'Union pour le département flamand du Bien-être, comprend les préoccupations qui sont exprimées. Du point de vue européen et international, il observe que les mêmes tendances se manifestent partout et répondent à un besoin concret. Il n'empêche que les questions qui sont posées sont parfaitement justifiées. Il ne faut toutefois pas oublier qu'il arrivait également par le passé que des dossiers papier soient volés. Ce risque n'est pas plus important dans un environnement technologique, eu égard aux garanties en matière de transparence et d'encryption qui sont tout de même plus importantes que celles offertes par un placard d'archives.

Du reste, la directive européenne 2011/24 relatives au partage de données impose également de mettre en place un marché unifié. L'on peut certes continuer à réaliser des études mais il faut bien, à un moment, démarrer concrètement après avoir dûment pesé les avantages et les inconvénients.

E) Audition avec Mme Daisy Smet, responsable du pool administration-communication, Agence eSanté (Luxembourg)

1) Exposé

Mme Daisy Smet, responsable du pool administration-communication de l'"Agence eSanté", indique que cet organisme est compétent pour la politique en matière d'e-Santé au plan national à Luxembourg. Sa création est une conséquence directe du plan d'action e-Santé du gouvernement

ring uit 2006. Eén van de conclusies hiervan was immers dat er een dringende nood was aan uitwisseling van medische gegevens tussen de zorgverstekkers; een andere was dat, om een en ander gecentraliseerd te laten verlopen, de oprichting van een e-Health Agentschap nodig was. Vandaar dat bij wet van 17 december 2010 een artikel 60ter en een artikel 60quater werd ingevoegd in de “*Code de la sécurité sociale*” om deze aangelegenheden te regelen. Het Agentschap werd operationeel in 2012 en telt vandaag 17 werknemers van 6 nationaliteiten, die 11 talen spreken.

De belangrijkste actoren zijn vertegenwoordigd in de bestuursorganen van het “Agence eSanté”: de nationale ziekenkassen, de betrokken ministeries van Volksgezondheid en Sociale Zaken, de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, tandartsen, dokters, patiënten en apothekers. Deze komen maandelijks samen en beslissen over de te volgen strategieën.

De wet somt ook de belangrijkste missies op van het Agentschap, waarvan de voornaamste zijn: het oprichten van een elektronisch gezondheidsplatform en een nationale strategie uitstippen om de interoperabiliteit te bevorderen zodat verschillende informaticasystemen op het punt van gezondheid met elkaar kunnen communiceren. Hiervoor bestaat ook een sterk engagement op het politieke vlak. Dit kadert in een digitale politiek die erin bestaat de economische ontwikkelingen te bevorderen door middel van IT.

Luxemburg is weliswaar een klein land met minder dan 600 000 inwoners, maar tegelijk is het zeer kosmopolitisch. Er zijn immers allerlei nationaliteiten vertegenwoordigd en naast de 3 officiële talen – Frans, Duits en Luxemburgs – wordt ook vaak Engels gesproken. Daarnaast is er een grote toestroom van grensarbeiders: zo'n 180 000 werknemers komen vooral uit Franstalig België, Duitsland en Frankrijk. Dit is een groot percentage in verhouding met de totale bevolking. Bovendien maakt Luxemburg ook deel van de “Grande Région”, een economisch overlegplatform tussen de verschillende grensstreken. Vanzelfsprekend maakt Luxemburg ook deel uit van de Benelux en de Europese Unie.

luxembourgeois de 2006. L'une des conclusions avait été en effet qu'il fallait d'urgence pouvoir échanger des données médicales entre les prestataires de soins; une autre conclusion était qu'afin que les choses puissent se faire de manière centralisée, la création d'une Agence e-Santé s'imposait. C'est pourquoi la loi du 17 décembre 2010 a inséré au Code de la sécurité sociale un article 60ter pour régler ces matières. L'Agence est devenue opérationnelle en 2012 et compte à ce jour 17 collaborateurs de six nationalités, qui s'expriment dans 11 langues.

Les principaux acteurs sont représentés dans les organes de gestion de l’“Agence eSanté”: les mutualités nationales, les ministères concernés de la Santé publique et des Affaires sociales, les représentants des hôpitaux, des dentistes, des médecins, des patients et des pharmaciens. Ces acteurs se réunissent mensuellement et décident des stratégies à mettre en œuvre.

La loi énumère également les missions principales de l'Agence, dont les principales sont: la création d'une plate-forme de santé électronique et la définition d'une stratégie nationale pour promouvoir l'interopérabilité afin que différents systèmes informatiques dans le domaine de la santé puissent communiquer entre. L'entreprise fait l'objet d'un engagement fort sur le plan politique. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une politique numérique qui consiste à promouvoir les développements économiques par le biais des IT.

Le Luxembourg est certes un petit pays de moins de 600.000 habitants mais il est en même temps extrêmement cosmopolite. On y rencontre en effet toutes sortes de nationalité et, outre les trois langues officielles – le français, l'allemand et le luxembourgeois – on y parle également beaucoup l'anglais. On observe par ailleurs un important afflux de travailleurs frontaliers: environ 180.000 travailleurs venant principalement de la Belgique francophone, d'Allemagne et de France. Il s'agit là d'un pourcentage très élevé par rapport à la population totale. Le Luxembourg fait en outre également partie de la “Grande Région”, une plate-forme de concertation économique entre les différentes régions frontalières. Bien évidemment, le Luxembourg fait également parti du Benelux et de l'Union européenne.

De vele grensarbeiders vallen onder het sociale zekerheidsstelsel in Luxemburg. Er is ook een grote gemeenschap van personen met een Portugese herkomst die vaak naar hun thuisland terugkeren, hetzij voor de vakanties, hetzij om er tijdens hun pensioen te verblijven. Er is ook een grote stroom van patiënten tussen de landen van de Benelux en Frankrijk en Duitsland. Andersom vallen mensen die in Luxemburg werken niet enkel terug op de geneeskundige zorg van hun thuisland maar doen zij ook beroep op de Luxemburgse voorzieningen. Voor het "Agence eSanté" is de uitwisseling van gezondheidsgegevens dan ook zeer belangrijk en biedt het *e-Health*-platform een grote hulp hierbij.

Grote hindernissen hierbij zijn de verschillende talen die gesproken worden, verschillende informaticasystemen, de zorgverstrekkers die vaak hun eigen jargon gebruiken. Manieren om deze hindernissen weg te werken zijn, onder meer, het spreken van een gemeenschappelijke taal door internationaal erkende referentiële kaders te gebruiken op het semantische vlak, en het gebruik van internationale standaarden op het technische vlak zodat verschillende informaticasystemen met elkaar kunnen communiceren. Ook de boodschap die moet worden overgebracht moet eenduidig zijn.

Essentieel aan het *e-Health*-platform is dat het is opgebouwd rond twee hoofdcomponenten. Enerzijds is er het nationaal referentiële register van gezondheidsdienstverleners die wordt aangeleverd door het Ministerie van Volksgezondheid, zodat men er zeker van is dat enkel die personen toegang hebben tot gezondheidsgegevens. Anderzijds is er het register van de patiënten, dat deze authentificeert. Er zijn een aantal diensten die via het *e-Health*-platform worden ter beschikking gesteld, zoals het versleuteld versturen van berichten zodat de informatie die wordt verstuurd enkel maar door deze personen kan worden gelezen. Via de portaalsite zijn de beide registers van gezondheidsdienstverleners en van patiënten ook ter beschikking. Daarnaast is er een documentaire basis, zoals een digitale werkplek waarbij de zorgverleners een werkgroep kunnen oprichten over een bepaald thema.

Les nombreux travailleurs frontaliers relèvent du régime de sécurité sociale luxembourgeois. Il y a également une importante communauté de personnes d'origine portugaise qui retournent souvent dans leur pays d'origine, soit pour y passer des vacances, soit pour y vivre leur retraite. Il y a un également un flux important de patients entre les pays du Benelux et la France et l'Allemagne. Inversement, les personnes qui travaillent Luxembourg ne recourent pas seulement aux soins médicaux dans leur pays d'origine mais font également appel aux services luxembourgeois. L'échange de données relatives à la santé revêt dès lors une grande importance pour l'"Agence eSanté" et la plate-forme e-Santé est à cet égard d'une aide précieuse:

Les entraves majeures en cette matière sont les différentes langues qui sont parlées, les différences entre les systèmes informatiques, le jargon propre utilisé par les prestataires de soins. Parmi les manières de lever ces barrières, on distingue entre autres l'utilisation d'un langage commun par l'utilisation de cadres de référence internationalement reconnus sur le plan sémantique et l'application de standard internationaux sur le plan technique afin de que les systèmes informatiques différents puissent communiquer entre eux. Le message qui doit être communiqué doit également être univoque.

Ce qui est essentiel concernant la plate-forme e-Santé est qu'elle est construite sur deux composantes essentielles. D'une part il y a le registre référentiel national des prestataires de soins de santé qui est fourni par le Ministère de la Santé publique, de sorte qu'on a la certitude que seules ces personnes ont accès aux données en matière de santé. D'autre part, il y a le registre des patients qui authentifie ces derniers. Un certain nombre de services sont mis à disposition par le biais de la plate-forme e-Santé, comme l'envoi crypté de messages afin que l'information qui est envoyée ne puisse être lue que par ces personnes. Les registres des prestataires de services de santé et des patients est également mis à disposition par le biais du site portail. Par ailleurs, il existe une base documentaire, comme un atelier numérique où les prestataires de soins peuvent constituer un groupe de travail au sujet d'un thème donné.

De belangrijkste dienst die door het “Agence eSanté” wordt verstrekt is het elektronisch gezondheidsdossier (“*dossier de soins partagé*”). Belangrijk is vooral dat het de patiënt zelf is die dit dossier beheert en die bepaalt wie toegang heeft tot zijn dossier. In principe is dit beperkt tot zorgverleners die met hem een therapeutische relatie hebben. De patiënt heeft verschillende mogelijkheden om de toegang tot zijn dossier te beperken. Hij kan ook te allen tijde zien wie er toegang heeft tot zijn dossier en wie ermee welke handeling verricht, zoals bijvoorbeeld enkel informatie consulteren of nieuwe informatie opslaan. Er is dus volledige transparantie ten aanzien van de patiënt, die ook de mogelijkheid heeft om bepaalde informatie niet zichtbaar te maken.

De informatie die in het elektronisch gezondheidsdossier wordt opgeslagen kan verschillend van aard zijn. Het kan gaan om een rapport van een ziekenhuis, een diagnose van een huisarts of een verslag van een thuisverzorger. Deze informatie is essentieel om een goede continuïteit van de zorg te kunnen garanderen aan de patiënt. Belangrijk te vermelden is dat dit elektronisch gezondheidsdossier het dossier dat elk van de zorgverstrekkers voor zich bijhoudt niet vervangt. Zo kan een ziekenhuis een bepaald dossier van een patiënt behouden omdat hierin vaak meer en meer specifieke informatie staat dan nodig is voor andere zorgverstrekkers.

Mevrouw Smet verklaart dat een nauwe samenwerking met andere landen – in de eerste plaats de buurlanden – vanzelfsprekend ook essentieel is in het kader van Europese projecten en programma’s. Zo werkt het “Agence eSanté” mee aan het “CEF” (*Connecting Europe Facility*) in het kader van de algemene Europese strategie “Horizon 2020”. Dit project heeft als voornaamste doelstelling het uitwisselen van documenten over de grenzen heen: de zgn. “résumé patient” en de zgn. “ePrescription”. Het “Agence eSanté” werkt ook mee aan het project “Trillium Bridge II”, dat als doel heeft om tot een gestandaardiseerde versie van de zgn. “résumé patient” te komen. Het project “EURO-CAS” (*EURO-Conformity Assessment Scheme*) tenslotte heeft als doel om tools en processen vast te leggen met het oog op conformiteit in de elektronische gezondheid.

Le principal service fourni par l’“Agence eSanté” est le dossier de santé électronique (“dossier de soins partagé”). Ce qui est important surtout, c’est que le patient gère lui-même ce dossier et décide qui y a accès. En principe, cet accès est limité aux prestataires de soins qui ont avec lui une relation thérapeutique. Le patient dispose de diverses possibilités pour limiter l’accès à son dossier. Il peut également voir à tout moment qui a accès à son dossier et qui en fait quoi, comme consulter quelques informations ou en stocker de nouvelles. La transparence est donc complète par rapport au patient qui peut aussi choisir de ne pas rendre visibles certaines informations.

La nature de l’information qui est stockée dans le dossier de soins partagé peut varier. Il peut s’agir du rapport d’un hôpital, du diagnostic d’un médecin généraliste ou du rapport d’un soignant à domicile. Cette information est essentielle pour pouvoir garantir aux patients une bonne continuité des soins. Il est important de signaler que le dossier de santé électronique ne remplace pas le rapport que chaque prestataire de soins tient à jour pour lui-même. Ainsi, un hôpital peut conserver un dossier donné au sujet d’un patient parce qu’il contient souvent de plus en plus d’informations spécifiques que nécessaire pour d’autres prestataires de soins.

Mme Smet déclare qu’une collaboration étroite avec d’autres pays – en premier lieu les pays voisins – est bien évidemment également essentielle dans le cadre des projets et programmes européens. Ainsi, l’“Agence eSanté” participe au “CEF” (*Connecting Europe Facility*) dans le cadre de la stratégie générale européenne “Horizon 2020”. Ce projet a pour objectif principal l’échange de documents par-delà les frontières: le “résumé patient” et la “ePrescription”. L’“Agence eSanté” collabore également au projet “Trillium Bridge II” qui a pour objectif de mettre en place une version standardisée du “résumé patient”. Enfin, le projet “EURO-CAS” (*EURO-Conformity Assessment Scheme*) vise à définir des outils et des processus en vue de la conformité en matière de santé électronique.

Concluderend, meent mevrouw Smet dat het voor Luxemburg ondenkbaar is om niet verder te denken inzake grensoverschrijdende patiëntenmobilitéit. Gelet op de toenemende mobiliteit van de burgers zullen zij in de toekomst immers nog veel meer gebruik maken van zorgvoorzieningen in het buitenland.

2) Gedachtewisseling

Mevrouw Creutz dankt de spreekster voor haar uiteenzetting; zij heeft immers een problematiek aangekaart die haar zeer dierbaar is, met name de grensoverschrijdende thematiek. In België dreigt men dit wel eens te vergeten door de aanhoudende discussies tussen Vlamingen en Walen. Dankzij de Luxemburgse invalshoek kan men een thema aansnijden dat zeer opportuun is. Samen met de Duitstaligen en de Walen maakt Luxemburg deel uit van de "*Grande Région*" en kent men deze problematiek zeer goed.

Mevrouw Smet heeft echter enkele zeer goede, duidelijke voorbeelden gegeven van grensoverschrijdende samenwerking. Weliswaar is de oplossing niet altijd zeer eenvoudig, maar uit haar uiteenzetting blijkt dat dit wel mogelijk is wanneer men met zeer concrete punten bezig is.

Het klopt dat de taal hier een zeer grote rol speelt. De elektronische patiëntendossiers vormen dan ook de toekomst en maken grensoverschrijdende patiëntenmobilitéit mogelijk. Zij drukt dan ook haar waardering uit voor het Secretariaat-generaal van de Benelux die hier baanbrekend werk hebben verricht.

Ook de Benelux Interparlementaire Assemblée heeft in het debat een belangrijke rol te spelen, met name als stem van de patiënten. Weliswaar hebben de experten zeer nuttige uiteenzettingen gehouden maar de politici dienen toe te zien op de rol van de patiënt als belangrijke speler in het geheel.

En conclusion, Mme Smet estime qu'il est impensable pour le Luxembourg de ne pas poursuivre la réflexion sur la mobilité transfrontalière des patients. Eu égard à la mobilité croissante des citoyens, ceux-ci seront amenés à l'avenir à recourir encore beaucoup plus fréquemment aux prestations de soins à l'étranger.

2) Échange de vues

Mme Creutz remercie l'oratrice pour son exposé. Elle a évoqué une problématique qui lui tient à cœur, la problématique transfrontalière. On a parfois tendance en Belgique à l'oublier en raison des discussions continues entre Flamands et Wallons. L'approche luxembourgeoise, permet de traiter d'un thème très opportun. Avec les germanophones et les Wallons, le Luxembourg fait partie de la "Grande Région" et connaît très bien ce dossier.

Mme Smet a cité quelques exemples illustratifs et clairs de la coopération transfrontalière. La solution n'est certes pas toujours simple mais il ressort de son exposé qu'elle peut être trouvée lorsqu'on se préoccupe de points très concrets.

Il est exact que la langue joue ici un rôle très important. Les dossiers électroniques des patients sont dès lors l'avenir et rendent possible la mobilité transfrontalière des patients. Mme Creutz exprime dès lors toute sa considération pour le Secrétariat général de l'Union Benelux qui réalise en l'espèce un travail de pionnier.

L'Assemblée interparlementaire Benelux a également un rôle important à jouer dans ce dossier, celui d'être la voix des patients. Les experts ont certes prononcé des exposés très utile mais il appartient aux politiques d'être attentifs au rôle des patients en tant qu'acteurs importants dans cet ensemble.

IV. — BESPREKING IN DE COMMISSIE SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID, ONDERWIJS EN SPORT

A. Vergadering van 12 mei 2017

De heer Oberweis verwijst naar de hoorzittingen die de commissie eerder heeft georganiseerd en naar het themadebat dat op 24 maart 2017 in de plenaire vergadering van de Benelux Interparlementaire Assemblee heeft plaatsgevonden.

De heer Bertels, rapporteur, heeft op basis hiervan een voorstel van aanbeveling uitgewerkt en overloopt de inhoud van dit voorstel, waarin de regeringen van de lidstaten wordt gevraagd om bepaalde initiatieven te nemen. Hij heeft getracht een evenwichtige tekst voor te stellen en hoopt dat hierover een consensus kan ontstaan in de commissie.

De heer Bertels wijst erop dat het IZOM-project, waarnaar wordt verwezen in de overwegingen, intussen werd stopgezet. Het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap heeft hierover intussen een resolutie aangenomen (Resolutie van 24 april 2017 aan de federale regering en aan de regering van de Duitstalige Gemeenschap over de toekomst van een vereenvoudigde toegang tot een grensoverschrijdende gezondheidsverzorging in het Belgisch-Duitse grensgebied).

Mevrouw Creutz suggereert om deze resolutie daadwerkelijk op te nemen in de overwegingen.

De heer Bertels is het hiermee eens. Op deze wijze toont men immers aan dat men belang hecht aan de houding van de regionale parlementen. Overigens zijn er ook in Limburg heel wat mensen die konden genieten van dit project.

De heer Senesael dankt de rapporteur voor de evenwichtige tekst en is verheugd vast te stellen dat ook wordt gevraagd aan de regeringen de samenwerking binnen de Grande Région en de Eurometropool te versterken. Dit is een belangrijk element. Het ziekenhuis van Rijssel wordt immers als een referentiepunt beschouwd voor de hele regio.

IV. — DISCUSSION EN COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DES SPORTS

A. Réunion du 12 mai 2017

M. Oberweis se réfère aux auditions que la commission a organisées précédemment ainsi qu'au débat thématique qui s'est tenu en séance plénière de l'Assemblée interparlementaire Benelux le 24 mars 2017.

M. Bertels, rapporteur, a rédigé sur cette base une proposition de recommandation dont il passe le contenu en revue. La recommandation invite les gouvernements des États membres à prendre certaines initiatives. Il s'est efforcé de présenter un texte équilibré et espère qu'il réunira un consensus au sein de la commission.

M. Bertels souligne qu'il a entre-temps été mis fin au projet IZOM auquel il est fait référence dans les considérants. Le Parlement de la Communauté germanophone a adopté dans l'intervalle une résolution à ce sujet (Résolution du 24 avril 2017 au gouvernement fédéral et au gouvernement de la Communauté germanophone au sujet de l'avenir d'un accès simplifié à des soins de santé transfrontaliers dans la région frontalière belgo-allemande).

Mme Creutz suggère d'insérer cette résolution dans les considérants.

M. Bertels acquiesce à cette suggestion. L'on montre ainsi que l'on attache de l'importance aux points de vue exprimés par les parlements régionaux. Du reste, de nombreuses personnes ont pu bénéficier de ce projet au Limbourg.

M. Senesael remercie le rapporteur pour son texte équilibré et se réjouit de constater qu'il est également demandé aux gouvernements de renforcer la coopération au sein de la Grande Région et de l'Eurométropole. Il s'agit là d'un élément important. L'hôpital de Lille est en effet considéré comme un point de référence pour toute la région.

Mevrouw Detiège dankt eveneens de rapporteur voor het voorstel van aanbeveling, waarin de es-sentie werd opgenomen van wat tijdens de hoor-zittingen en het themadebat aan bod is gekomen, zonder daarbij de gevoelige punten uit de weg te gaan, zoals bijvoorbeeld de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Belangrijk is ook dat aandacht wordt besteed aan de regionale samenwerkingsverbanden; hier bewijst de Benelux andermaal dat men een voor-trekkersrol kan spelen in de Europese Unie.

B. Vergadering van 2 juni 2017

De heer Bertels verwijst naar het voorstel van aanbeveling dat tijdens de vorige vergadering van de commissie, die op 12 mei jl. plaatsvond, werd besproken. Daarin werden zoveel als mogelijk de nodige evenwichten gerespecteerd. Tijdens deze vergadering werd besloten om in de consideransen een verwijzing naar de resolutie van het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap van 24 april 2017 toe te voegen. Aan de leden van de com-missie werd evenwel de mogelijkheid gelaten om hun opmerkingen over dit voorstel over te maken. Mevrouw Van Camp en de heer Mulder hebben opmerkingen gemaakt.

Mevrouw Van Camp heeft enerzijds voorgesteld om, in de eerste aanbeveling, toe te voegen dat de bestaande belemmeringen voor een grens-overschrijdende zorg zoveel als mogelijk moeten worden weggenomen, maar enkel voor patiënten die nood hebben aan zorg over de grens. De heer Bertels is het eens met deze toevoeging: vanzelf-sprekend is het nooit de bedoeling geweest om zoveel mogelijk patiënten zorg te laten zoeken over de grens.

Anderzijds heeft de heer Mulder voorgesteld om een aanbeveling toe te voegen die de rege-ringen om samenwerking verzoekt op het gebied van infectiepreventie en terugdringen antibiotica-resistantie. Ook hier heeft de heer Bertels geen probleem met deze toevoeging. Globaal lijkt het de heer Bertels een evenwichtige aanbeveling te zijn.

De heer Pirlot is het eens met beide toevoegin-gen.

Mme Detiège remercie également le rapporteur pour sa proposition de recommandation qui reflète l'essence de ce qui est été évoqué au cours des auditions et du débat thématique, sans éluder les points sensibles comme la protection de la vie privée.

Il est important aussi d'être attentif aux structures de coopération régionales; le Benelux apporte une fois de plus la preuve qu'il est en mesure de jouer un rôle précurseur dans l'Union européenne.

B. Réunion du 2 juin 2017

M. Bertels se réfère à la proposition de recom-mmandation qui a été examinée lors de la précédente réunion de la commission, le 12 mai dernier. Le texte respecte autant que possible les équilibres nécessaires. Il a été décidé au cours de cette réu-nion d'insérer dans les considérants une référence à la résolution du Parlement de la Communauté germanophone du 24 avril 2017. La possibilité a tou-tefois été laissée aux membres de la commission de formuler leurs observations au sujet de cette proposition. Van Camp et M. Mulder ont formulé des observations.

Mme Van Camp a proposé d'une part, d'ajouter dans la première recommandation que les entraves existantes aux soins transfrontaliers doivent dans toute la mesure du possible être levées mais uniquement pour les patients qui doivent se faire soigner de l'autre côté de la frontière. M. Bertels acquiesce à cet ajout: l'objectif n'a bien évidem-ment jamais été de pousser le plus grand nombre possible de patients à chercher à se faire soigner de l'autre côté de la frontière.

M. Mulder a d'autre part proposé d'ajouter une recommandation invitant les gouvernements à coopérer dans le domaine de la prévention des infections et de la diminution de la résistance aux antibiotiques. M. Bertels ne voit pas d'objection non plus à cet ajout. Il a globalement le sentiment qu'il s'agit d'une recommandation équilibrée.

M. Pirlot est d'accord avec les deux ajouts.

De heer Devriendt verwijst naar de aanbeveling omtrent de samenaankoop van dure geneesmiddelen. Gebeurt dit vandaag reeds in de Europese Unie?

Mevrouw Van Camp verwijst naar het zgn. "Benelux A akkoord" dat reeds uitvoerig aan bod is gekomen in de commissie Volksgezondheid van de Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. Tijdens de vorige vergadering van de commissie Sociale Zaken van de Benelux Interparlementaire Assemblee werd overeengekomen om dit thema ook te behandelen.

De heer Bertels herinnert eraan dat het Comité van Ministers van de Benelux heeft afgesproken om samen geneesmiddelen aan te kopen die zeer duur zijn omdat de markt ervoor te klein is, de zgn. "weesgeneesmiddelen" voor zeldzame ziekten. De Benelux speelt hier andermaal een voortrekkersrol binnen de Europese Unie.

Mevrouw Van Camp is van oordeel dat de eerste toevoeging – grensoverschrijdende zorg enkel voor patiënten die hier nood aan hebben – een explicitering is van wat reeds in het voorstel van aanbeveling besloten lag, maar niettemin belangrijk is.

Zij had verder ook een vraag bij de aanbeveling over de aanbeveling over de bevorderingen van de gezamenlijke investeringen in medische apparatuur en de ontwikkeling van geneesmiddelen. Elk systeem van de lidstaten heeft immers zijn eigenheid. In België bijvoorbeeld wordt een groot deel van de medische apparatuur bekostigd door de ziekenhuizen zelf. Een samenaankoop lijkt dan ook onmogelijk. De Belgische overheid bekostigt echter soms wel zware medische apparatuur; voor deze gevallen kan een samenaankoop dan wel degelijk nuttig zijn.

Ook voor de ontwikkeling van geneesmiddelen zijn er onderlinge verschillen tussen de lidstaten, als gevolg waarvan de prijs voor een geneesmiddel soms verschilt per land. Sommige geneesmiddelen zijn in Nederland een pak goedkoper dan in België, maar de Nederlandse regering wijst dan weer op het tekort aan sommige geneesmiddelen, precies omwille van de zeer lage prijs ervan. Dit bemoeilijkt de ontwikkeling van bepaalde geneesmiddelen:

M. Devriendt se réfère à la recommandation relative à l'achat en commun de médicaments onéreux. Cette pratique existe-t-elle déjà actuellement déjà dans l'Union européenne?

Mme Van Camp se réfère à "l'accord Benelux A" dont il a déjà été abondamment question au sein de la commission de la Santé publique de la Chambre des représentants de Belgique. Au cours de la précédente réunion de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée interparlementaire Benelux, il a été convenu d'également traiter de ce thème.

M. Bertels rappelle que le Comité de ministres du Benelux a convenu d'acheter en commun des médicaments rendus très onéreux parce que le marché est trop petit, c'est-à-dire les médicaments dits "orphelins" destinés à soigner des maladies rares. Une fois de plus, le Benelux joue en l'espèce un rôle de précurseur au sein de l'Union européenne.

Mme Van Camp estime que le premier ajout – les soins transfrontaliers à réservier aux seuls patients qui en ont besoin – explicite ce qui figure déjà dans la proposition de recommandation mais qu'il n'en est pas moins important.

Elle s'interroge par ailleurs aussi au sujet de la recommandation sur la promotion des investissements en commun dans l'appareillage médical et dans le développement de médicaments. Chaque système mis en place dans les États membres possède en effet sa spécificité. En Belgique par exemple, une grande partie de l'appareillage médical est financé par les hôpitaux eux-mêmes. Une acquisition en commun semble donc exclue. Il arrive que les pouvoirs publics belges financent des appareillages médicaux lourds; en pareil cas, un achat en commun peut effectivement s'avérer utile.

Concernant le développement de médicaments, on observe également des différences entre les États membres, avec pour conséquence que le prix d'un médicament diffère parfois d'un pays à l'autre. Certains médicaments sont beaucoup moins chers aux Pays-Bas qu'en Belgique mais le gouvernement néerlandais souligne l'indisponibilité de certains médicaments, précisément parce qu'ils sont très bon marché. Cela rend plus difficile

sommige openbare aanbestedingen gaan volledig aan de realiteit voorbij als gevolg waarvan er geen middelen meer beschikbaar zijn voor onderzoek en ontwikkeling. Ook de Europese Commissie heeft reeds op deze problematiek gewezen.

De heer Bertels bevestigt dat het helemaal niet de bedoeling is om de financiering van de ziekenhuizen aan te pakken. Maar het zou bijvoorbeeld wel nuttig zijn dat de Benelux landen samen één hadron-centrum zouden ontwikkelen, eerder dan dat ze elk zouden investering in aparte centra die dan niet rendabel zouden zijn.

De aanbeveling gaat evenmin over het prijsbeleid inzake geneesmiddelen, maar wel om de ontwikkeling van geneesmiddelen waarvoor een zekere schaalgrootte vereist is. De expertise ter zake in de verschillende lidstaten kan dan gedeeld worden.

De heer Van Hattem heeft een ernstig bezwaar tegen de aanbeveling volgens dewelke de Benelux binnen de Europese Unie een voortrekkersrol dient te spelen met betrekking tot het vrij verkeer van patiënten, grensoverschrijdende zorg en uitwisseling van elektronische patiëntendossiers. Zeker wat dit laatste betreft, zijn er in Nederland immers heel wat bedenkingen. De bestaande Nederlandse wetgeving ter zake houdt een gefaseerde invoering in en omvat ook een aantal risico's die door verschillende fracties in het Nederlands parlement worden onderkend. Spreker is dan ook van oordeel dat de Benelux hierin zeker geen voortrekkersrol dient te spelen.

De heer Pirlot wijst erop dat alle leden van de commissie ruimschoots de tijd hebben gehad om hun opmerkingen op voorhand kenbaar te maken. Hij meent dan ook dat deze opmerking niet kan worden opgenomen in het voorstel van aanbeveling.

De heer Bertels wijst erop dat de formulering precies op zodanige wijze is geformuleerd dat elke lidstaat zijn eigen methode kan hanteren voor de invoering van een elektronisch patiëntendossier. Binnen de Europese Unie zijn er afspraken gemaakt over de ontwikkeling van een "autoroute e-santé". In dit opzicht schrijft de aanbeveling zich in in de Europese besluitvorming, en vraagt ze dat de

le développement de certains médicaments: des marchés publics sont totalement déphasés par rapport à la réalité et, par voie de conséquence, il n'y a plus de moyens disponibles pour la recherche et le développement. La Commission européenne a également déjà souligné cette problématique.

M. Bertels confirme qu'il ne s'agit absolument pas de s'attaquer au financement des hôpitaux. Mais il serait par exemple utile que les pays du Benelux développent ensemble un seul centre de hadrons plutôt que d'investir chacun dans des centres qui ne seraient alors pas rentables.

La recommandation ne traite pas non plus de la politique des prix en matière de médicaments mais bien du développement de médicaments pour lequel une certaine échelle est nécessaire. L'expertise présente dans les différents États membres peut être partagée dans ce cas.

M. Van Hattem formule une objection de taille contre la recommandation aux termes de laquelle le Benelux doit jouer un rôle de précurseur au sein de l'Union européenne concernant la libre circulation des patients, les soins transfrontaliers et l'échange de dossiers électroniques de patients. Très certainement en ce qui concerne ce dernier point, de nombreuses réserves sont formulées aux Pays-Bas. La législation néerlandaise en la matière prévoit une introduction par phases et comporte également certains risques que reconnaissent différents groupes au sein du Parlement néerlandais. C'est pourquoi l'orateur estime qu'il n'y a pas lieu pour le Benelux de jouer ici un rôle de précurseur.

M. Pirlot souligne que tous les membres de la commission ont eu largement le temps de faire connaître leurs observations à l'avance. Il estime donc que cette observation ne peut pas être insérée dans la proposition de recommandation.

M. Bertels souligne que la formulation est précisément telle que chaque État membre peut utiliser sa propre méthode pour l'introduction du dossier électronique du patient. Des accords sont intervenus au sein de l'Union européenne au sujet du développement d'une "autoroute e-santé". À cet égard, la recommandation s'inscrit dans la décision européenne et demande que les pays du Benelux

Benelux landen hierin een voortrekkersrol zouden spelen, zodat de patiëntengegevens beschikbaar zouden zijn in een andere lidstaat indien de patiënt daar zorg nodig heeft.

De heer Van Hattem blijft erbij dat het handhaven van dit punt belangrijk is om al dan niet steun te verlenen aan het voorstel van aanbeveling.

Mevrouw Van Camp suggereert een zinsnede toe te voegen waarin de eigenheid van elk van de lidstaten uitdrukkelijk wordt bevestigd. Op deze wijze kan de elektronische gegevensuitwisseling gebeuren zonder te interfereren in de praktische uitvoering, waarover elke lidstaat voor zich dient te beslissen.

De heer Van Hattem dringt erop aan dat het woord "voortrekkersrol" zou verdwijnen uit de tekst.

De heer Pirlot staat erop dat de tekst van het voorstel van aanbeveling, zoals gewijzigd in functie van de verschillende opmerkingen die op voorhand werden doorgegeven en waarover consensus bestaat, wordt gehandhaafd.

De heer Senesael is het hiermee eens en dankt de rapporteur voor zijn inspanningen om een evenwichtige tekst voor te stellen. De gebruikte terminologie heeft immers precies toegelaten om een ruime consensus binnen de commissie te vinden. Vanzelfsprekend dienen de Benelux lidstaten meester te blijven over de wijze waarop zij praktische uitvoering geven aan de elektronische uitwisseling van patiëntengegevens. De Benelux zelf zou echter pionier kunnen worden in de implementering van de "autoroute e-santé" waartoe binnen de Europese Unie werd besloten. Het voorstel van aanbeveling beantwoordt volledig aan deze doelstelling.

De heer Pirlot zal het voorstel van aanbeveling, zoals geamendeerd en toegelicht tijdens deze vergadering, overmaken aan de plenaire vergadering, die hierover zal overgaan tot de stemming tijdens haar bijeenkomst van 17 juni a.s.

Bijlage: voorstel van aanbeveling aangenomen door de commissie.

jouent en la matière un rôle précurseur afin que les données de patients soient disponibles dans un autre État membre si le patient doit y recevoir des soins.

M. Van Hattem persiste à dire que le maintien de ce point est important pour décider d'appuyer ou non la proposition de recommandation.

Mme Van Camp suggère d'ajouter un membre de phrase confirmant expressément la spécificité de chacun des États membres. De la sorte, l'échange électronique de données peut se faire sans interférer dans la mise en œuvre pratique dont chaque État membre doit décider pour lui-même

M. Van Hattem demande instamment que le terme "rôle de précurseur" soit biffé dans le texte.

M. Pirlot tient à ce que le texte de la proposition de recommandation tel qu'il a été amendé en fonction des différentes observations qui ont été transmises préalablement et qui font l'objet d'un consensus, soit maintenu.

M. Senesael acquiesce et remercie le rapporteur de s'être employé à présenter un texte équilibré. La terminologie utilisée à précisément permis de recueillir un large consensus au sein de la commission. Bien entendu, les États membres du Benelux doivent rester maîtres de la manière dont ils mettent pratiquement en œuvre l'échange électronique de dossiers de patients. Le Benelux lui-même pourrait toutefois faire œuvre de pionnier dans la transmission de l'"autoroute e-santé" décidée par l'Union européenne. La proposition de recommandation est parfaitement conforme à cet objectif.

M. Pirlot transmettra la proposition de recommandation telle qu'elle a été amendée et explicitée lors de la réunion à l'assemblée plénière qui la mettra aux voix lors de sa séance du 17 juin prochain.

Annexe: proposition de recommandation adopté par la commission.

VOORSTEL VAN AANBEVELING

**betreffende de patiëntenmobiliteit en
grensoverschrijdende zorg**

De Assemblee,

gelet op

- de Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;
- de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- het rapport “Patiënten zonder grenzen: grensoverschrijdende patiëntengstromen in de Benelux” van de Benelux Unie van 18 maart 2016;
- de “Gezamenlijke Verklaring Benelux-Top 2016: Digitale Benelux” van de Eerste Ministers van België, Nederland en Luxemburg, gedaan te Schengen op 3 oktober 2016, inzonderheid over het bevorderen van de interoperabiliteit van eHealth-diensten en het versterken van de rechten van patiënten in de grensoverschrijdende gezondheidszorg om een gelijke en snelle toegang tot kwaliteitsvolle en betrouwbare gezondheidsdiensten gebaseerd op een modern en efficiënt gezondheidssysteem verder te bevorderen;
- de uitbouw van het “*Electronic Exchange of Social Security Information*” (EESI), een IT-systeem dat sociale zekerheidsorganen uit de hele Europese Unie zal helpen om sneller en veilig informatie uit te wisselen, in uitvoering van de verordeningen van de Europese Unie over de coördinatie van de sociale zekerheid;
- de uitbouw van “*Connecting Europe Facility*” (CEF), een financieringsinstrument om groei, werkgelegenheid en competitiviteit te promoten door gerichte investeringen infrastructuur op het Europese niveau, door onder meer digitale trans-Europese netwerken;

PROPOSITION DE RECOMMANDATION

**relative à la mobilité des patients
et aux soins transfrontaliers**

L’Assemblée,

vu

- le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;
- la directive 2011/24/CE 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;
- le rapport “Patients sans frontières: flux de patients transfrontaliers dans le Benelux” de l’Union Benelux du 18 mars 2016;
- la “Déclaration commune Sommet Benelux 2016: le Benelux numérique” des premiers ministres de Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg, faite à Schengen le 3 octobre 2016, concernant notamment la promotion de l’interopérabilité des services d’eSanté et le renforcement des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers afin de promouvoir un accès égal et rapide à des services de santé sécurisés et de haute qualité sur la base d’un système de santé moderne et efficace;
- le développement de l’ “*Electronic Exchange of Social Security Information*” (EESI), un système IT qui aidera les organes de sécurité sociale de toute l’Union européenne à échanger des informations de manière plus rapide et sûre, en application des règlements de l’Union européenne sur la coordination de la sécurité sociale;
- le développement de la “*Connecting Europe Facility*” (CEF), un instrument de financement destiné à promouvoir la croissance, l’emploi et la compétitivité par des investissements orientés dans l’infrastructure au niveau européen, entre autres par des réseaux numériques transeuropéens;

— de samenwerkingsverbanden inzake grensoverschrijdende zorg, zoals onder meer “LuxLorSan” (een samenwerkingsnetwerk tussen België, Luxemburg en Frankrijk), het “IZOM-project” (Integratie Zorg op Maat, een samenwerkingsverband tussen België, Nederland en Duitsland) en de punctuele samenwerkingsverbanden tussen Belgische, Nederlandse en Luxemburgse ziekenhuizen;

— de resolutie van 24 april 2017 van het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap aan de federale regering en aan de regering van de Duitstalige Gemeenschap over de toekomst van een vereenvoudigde toegang tot een grensoverschrijdende gezondheidsverzorging in het Belgisch-Duitse grensgebied

— het Gemeenschappelijk Werkprogramma 2017-2020 “Grensverleggend samenwerken” van januari 2017 en het Jaarplan 2017 van de Benelux Unie;

vaststellende dat:

— uit het rapport “Patienten zonder grenzen: grensoverschrijdende patiëntstromen in de Benelux” van de Benelux Unie van 18 maart 2016 blijkt dat minstens 168 177 patiënten de grens oversteken voor behandeling in een ander Benelux-land, Duitsland of Frankrijk, en dit zowel voor geplande als ongeplande zorg;

— de beslissing van patiënten om de grens over te steken voor geneeskundige zorg kan worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals de kwaliteit van de zorg, de beschikbaarheid van de zorg, de nabijheid van de zorgverlener en het financiële aspect;

verzoekt de regeringen

— de op het terrein bestaande concrete administratieve, juridische, financiële en technologische belemmeringen voor een grensoverschrijdende zorg beter in kaart te brengen en ze zoveel als mogelijk weg te nemen teneinde het vrij verkeer van patiënten in de Beneluxlanden te waarborgen voor patiënten die nood hebben aan zorg over de grens;

— de patiënten en de zorgverstrekkers in de Beneluxlanden zo goed en volledig mogelijk, objec-

— les structures de coopération en matière de soins de santé transfrontalier, comme “LuxLorSan” (un réseau de coopération entre la Belgique, le Luxembourg et la France), le projet IZOM (“*Integratie Zorg op Maat*”, une structure de coopération entre la Belgique, les Pays-Bas et l’Allemagne) et les structures de coopération ponctuelles entre hôpitaux belges, néerlandais et luxembourgeois;

— la résolution du 24 avril 2017 du Parlement de la Communauté germanophone adressée au gouvernement fédéral et au gouvernement de la Communauté germanophone relative à l’avenir d’un accès simplifié aux soins de santé transfrontaliers dans la région frontalière Belgo-Allemande;

— le programme de travail commun 2017-2000 “Coopérer pour repousser les frontières” de janvier 2017 et le Plan annuel 2017 de l’Union Benelux;

constatant que

— il ressort du rapport “Patients sans frontières: flux de patients transfrontaliers dans le Benelux” de l’Union Benelux du 18 mars 2016 qu’au moins 168.177 patients traversent la frontière pour se faire soigner dans un autre pays du Benelux, en Allemagne ou en France, dans le cadre de soins, programmés ou non;

— la décision de patients de traverser la frontière pour se faire soigner peut-être influencée par divers facteurs, comme la qualité des soins, la disponibilité de ceux-ci, la proximité du prestataire de soins et l’aspect financier;

demande aux gouvernements

— de mieux inventorier les entraves concrètes aux soins transfrontaliers d’ordre administratif, juridique, financier et technologique et d’y mettre fin dans toute la mesure du possible afin de garantir la libre circulation des patients dans les pays du Benelux pour les patients qui ont besoin de soins transfrontaliers;

— d’informer aussi bien et aussi complètement que possible, objectivement et au niveau le plus

tief en op laagdrempelige wijze te informeren over de mogelijkheden inzake grensoverschrijdende zorg en de gevolgen hiervan op administratief en financieel vlak, door middel van het verbeteren van de werking van de nationale contactpunten en het opzetten van een informatiecampagne hierover;

- duidelijke informatie te voorzien inzake de terugbetaling van medische tussenkomsten, geneesmiddelen waarbij administratieve regelingen zoveel mogelijk op elkaar afgestemd moeten zijn en niet kunnen leiden tot onbillijke administratieve kosten;

- ervoor te zorgen dat de terugbetaling van medische zorg over de grenzen heen in alle transparantie verloopt en voldoende fraudebestendig is om misbruiken uit te sluiten;

- erover te waken dat grensoverschrijdende patiëntenzorg de financiering van de ziekenhuizen en de gezondheidszorg in elk van de Beneluxlanden niet onder druk zet;

- teneinde de zorgcontinuïteit en kwaliteit van zorg te kunnen garanderen, te streven naar een vlotte en decentrale uitwisseling van elektronische gezondheidsgegevens tussen de Beneluxlanden en daarbij de absolute bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten en de zorgverstrekkers voorop te stellen;

- bij de grensoverschrijdende zorg de rechten van de patiënt te garanderen en vrije keuze van zorgverstrekker te vrijwaren;

- het opzetten van nog meer concrete samenwerkingsverbanden tussen de ziekenhuizen, de verzekeringsinstellingen en de betrokken overheidsdiensten te bevorderen en het stimuleren van “goede praktijken” inzake samenwerkingsverbanden tussen de Beneluxlanden;

- zoveel mogelijk verzamelen en ter beschikking stellen van transparante gegevens over de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit;

- de gezamenlijke investeringen in medische apparatuur en de ontwikkeling van geneesmiddelen te bevorderen;

accessible les patients et les prestataires de soins de santé dans les pays du Benelux des possibilités offertes en matière de soins transfrontaliers et de leurs conséquences sur les plans administratifs et financiers, par l'amélioration du fonctionnement des points de contacts nationaux et une campagne d'information à ce sujet;

- de fournir des informations claires sur le remboursement des interventions médicales et des médicaments, les règlements administratifs en la matière devant être autant que possible coordonnés et ne pouvant pas donner lieu à des frais administratifs inéquitables;

- de faire en sorte que le remboursement des soins médicaux par-delà les frontières se fasse en toute transparence et soit suffisamment prévenu contre la fraude afin d'exclure les abus;

- de veiller à ce que les soins transfrontaliers aux patients ne menacent pas le financement des hôpitaux et les soins de santé dans chacun des pays du Benelux;

- afin de pouvoir garantir la continuité des soins et la qualité de ceux-ci, de tendre vers un échange efficace et décentralisé de données électroniques en matière de soins entre les pays du Benelux et de rechercher la protection absolue de la vie privée des patients et des prestataires de soins;

- dans le cadre des soins transfrontaliers, de préserver les droits des patients et le libre choix du prestataire de soins;

- d'encourager la mise en place de structures de coopération encore plus concrète entre les hôpitaux, les organismes d'assurance et les services publics concernés et de stimuler les “bonnes pratiques” en matière de structures de coopération entre les pays du Benelux;

- de collecter et de fournir autant de données transparentes que possible sur la mobilité transfrontalière des patients;

- d'encourager les investissements communs dans l'appareillage médical et le développement de médicaments;

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">— te trachten over te gaan tot een samenaankoop van dure geneesmiddelen, bijvoorbeeld weesgeneesmiddelen;— binnen de Europese Unie een voortrekkersrol te spelen met betrekking tot het vrij verkeer van patiënten, grensoverschrijdende zorg en uitwisseling van elektronische patiëntendossiers (met het oog op de ontwikkeling van een “autoroute e-santé”);— de samenwerking binnen de Grande Région en de Eurometropool op het vlak van de grensoverschrijdende patiëntenzorg te versterken;— een samenwerking op te zetten met de <i>Baltic Council of Ministers</i> en <i>Nordic Council of Ministers</i> door het uitwisselen van praktijkvoorbeelden en “best practices”, inzonderheid op het gebied van <i>e-Health</i>;— om samenwerking op het gebied van infectiepreventie en terugdringen antibioticaresistentie. | <ul style="list-style-type: none">— de tendre vers l’achat en commun de médicaments onéreux, comme les médicaments orphelins;— de jouer dans l’Union européenne un rôle de précurseur concernant la libre circulation des patients, des soins de santé et l’échange de dossiers électroniques de patients (en vue du développement d’une ‘autoroute e-Santé’);— de renforcer la coopération au sein de la Grande Région et de l’Eurométropole dans le domaine des soins transfrontaliers aux patients;— de mettre en place une coopération avec le Conseil balte des ministres et le Conseil nordique des ministres par l’échange d’exemples de pratiques et de ‘meilleures pratiques’ dans le domaine de l’e-Santé;— de coopérer dans le domaine de la prévention des infections et de la réduction de la résistance aux antibiotiques. |
|---|--|