

Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers

Jean de Kervasdoué

*Avec la collaboration de
François Blamont, Daniel Darmon et Maurice Soustiel,*

Et la contribution d'Elena Callay, de Catherine du Chatelet, de Géraldine Visentin et de Charles Scatchard

Juin 2014

Remerciements

Suite à la lettre de mission du Ministre des affaires étrangères et de la Ministre des Affaires sociales et de la santé du 15 février 2012⁴, une équipe s'est immédiatement mise au travail sous ma responsabilité, en France comme à l'étranger.

Elle a été animée, en France, par François Blamont et Maurice Soustiel qui ont contacté de très nombreuses personnalités et menés des entretiens. En Thaïlande, Daniel Darmon a pris plusieurs semaines de son temps pour analyser en détail leur politique en la matière. Charles Scatchard et Elena Callay ont sollicité leurs contacts anglais, russes et turcs et invités à Paris plusieurs personnalités de ces pays. Géraldine Visentin a rédigé une note de synthèse après chacune de nos réunions. Catherine du Chatelet, enfin, a relu et corrigé la dernière version de ce document.

Tout cela s'est fait sans dédommagement, ni rémunération d'aucune sorte. Qu'ils soient remerciés ici de leur temps et de la qualité de leurs contributions.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont accepté de nous recevoir et de participer à des réunions. Leur liste est indiquée en annexe.

Bien entendu, j'assume seul la responsabilité de ce travail. Il conclut qu'il existe là un secteur important de développement pour la France.

REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES
AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Le Ministre

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

La Ministre

PARIS, LE 15.02.14 000968 CM

Monsieur le Directeur,

L'excellence de l'offre médicale en France est reconnue internationalement, et participe à notre classement parmi les meilleurs systèmes de soins au monde. La santé est également un élément essentiel de notre développement économique et notre diplomatie s'emploie à mobiliser ses efforts afin d'amplifier et faire reconnaître les domaines où les retombées en termes d'emploi et de croissance sont les plus prometteurs.

Nous souhaitons que l'action des services diplomatiques et de santé puisse être enrichie par l'appui de personnalités dont l'expérience et les compétences sont reconnues.

C'est pourquoi nous sollicitons votre concours afin de contribuer à notre réflexion sur plusieurs aspects de la santé à l'international, en apportant votre diagnostic sur :

- d'une part, les attentes et les motivations des patients étrangers très solvables, ainsi que les freins à leur accueil en France,
- d'autre part les flux de patients français vers l'étranger, les motifs et les destinations privilégiées.

Certains pays ont déjà développé une offre médicale comme l'Allemagne, le Canada, les Etats Unis, la Thaïlande ou la Hongrie. L'attractivité de la France en matière de santé peut-elle être développée ?

Au-delà de l'intérêt économique, ces travaux ne peuvent s'envisager qu'à la condition qu'un tel accueil de patients ne pèse ni sur le budget des hôpitaux, ni sur la qualité de l'accueil et le traitement apporté aux citoyens français.

Vous pourriez ainsi recenser les activités qui semblent particulièrement susceptibles d'illustrer nos qualités d'accueil et de soins et formuler des propositions dans le but de structurer l'offre française.

.../...

Monsieur Jean de KERVASDOUÉ
Conservatoire national des arts et métiers
Chaire d'économie et gestion des services de santé
292 rue Saint-Martin
75141 PARIS Cedex 03

En lien avec le Ministère du commerce extérieur, et plus particulièrement avec M. David Sourdive, fédérateur santé pour le commerce extérieur, vous pourriez approfondir également les échanges avec nos partenaires étrangers afin d'expertiser les conditions de l'accompagnement de l'implantation de notre offre hospitalière à l'étranger.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous communiquer sous 3 mois vos propositions et votre plan d'action sous les présents timbres, et nous vous souhaitons plein succès dans cette mission.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments les meilleurs *et ses cordiaux.*

Laurent FABIUS

Bien cordialement,

Marisol TOURAINE

Plan

Préambule	Page 6
Le contexte	Page 9
L'état des lieux en France	Page 18
Recommandations	Page 30
Objectifs et calendriers	Page 36
Annexe I (La Thaïlande)	Page 38
Annexe II (Qualité des équipes françaises)...	Page 57
Annexe III (Liste des personnes auditionnées)	Page 59

Préambule

En mai 2014, la « privatisation » d'un étage à l'hôpital Ambroise Paré (AP-HP) pour un patient fortuné du Moyen-Orient a ouvert le débat sur l'acceptabilité sociale et politique de l'accueil de malades étrangers payants en France. Il était indispensable.

L'accueil de personnes, voire de personnalités étrangères, malades dans les établissements hospitaliers français qu'ils soient civils ou militaires, publics ou privés, n'est pas, en France, un phénomène récent. En revanche, l'apparition d'une demande internationale de soins de qualité l'est. En réponse à cette demande une offre est apparue avec une rapidité et une ampleur insoupçonnée, tout au moins par l'auteur de ce rapport. Cette demande croît avec un taux annuel à deux chiffres et, comme nous le montrerons ci-après, elle va continuer de croître à un rythme rapide. **La question est donc de savoir si la France souhaite y répondre et si oui dans quelles conditions.** Alors que l'Allemagne offre depuis une dizaine d'années des services de plus en plus nombreux à la palette de plus en plus large et accueille donc de plus en plus de patients étrangers, il importe, avant que la France ne s'engage dans cette voie, que les raisons qui justifient et précisent une telle ouverture, soient connues et acceptées.

La médecine française est réputée pour sa qualité, son humanité et son accessibilité. Les Français en bénéficient tous, y compris les plus démunis. En outre, la France accueille gratuitement, sous des conditions particulières, des patients étrangers de certains pays quand il est démontré qu'ils ne peuvent pas recevoir de soins équivalents dans leur pays.

Les grandes associations humanitaires médicales (Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, Chaîne de l'Espoir...) sont nées en France et fonctionnent notamment grâce à la générosité des Français.

La recherche médicale et l'excellence de la formation clinique participent au rayonnement de la France.

On peut alors comprendre que, malgré la barrière de la langue, malgré la fragilité de toute personne malade qui hésite par essence à s'éloigner de son milieu familial, de plus en plus de patients étrangers souhaitent se faire soigner dans un pays réputé pour l'excellence de sa médecine.

Cependant, la France n'est pas le seul pays à offrir des soins de qualité ; d'autres pays l'ont largement devancée et rendent des services reconnus et appréciés.

On pourrait craindre en France que l'accueil de ces patients étrangers et payants ne conduise les équipes médicales à négliger leurs concitoyens. Outre le fait que cette crainte n'est pas exprimée quand les patients sont accueillis gratuitement, elle semble, sous certaines conditions, peu fondée. Il importe d'affirmer d'emblée que ces éventuels futurs patients n'auraient aucun passe-droit et, d'un point de vue médical, seraient accueillis comme ils l'ont toujours été, et comme les sont les patients français.

Soulignons en outre que, dans certains cas, celui des affections rares, cette ouverture est nécessaire : pour progresser, pour publier, voire pour se maintenir dans la rude concurrence scientifique internationale, certaines équipes très spécialisées doivent recruter sur une base démographique plus vaste que la France. Cela concerne plusieurs dizaines d'équipes, par essence parmi les plus innovantes.

Quant aux affections plus « classiques » qui seraient l'essentiel de la demande, on doit se demander si les établissements hospitaliers français sont capables de l'absorber sans pénaliser les Français. Remarquons qu'en France, à part quelques rares spécialités, les soins ne sont pas rationnés : il n'y a pas à proprement parler de listes d'attentes, sauf pour certains examens d'imagerie comme l'IRM ou le PET-Scan. Soulignons en outre que depuis des décennies la population française s'accroît d'environ 0,5% par an, soit de 1% tous les deux ans. A supposer que nous accueillions un jour en France 1% de malades étrangers payants (dans dix ans peut-être, nous en sommes très loin), cela ne modifierait en rien l'accès aux soins des Français.

Nous avons donc, médicalement, la capacité de répondre à cette demande et, pour que tout se passe dans la plus grande transparence, au moins à l'hôpital public, il importe que le devis qui serait envoyé au patient, avant sa venue en France, soit « tout compris ». Autrement dit : si un médecin souhaitait que les honoraires d'un patient étranger soient ceux de son secteur privé, il s'en arrangerait avec son établissement.

En revanche, pour ce qui est des conditions hôtelières, à quelques très rares exceptions près, aucun établissement sanitaire français n'est au standard international. Pour accueillir cette patientèle exigeante, il faudrait donc offrir les conditions hôtelières auxquelles ils sont habitués et, bien entendu les facturer en conséquence. Il ne s'agirait là d'aucune dérogation de principe : dans les établissements hospitaliers français publics et privés, déjà, les chambres particulières sont bien facturées à part. Par ailleurs, les Français qui voudraient bénéficier de ce type de service haut de gamme le pourraient dans les mêmes conditions.

Quant aux avantages économiques qui pourraient provenir d'un tel accueil, ils sont nombreux. Certains sont évidents : entrée de devises, créations d'emplois (en Allemagne, environ 30000 emplois directs ont été ainsi créés), renforcement de la réputation d'excellence de la médecine française ... ; d'autres touchent à la possibilité de développer des équipes de pointe dans des spécialités à forte valeur ajoutée (chirurgie, oncologie ...), à l'amortissement plus rapide (et donc un meilleur accès pour les Français) de certains plateaux médicotechniques. Enfin, cette ouverture serait l'occasion de montrer, outre l'excellence de notre médecine, l'humanité de sa prise en charge.

Le contexte

Un marché mondial en plein essor

Le développement de ce que certains qualifient, à tort, de « tourisme médical » a surpris par sa soudaineté et son ampleur. Alors que l'on pensait il y a moins de dix ans que ce marché se limiterait aux soins dentaires et à la chirurgie esthétique, il n'en a rien été. Certes ces activités ont été et en demeurent une part importante, mais plusieurs pays se sont organisés pour accueillir des patients atteints de cancers, de maladies cardiaques et de toutes autres affections graves nécessitant des soins intensifs. C'est le cas de l'Allemagne, d'Israël, de la Turquie, de la Thaïlande, de l'Inde... sans oublier d'évoquer des destinations plus traditionnelles : les États-Unis¹ d'abord, l'Angleterre à une moindre échelle. Tous ces établissements ont conclu des accords médicaux de coopération avec des établissements en Asie, en Amérique du Sud et dans le Golfe. Cela ne se limite pas à des jumelages scientifiques ou à des formations du personnel, mais à des contrats commerciaux pour fidéliser une clientèle étrangère et mettre en place un réseau durable et économiquement rentable. Il en est ainsi, en France, de Gustave Roussy et de l'Hôpital Américain à Paris.

Quant au mot « tourisme », il a plusieurs connotations et notamment celles du plaisir de voyager et de la liberté de choix du calendrier et de la destination. Si l'on peut différer un voyage, ce n'est pas le cas d'une insuffisance cardiaque ou d'un cancer qui vient d'être diagnostiqué. Les patients potentiels pour ne pas utiliser le terme de « clients » de ce nouveau marché recherchent pour eux et leur famille, les meilleurs soins possibles, c'est-à-dire ceux qui présentent le meilleur rapport coût/avantages ; en cela, notamment, ce ne sont pas des « touristes ». Ils ont de l'argent et sont disposés à payer de leur poche, ou par le biais d'une assurance à laquelle ils ont souscrit, cette qualité de service. Vulnérables, étrangers, ils ont en outre plus besoin que d'autres, d'attention, de compréhension, de temps.

Mais, venons aux facteurs qui ont contribué à l'ouverture de ce marché.

La mondialisation des soins médicaux

¹ Certains établissements Nord-américains ont une renommée internationale et accueillent des patients du monde entier : Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Stanford University hospital, MD Anderson, Dana Farmer, Memorial Sloan-Kettering, UCLA, Massachussets general ...

La mondialisation dans le domaine de la santé est ancienne. Nous n'évoquerons que d'une phrase la tragique histoire des épidémies qui ont accompagné les grandes invasions et d'abord celle de l'Amérique.

Recherche et enseignement

Plus tard, de manière positive, la recherche et les industries biomédicales ont suivi les mêmes routes et accompagné le commerce et les voyages transocéaniques.

Française, puis allemande, aujourd'hui anglaise, la langue de prédilection des chercheurs a changé. Depuis plus d'un siècle, savants, universitaires, scientifiques, ingénieurs voyagent et participent à des congrès. Au cours des cinquante dernières années, la langue anglaise s'est imposée et est devenue la langue universelle de communication scientifique au détriment du français, de l'allemand et du russe.

La mondialisation de la formation des chercheurs a accompagné ce mouvement et l'attraction nord-américaine a également été considérable même si, en la matière, elle n'a jamais été monopolistique. Ainsi, 4 800 étudiants indiens et 3 000 étudiants chinois suivent des études de médecine aux Etats-Unis, mais aussi 3 500 coréens, 1 600 saoudiens, 1 000 nigériens ... Aujourd'hui, beaucoup d'entre eux, revenus dans leur pays d'origine, participent à la création d'unités de recherche. En effet, la Chine, Singapour, l'Inde ont, en une petite vingtaine d'années, créé des centres d'excellence aujourd'hui prisés ; toutefois le Japon, comme certains pays d'Europe (dont la France), avec la Russie, maintiennent en la matière des universités et des laboratoires mondialement reconnus.

Industrie biomédicale

Quant aux industries du secteur (entreprises pharmaceutiques et biomédicales), elles sont aussi mondialisées, là encore cela ne date pas d'hier. Il n'y a pratiquement plus de marchés nationaux, sauf en Inde et en Chine où ils se développent du fait de la taille du marché intérieur². Qu'il s'agisse de médicaments ou de dispositifs médicaux, les Etats-Unis à eux-seuls représentent 40% du marché mondial, l'Europe de l'ouest entre 25 et 30%, l'Asie et notamment le Japon autour de 20% et donc le reste du monde entre 10% et 15%. Les lieux de production du savoir et de ses applications sont à l'évidence aussi des lieux d'attraction potentielle, tant des chercheurs que des malades qui recherchent l'excellence et ce d'autant

² Il n'est d'ailleurs pas impossible que la Chine s'éloigne des pratiques internationales en matière de test des molécules pharmaceutiques et soit en la matière moins prudente.

que leur maladie est grave et que les solutions thérapeutiques existantes sont peu efficaces. La recherche, à juste titre d'ailleurs, est source d'espoir.

Transport aérien

Le développement des transports aériens est un facteur qui facilite et amplifie la mondialisation des soins.

Internet et l'accès aux « meilleures » équipes

Toutefois, la cause la plus importante du développement exponentiel de ce nouveau marché est Internet et ses moteurs de recherche. Quel que soit l'endroit où l'on habite sur Terre, avec une maîtrise élémentaire de l'anglais, il est possible pour tout habitant de la planète de savoir où telle maladie peut être prise en charge et à quel coût. Le patient potentiel peut évaluer de son ordinateur les lieux où pourraient être prodigués les soins dont il souhaite bénéficier, en connaître le prix et la qualité. Il peut aussi interroger une plate-forme de second opinion, refaire analyser les résultats d'une biopsie ou d'une radiographie, prendre un rendez-vous, obtenir un devis etc. Cette médecine, commence par de la télémédecine et les grands services mondiaux sont aujourd'hui à la portée d'un clic.

Les hommes veulent vivre et doivent mourir. Aussi, pour parler en terme économique, quelqu'un qui peut mourir demain s'il n'est pas soigné, a un taux d'actualisation infini et peut être disposé à consacrer une partie de son éventuelle fortune à l'équipe médicale qui pourrait lui faire gagner des mois, voire des années. Cette situation très particulière a inspiré, en occident depuis Hippocrate, l'un des piliers de la déontologie médicale : le médecin ne doit pas tirer profit de cette situation et doit toujours présenter ses honoraires avec « tact et mesure ».

Mais, avec la médecine moderne, la relation n'est plus seulement celle du médecin et de son patient car le médecin ne travaille plus seul ; il dépend de ses confrères et d'une équipe³ dans une institution qui organise la prise en charge. L'institution elle-même compte autant que les médecins qu'elle emploie ou qui y travaillent⁴. Soulignons, une fois encore, que l'hôpital est une institution complexe, très complexe pour ce qui est de la gestion de la production de soins. Non seulement c'est un hôtel ouvert 24 heures sur 24 tous les jours de l'année, hôtel avec des règles d'hygiène strictes, mais outre les processus habituels de tout hôtel (ménage,

³ Au cours d'une transplantation de foie, environ 100 personnes interviennent.

⁴ Aux États-Unis, comme dans les établissements privés français, les médecins ne sont pas salariés mais des libéraux qui, pour reprendre l'expression américaine, ont des « privilèges d'admission » de leurs patients dans cet établissement.

repas, linge ...), il s’y ajoute des processus spécifiques pour la distribution de médicaments, la prescription d’analyses biologiques, l’imagerie, la gestion du bloc opératoire et les soins à la personne (soins infirmiers, rééducation, soins corporels). Si nous soulignons d’ores et déjà la dimension institutionnelle de l’offre de soins, c’est parce qu’elle nous semble en France être le facteur limitant, celui sur lequel il faudra le plus investir pour répondre à la demande internationale qui s’est exprimée.

Spécialisation de la médecine et personnalisation des soins

Depuis des décennies, nous rappelons avec insistance que l’évolution du savoir médical pousse à la spécialisation des équipes hospitalières qui, à son tour, conduit à la concentration des services de soins et donc à la fermeture de sites qui ne sont plus adaptés. Elle est (elle devrait être ...) départementale aujourd’hui pour les affections fréquentes, régionale voire nationale pour les plus rares, elle devient, dans certains cas, internationale. En effet, du fait de la révolution génomique, on apprend qu’un même symptôme (le cancer du sein par exemple) va, ou ne va pas répondre, à tel ou tel traitement selon la nature de certains gènes de la personne atteinte ; ainsi il y a des cancers du sein de plusieurs types, d’un point de vue thérapeutique tout au moins. La spécialisation déjà considérable s’accroît donc d’un ordre de grandeur. Paradoxalement, le nombre de maladies rares⁵ (plus de 7 000), augmente et cela ne fait que commencer. Il existe en France, pour un assez grand nombre de ces maladies, des équipes de réputation mondiale mais, rappelons une évidence, pour perdurer une équipe, aussi réputée soit-elle, a besoin de patients. On en déduit alors que certaines ne survivront que si leur recrutement dépasse largement les frontières de l’hexagone. En la matière donc, l’ouverture à des malades étrangers est aussi, à terme, un impératif pour la permanence des soins en France.

Dans quelles circonstances voyage-t-on pour se faire soigner ?

Les raisons sont peu nombreuses et simples.

La première est l’accessibilité. Certains soins ne sont pas offerts dans le pays d’origine, soit que les compétences et les institutions n’existent pas, soit parce que certaines pratiques sont interdites. En Europe, il en est ainsi des Françaises qui s’expatrient du fait des interdictions en matière de procréation assistée dont ne se préoccupe ni l’Espagne, ni la Belgique et pas davantage d’autres pays de l’Europe de l’Est. Bien entendu, il convient de distinguer les pays

⁵ Une maladie est qualifiée de “rare” quand il y a, en France, moins de 1000 cas recensés par an.

dont le système de santé est excellent, mais où certaines pratiques expérimentales ne sont pas proposées⁶, des pays où les soins sont inexistants, voire de qualité médiocre.

La seconde raison est le coût. Le différentiel de prix est parfois considérable (un facteur de 10 !), y compris à l'intérieur de l'Europe entre le pays de résidence du patient et le pays où il pourrait être soigné.

La troisième est le rationnement. Les listes d'attente sont fréquentes, c'est la règle plus que l'exception dans les pays développés. Ainsi, chaque année, près de 70 000 patients britanniques voyagent pour recevoir des soins. Il est prévu que ce chiffre soit multiplié par trois dans les dix ans. Alors qu'ils préféreraient la France, plus proche et plus familière, ils vont en Allemagne, en Turquie, en Pologne ou en Espagne pour se faire soigner. Dans une étude portant sur l'éventualité d'une prise en charge en dehors de l'Angleterre, 40% des patients anglais font savoir qu'ils accepteraient de voyager à l'étranger pour se faire soigner.

La quatrième enfin est sociale et culturelle. De nombreuses personnes ont vécu dans un autre pays que celui où ils résident, il leur est familier et parfois ils y ont de la famille.

Ces raisons soulignent que la demande n'est pas seulement celle d'une élite de personnes riches et puissantes, il y a aussi une demande transfrontalière et une demande de masse : celle des personnes aisées, bien informées, assurées ou non, qui ne vivent pas seulement dans des pays développés mais aussi dans les pays du sud.

Ainsi, les pays qui ont choisi la stratégie de proposer une offre médicale à ce type de patients connaissent une croissance à deux chiffres provenant du revenu de leur offre de soins, adaptée à la prise en charge de patients étrangers.

A ce stade, rappelons encore que toute personne malade est fragile, vulnérable, inquiète et qu'elle a besoin de bonnes, voire de graves, raisons pour voyager.

Le domaine de la santé est celui de la confiance : il en faut beaucoup pour quitter son pays d'origine et plus encore pour se faire soigner par une équipe qui ne parle pas sa langue maternelle. Cette remarque s'applique aux soins que les britanniques qualifient de soins de « confort » (chirurgie esthétique, soins dentaires, voire prothèse de hanche (confort ?) ou interventions ophtalmologiques ...), comme aux maladies lourdes qu'elles soient aiguës ou chroniques.

⁶ Ainsi, des Français vont en Suisse pour bénéficier d'une technique particulière pour le traitement de la maladie de Parkinson.

Une perception tardive de l'importance de la mondialisation des soins médicaux

Jusqu'à une date récente, la France a sous-estimée cette évolution et quand elle l'a décelée, l'a considérée comme un aspect nouveau de la mondialisation qui semblait ne pas la concerner, une conséquence inattendue, et non une opportunité.

Certes quelques établissements (Gustave Roussy, Hôpital Américain ...) ont maintenu avec discrétion une tradition institutionnelle ancienne en la matière. Des établissements frontaliers ont répondu à la demande des pays voisins (Calais, Lille, Nice ...). Des praticiens, et notamment ceux des établissements hospitalo-universitaires (CHU), ont aussi - en France ou en dehors de France - pris en charge les patients étrangers adressés par leurs confrères ou recommandés par des personnes vivant en France.

Une demande, malgré tout, se manifestait ; en effet non seulement la médecine française est d'une qualité internationalement reconnue, mais les prix y sont bas, voire très bas quand on les compare notamment aux tarifs américains.

Enfin quelques nouveaux entrepreneurs français privés à but lucratif ou non-lucratif (Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph) ont choisi de répondre à cette demande. Toutefois, devant les difficultés nombreuses que nous allons rappeler, d'autres entrepreneurs français ont préféré investir en Suisse, ou au Moyen-Orient, pour pouvoir accueillir aux conditions qu'ils exigent les patients du monde entier.

Une stratégie nationale de plusieurs pays, y compris européens

De nombreux pays en revanche ont saisi cette opportunité.

Certains, comme la Thaïlande, nous paraissent lointain et, par un ignorant mépris, nous n'imaginions pas pouvoir nous y comparer ; pourtant, leur cas est exemplaire.

Grâce à Daniel Darmon, français résidant en Thaïlande, bon connaisseur de la France et de son administration, avons-nous pu décrire en détails la stratégie de ce pays et ses réalisations. Sa note est reproduite *in extenso* en annexe.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce pays accueillait déjà en 2007, entre 400 000 et 500 000 patients étrangers. Il ne s'agit pas là des étrangers résidant en Thaïlande, mais d'étrangers venus du monde entier en Thaïlande pour se faire soigner. La valeur ajoutée globale était, il y a 7 ans, de 0,4% du PIB thaï. L'équivalent pour la France représenterait 8 milliards d'Euro.

Le Mexique attire principalement les patients de son grand voisin du Nord pour des motifs financiers. Il s'agit surtout de transfrontaliers (de l'ordre du million) venant de Californie, d'Arizona ou du Texas.

Singapour a fait de la Santé une priorité afin d'attirer des patients de Chine, d'Indonésie, de Malaisie, des Philippines ...

Dubaï a construit une avenue de plusieurs kilomètres où se succèdent des dizaines d'établissements hospitaliers gérés et médicalement encadrés pour l'essentiel par des européens venant du Royaume-Uni ou des pays nordiques. La clientèle est celle des dix pays avoisinants, certains sont très peuplés comme l'Iran, l'Irak, l'Inde ou le Pakistan ; d'autres sont très riches comme l'Arabie Saoudite et les Etats du Golfe.

Israël, à partir d'un espace limité, considère que le Monde est son territoire⁷ et donc aussi son marché. Il s'y développe de nombreux services pour accueillir des patients (de l'ordre de 40 000 par an) provenant notamment de l'ex URSS. Du fait de l'émigration russophone, Israël utilise là un avantage compétitif. Les hôpitaux d'Haïfa, de Tel Aviv et de Jérusalem s'imposent dans de nombreux domaines et particulièrement en cancérologie. Leurs nombreuses équipes de recherche autour de l'institut de technologie du Technion et d'entreprises pharmaceutiques (comme TEVA) contribuent à attirer des patients du monde entier.

La Turquie à son tour, développe ces soins pour ses voisins de l'Est, de l'Ouest et aujourd'hui du Nord (l'Ukraine et la Russie). La directrice commerciale (c'est son titre) d'un important hôpital à but non-lucratif d'Istanbul, nous a expliqué que, dans son établissement de 220 lits, 5% des malades accueillis représentaient 30% des revenus annuels ! Elle dirige une équipe de 60 personnes, tant pour développer le recrutement de ces patients (relations commerciales secondées par l'équipe médicale) que pour organiser et gérer administrativement leur séjour. La Turquie accueille ainsi de l'ordre de 110 000 patients dont 54% en oncologie.

La Pologne, s'est ouverte aux marchés suédois et norvégien. En 2010, plus de 100 000 suédois ont voyagé pour y recevoir des soins médicaux. Il s'agit là principalement de chirurgie esthétique et la raison première est financière : les tarifs polonais sont, selon, la nature de l'intervention, de 2 à 4 fois moins onéreux que ceux des pays nordiques.

L'Allemagne a choisi une stratégie plus clinique. En construisant des hôpitaux dans les Lander de l'Est, elle a saisi l'occasion pour ouvrir ces hôpitaux aux pays voisins mais cette

⁷ Diana Pinto, *Israël a déménagé*, Stock, Paris 2012.

stratégie ne se limite pas à cette partie du pays. Ainsi, au grand CHU de Hamburg-Eppendorf, le site Internet est accessible en anglais, russe, arabe suédois et norvégien. Dans d'autres hôpitaux, à Berlin notamment, la première langue étrangère proposée est l'Arabe. Deux nouveaux établissements destinés aux patients étrangers ont été construits à côté de l'aéroport...

Où qu'ils soient, quels qu'ils soient les patients reçoivent le même traitement médical. Les patients étrangers ne sont pas prioritaires, mais ils sont loin d'être négligés et le service offert est plus individualisé. Le nom des infirmières de certains services est aussi inscrit en arabe afin que le patient soit le moins dépaysé possible. Au Moyen-Orient, l'Allemagne supplante les États-Unis comme destination médicale. Le taux de croissance de cette activité est rapide et ceci depuis une quinzaine d'années. Le chiffre d'affaire estimé pour la prise en charge de patients étrangers, se situe entre 1,5 et 2 milliards d'euros, soit entre 30 000 et 40 000 emplois.

L'accueil des patients étrangers est, en France, une tradition ancienne, et sa conception est humaniste

En mars 2013, un rapport sur « L'admission au séjour des étrangers malades » a été rédigé par les inspections générales du Ministère de l'Intérieur et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé⁸. Il est de qualité.

La France, généreusement, accueille donc des personnes malades qui, en principe, ne peuvent pas se faire soigner dans leur pays. Ce type d'admission représente 5,3% de l'ensemble des cartes de séjour temporaire, de l'ordre de 6 000 cartes de primo-délivrances et 20 000 renouvellements.

Ce rapport constate l'inadaptation de l'outil statistique, le manque d'instruction aux préfets, l'absence de connaissance de l'offre de soins dans les pays où naît la demande, les carences en formation du personnel, de profondes divergences d'interprétation des textes entre les services de la santé (DGS) et ceux de l'intérieur (SGII) ... si bien qu'il y a de très grandes disparités, et donc des inégalités « injustifiables » selon le lieu de dépôt de la demande : elle vont du simple au triple selon la région !

⁸ François Chièze, Olivier Dièderichs, Marc Vernhes, Renaud Fournalès, « Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, *Inspection générale des affaires sociales* », *Inspection générale de l'administration*, mars 2013.

Il existe par ailleurs des fraudes à la carte Vitale et à la CMU par des patients étrangers soignés en France dont un pourcentage significatif serait solvable. Elles sont documentées par plusieurs rapports. Il faut donc souligner qu'une des conditions pour que les étrangers solvables payent des services médicaux en France est de ne pas les leur offrir gratuitement.

Cette lapalissade n'est pas qu'humoristique et nécessitera un long travail, une profonde réforme des services compétents, des évaluations des procédures mises en œuvre et des contrôles permanents de la manière dont s'exerce en pratique notre généreux accueil des personnes étrangères malades, incapables de se faire soigner dans leur pays.

L'accueil des patients étrangers dans le cadre plus large des relations internationales en matière de santé

L'aide de la France et des pays européens en matière de santé ne faisait pas partie de la mission qui m'était confiée. Toutefois, il existe, y compris dans les pays les plus pauvres de la planète, une élite qui dispose de suffisamment de moyens financiers pour être prise en charge dans les meilleurs établissements hospitaliers. Même en dehors de cette élite de personnes extrêmement riches, il existe une bourgeoisie qui paye ses frais médicaux à un prix souvent supérieur aux tarifs français. Ainsi, dans les grandes villes du Maroc, la consultation d'un spécialiste coûte entre 45 et 50 €, soit deux fois le tarif conventionné d'un généraliste français. La population qui accède à de tels soins, de manière régulière, n'est pas marginale et représente environ 15% de la population du Maroc, soit de l'ordre de 5 millions de personnes. L'écart entre les plus riches et les plus pauvres se creuse dans ces pays et pose la question de l'aide de la France en matière de santé. Une partie de la demande est solvable, une autre ne l'est pas et cette dernière pâtit de la baisse de l'aide au développement que les pays européens consacrent à la santé.

Dans quelles circonstances convient-il de donner, de prêter ou de vendre des vaccins, des médicaments, des hôpitaux ? Y-a-t-il des pays prioritaires ? Comment se place l'aide française par rapport à l'aide communautaire et à l'aide bilatérale des autres pays ? Comment se situent les Etats par rapport à quelques grandes organisations gouvernementales (Fondation Bill et Melinda Gates) ? Comment distinguer l'aide structurelle (la couverture sanitaire universelle par exemple) de la réponse à des crises humanitaires ? Comment s'adapter aux évolutions induites par la croissance démographique, l'urbanisation, la destruction de l'environnement, le creusement des inégalités alors que les contraintes budgétaires s'accroissent ?

Voici quelques questions auxquelles nous ne répondrons pas, mais qui touchent notre sujet car certains de ces pays développent aussi des soins hospitaliers de qualité et il importe que leurs élites soient, dans la mesure du possible, soignées sur place. Nous verrons d'ailleurs que certaines mesures que nous proposons y contribuent, notamment tout ce qui touche la formation des médecins en fin de cursus, à condition qu'ils reviennent au pays !

L'état des lieux en France

Des atouts incontestables

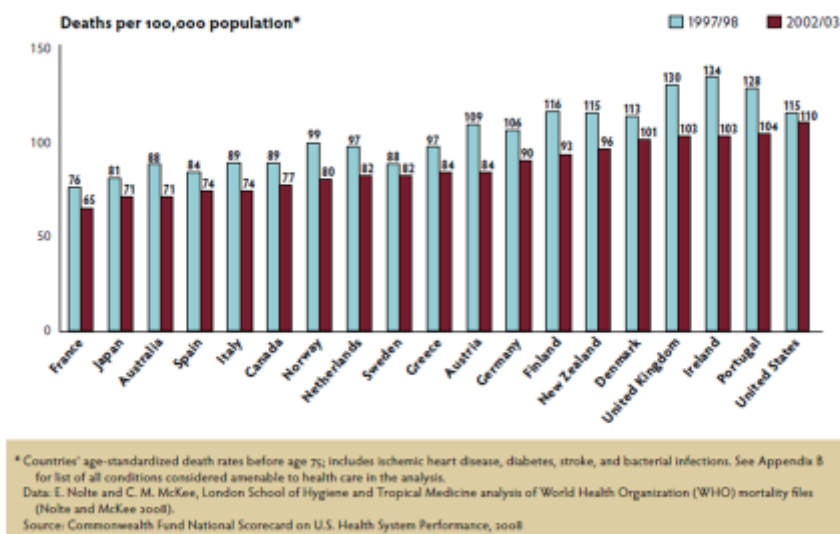
Dans le domaine des soins médicaux

Le classement de l'OMS

En l'an 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a considéré que le système de santé français était le meilleur du Monde. Ceci est resté dans beaucoup de mémoires, même si les critères (et leur pondération) étaient discutables. Il est indéniable cependant, que si l'on avait classé par groupe de dix les pays de la planète, sans ordre à l'intérieur de ces groupes, la France aurait été dans le premier groupe

L'excellence de la médecine française

La qualité des soins est en France excellente et, selon une étude anglo-saxonne qui date d'une dizaine d'années, la France a les meilleurs résultats du Monde pour la prise en charge des maladies curables de patients ayant moins de 75 ans.



Le classement reproduit dans le magazine « CAPITAL » d'octobre 2013, comme dans US News, provient de la base SOMedical.com, il est consultable sur Internet et a été réalisé par le docteur Maurice Soustiel. Son but est d'identifier pour chacune des pathologies retenues dans les spécialités ou le second avis a un véritable avantage pronostic : cancérologie, cardiologie, orthopédie, maladies digestives, ophtalmologie, procréation assistée-fertilité ; maladies inflammatoires et auto-immunes, Radiothérapie), les meilleures équipes médicales au Monde. Cette base a été constituée en croisant les opinions de plus de 250 experts internationaux (dont des Prix Nobel en médecine) reconnus. Les principaux critères sont :

- La notoriété internationale du médecin et de l'établissement
- Les publications scientifiques
- L'utilisation des nouvelles techniques
- L'innovation diagnostique et thérapeutique
- La qualité de la prise en charge du patient

En fonction de ces critères, 98 équipes françaises sur 380 équipes mondiales ont été classées parmi les meilleures équipes médicales du monde. Seules les USA font mieux (133). La France devance largement l'Allemagne (30), la Suisse (22) et le Royaume-Uni (19). Le classement détaillé est en annexe.

La France est à l'origine de nombreuses « premières mondiales » même dans un passé récent. De très nombreuses techniques chirurgicales, à commencer par la chirurgie endoscopique, sont pour une part importante nées en France et doivent beaucoup, notamment en gynécologie, à une équipe française. Toutefois, les appareils utilisés ne sont pas *made in France* ! Notre excellence couvre toutes les dimensions de la chirurgie : chirurgie cardiaque, chirurgie reconstructrice (greffe du visage), transplantation, chirurgie robotique, chirurgie esthétique, chirurgie viscérale ... et de la médecine. En outre, des centres de formation dédiés à ces nouvelles techniques ont été créés : IRCAD, Ecole Européenne de Chirurgie, Gustave Roussy... et diffusent le savoir-faire français.

Ayant participé à la sélection des six IHU (Institut Hospitalo-Universitaires) avec une vingtaine de chercheurs, d'universitaires et de médecins étrangers mondialement renommés, il était évident que ces derniers tenaient la médecine française en haute estime, tant par la qualité de certaines de ses équipes hospitalo-universitaires que par la nature des soins prodigués dans nos établissements.

Outre les IHU précédemment mentionnés, l'Institut Pasteur, l'INSERM, le CNRS, le CEA et même l'INRA (flore intestinale) ont des équipes mondialement reconnues.

La France, grâce au professeur Louis Lareng, a créé les SAMU que le monde entier continue de nous copier.

Les *French doctors*, et les organisations humanitaires qu'ils ont créées (à commencer par Médecins Sans Frontières, organisation lauréate du prix Nobel de la paix, mais aussi Médecins du Monde, la Chaîne de l'Espoir ...) ont une notoriété mondiale.

Beaucoup d'entreprises innovantes voient le jour autour de quelques pôles franciliens et provinciaux. S'ils arrivent à montrer la qualité potentielle de leurs découvertes, il leur est cependant plus difficile de trouver un financement de phase 1 ou 2, quand il s'agit de vaccins ou de nouvelles molécules et vont alors les chercher à l'étranger, aux Etats-Unis notamment.

Enfin, la France a la chance d'avoir sur son sol des compagnies d'assistance parmi les leaders mondiaux : Axa Assistance, Europ Assistance, Mondiale Assistance et SOS International. Nous les avons auditionnés. Elles pourraient, à plusieurs titres, contribuer à la réussite du projet.

Des honoraires, des prix et des tarifs compétitifs

Comparaison de prix des prestations

Table 1. Cross-national comparison of prices paid by private health plans for selected procedures or products in 2009

	Canada	France	Germany	Switzer-land	USA		
					Low	Average	95th Percentile
CT scan: head	\$65	\$179	\$287	\$360	\$82	\$464	\$1430
MRI scan	\$304	\$398	\$632	\$874	\$509	\$1009	\$2590
Normal delivery ^a	\$2667	\$3768	\$2147	\$3485	\$6379	\$8435	\$13 799
Appendectomy ^a	\$3810	\$2795	\$3285	\$2570	\$7758	\$13 123	\$25 344
Coronary bypass surgery ^a	\$22 212	\$16 325	\$27 237	\$11 618	\$37 793	\$9 770	\$126 182
Angioplasty ^a	–	\$7666	\$6055	\$5223	\$18 283	\$29 055	\$60 448
Hip replacement ^a	\$10 753	\$12 629	\$15 329	\$6683	\$21 247	\$34 454	\$75 369
Nexium	\$32	–	\$136	\$69	\$167	\$186	\$339
Plavix	\$76	\$15	\$99	\$59	\$148	\$152	\$161

^aPhysician and hospital fees combined.

Source: International Federation of Health Plans, 2010 Price Comparisons—Medical and Hospital fees by Country.

Source : U. Reinhardt, « Divide et Impera... » *Health Economics* 21:4-54 (2012)

Ce tableau parle de lui-même : si les prix (ou tarifs) français sont du même ordre de grandeur que les prix canadiens, allemands et suisses, ils sont très inférieurs aux prix américains.

Dans le domaine du tourisme

Le tourisme en France, c'est deux millions d'emplois directs et 6,2% du PIB. Première destination mondiale en nombre de visites, elle se classe troisième (après les Etats-Unis et l'Espagne) en revenu. Cette familiarité est un atout incontestable, les raisons en sont évidentes.

Une première prise de conscience

Dans le volet santé du rapport de la « Commission pour la libération de la croissance » (2008) présidée par Jacques Attali, ce thème avait déjà été abordé. Ainsi dans sa « décision 76 », il était indiqué sous la rubrique : « *Développer l'offre d'accueil de clients étrangers* » les lignes suivantes.

Mondialement connue pour la qualité de son système de santé, la France doit rendre plus attractif son système de soin aux ressortissants européens et extra-européens.

Un certain nombre d'hôpitaux et de cliniques en France ont déjà passé des conventions avec d'autres États, notamment européens, pour soigner des malades non urgents. Le traitement des patients étrangers a déjà représenté 450 M € et dégagé un excédent de 200 M €. Ce

chiffre d'affaires a quasiment doublé en 15 ans. Il pourrait augmenter rapidement au cours des prochaines années en raison de la progression de la richesse mondiale. Il convient donc de :

► *Lever les contraintes au sein des hôpitaux et des cliniques freinant l'admission de malades étrangers, notamment en donnant la possibilité de s'engager sur des devis forfaitaires avec une solution assurantielle permettant de garantir tout aléa d'évolution de tarif.* L'idée est donc là, même si le chiffre d'affaire semble surestimé quand on exclut l'admission aux urgences des touristes étrangers dans les établissements hospitaliers français.

Plus récemment, le rapport d'Aïssa Khelifa⁹, analyse le contexte mondial de ce qu'il appelle le « tourisme médical » ainsi que les différents types de demandes, la réponse des pays, les acteurs clés de la reconnaissance internationale et la place de la France. Ce rapport est de qualité et nous a aidé dans notre mission.

Des expériences, parfois anciennes, de quelques institutions

Gustave Roussy (GR)

Si l'Italie, en 1980, représentait 11% des nouveaux patients de l'IGR, les patients étrangers proviennent aujourd'hui essentiellement des pays du Golfe (Koweït, Bahreïn, bientôt l'Arabie Saoudite) et le Kazakhstan. Ils viennent à l'Institut parce des spécialistes étrangers y sont formés et qu'ils adressent ensuite certains de leurs patients quand ils sont revenus au pays. La politique d'accueil des patients étrangers permet d'accroître les revenus bruts annuels de plus de 13 millions d'Euro. Les tarifs facturés à ces patients sont de 36% supérieurs à ceux définis par le Ministère de la Santé. A part la chambre particulière qui est aussi la règle pour les patients français éloignés de leur famille de plus 300 kms, il n'y a pas de services hôteliers particuliers, ce qui est un frein au développement de la clientèle internationale. Toutefois, les patients sont prévenus, ils ne sont donc ni déçus, ni mécontents.

Tous les patients reçoivent un devis avant hospitalisation et ils ne sont admis que si une avance d'au moins 80% a été versée. La concurrence est forte et les intermédiaires consultent toujours simultanément plusieurs institutions.

Comme en matière de cancérologie, certains traitements sont longs et d'autres sont discontinus (radiothérapie, chimiothérapie), un hôtel de qualité (quatre ou cinq étoiles) pour

⁹ Aïssa Khelifa, « Mondialisation des soins et tourisme médical », *Institut Montparnasse*, Paris, décembre 2013.

les patients ou leur famille améliorerait la prise en charge et le recrutement d'une partie de la clientèle. Toutefois, le facteur le plus limitant pour l'accueil des malades étrangers, serait, à ce stade, la difficulté d'obtenir des visas pour des médecins étrangers en fin de formation et qui souhaiteraient passer six mois ou un an à l'Institut pour se spécialiser. Ils sont en effet ceux qui adressent les malades quand ils reviennent au pays.

Cette remarque rejoint le constat de la directrice commerciale d'un hôpital à but non-lucratif d'Istanbul : elle développe sa clientèle en parcourant les congrès médicaux des pays cibles et en offrant aux jeunes et brillants professionnels la possibilité de venir se former dans son hôpital. « C'est un excellent investissement », nous précisait-elle.

Hôpital Américain de Paris

Créé en 1906, reconnu d'utilité publique en 1918, cet établissement privé à but non lucratif s'est toujours organisé pour accueillir des patients étrangers. Aujourd'hui 35% de ses patients ne sont pas affiliés à l'assurance maladie française, ils proviennent de 110 nationalités. En 2013, 29% des patients étaient issus des Pays Arabes (Maghreb et Moyen-Orient), 18% d'Afrique (surtout francophone), 17% d'Europe (Angleterre, Portugal, Suisse...), 17% d'Amérique du Nord, 9% du Japon, 3% d'Asie, 3% de Russie.

Expérimentées, les équipes savent qu'un patient doit être soigné dans sa langue, il existe donc du côté administratif, hôtelier et soignant six « cellules internationales » (Amérique, Afrique, Japon, Chine, Russie et pays arabes) qui fonctionnent 24 heures sur 24, toute l'année.

Si grâce à une loi de 1949, certains médecins dont les diplômes ne sont pas reconnus par l'Union Européenne peuvent exercer dans l'établissement, ce qui constitue un considérable avantage, le facteur le plus limitant est l'obtention de visas (3 semaines en France, la journée en Allemagne), vient ensuite la disponibilité d'équipements lourds.

L'Assistance Publique hôpitaux de Paris (AP-HP)

Depuis toujours, l'AP-HP a accueilli dans ses services des patients étrangers, sans qu'un cadre institutionnel ne soit défini. Depuis janvier 2012, un circuit a été élaboré et une expérimentation a été mise en place depuis le 1^{er} janvier 2013 dans cinq établissements. Un appel d'offres pour les prestations annexes a été lancé et des accords ont été signés (ou sont en cours de signature) avec des établissements étrangers, voire des pays (Arabie Saoudite). Une centaine de dossiers ont été reçus au cours des sept derniers mois.

Même si l'AP-HP dispose d'atouts nombreux dus à l'excellence de ses équipes médicales, elle rencontre d'importantes difficultés opérationnelles. Elles proviennent de la rigidité de son

statut. Ainsi, par exemple, la séparation ordonnateur-comptable conduit à des délais de plus d'un mois pour rembourser un trop perçu d'un patient étranger. En effet, si un médecin, après examen du patient, juge que l'opération ne s'impose pas, le patient et sa famille s'attendent à être remboursés de l'avance et cela immédiatement. Or, ils découvrent avec surprise, voire colère, qu'il faut de longues semaines, au mieux ! De même, alors que la concurrence nationale et internationale peut produire un devis en quelques heures, il faut à l'AP-HP, au moins trois jours ... En outre, pour agir dans ce secteur hautement concurrentiel, l'AP-HP doit pouvoir faire valoir ses atouts, or la publicité lui est interdite par la loi, y compris à l'étranger. Elle doit pouvoir négocier de gré à gré des tarifs et investir, ce qui lui est refusé. Depuis, dix ans les hôpitaux publics allemands ont, pour ce faire, la possibilité de créer une filiale commerciale. Par ailleurs, les locaux de très nombreux services prestigieux de cette institution sont vétustes ; le personnel paramédical n'est pas formé aux langues étrangères ; l'augmentation systématique des tarifs de 30% est dans la majorité des cas trop bas et dans quelques autres trop élevé... Enfin et surtout, les soins sont en France considérés comme un bien public et pas comme un service marchand.

En région parisienne et à Paris, d'autres expériences se lancent avec plus de rapidité et de succès car elles ont lieu dans des hôpitaux à but non-lucratif. Citons, par ordre alphabétique, outre Gustave Roussy et l'hôpital Américain de Paris, le Centre chirurgical Marie-Lannelongue au Plessis-Robinson, la Fondation Rothschild à Paris, l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, l'hôpital Foch à Suresnes, le Groupe hospitalier Saint-Joseph ...

Enfin, malgré l'absence de soutien des pouvoirs publics, les contraintes du Conseil de l'Ordre des Médecins en matière de publicité, de nombreux médecins français exerçant en clinique privée ont une clientèle étrangère. Le plus souvent, il s'agit plutôt de la clientèle du médecin que celle de l'établissement.

Description du processus de prise en charge d'un patient étranger solvable

Si un patient est disposé à quitter son pays pour être soigné dans un établissement d'un pays étranger c'est qu'il est à la fois financièrement aisé, profondément motivé et suffisamment confiant. Cette confiance le plus souvent provient de recommandations d'un tiers : soit un médecin, soit l'assurance maladie publique ou privée du patient potentiel.

En outre, première lapalissade : pour être choisi, l'établissement doit être connu. Cette connaissance provient d'une réputation soit globale (celle de l'établissement), soit spécifique (celle de l'équipe). Cette visibilité internationale provient de l'excellence des médecins qui ont publié, développé de nouvelles techniques et, progressivement tissé un réseau confraternel qui devient, avec le temps, aussi celui des patients. Aujourd'hui cette visibilité, cette réputation est inscrite dans Internet, ses réseaux et ses moteurs de recherche. Ils ne sont pas tous objectifs et Google, notamment, fait payer ses « clics » pour que l'établissement soit bien placé, c'est-à-dire en première page après une requête.

Ensuite, seconde lapalissade, si le patient se déplace c'est qu'il en a les moyens et que donc il connaît l'ordre de grandeur vraisemblable de ce qu'il devra payer.

Pour utiliser le terme approprié, même si nous sommes conscients des réactions qu'il soulève, l'établissement doit donc investir dans son marketing : déplacement de ses médecins à des congrès, accueil des médecins étrangers, création d'un site Internet en plusieurs langues ...

Il doit ensuite réaliser un devis en quelques heures. En effet, le patient ou son représentant (compagnie d'assurance, intermédiaire, membre de la famille ...), va le plus souvent consulter plusieurs établissements et donc envoyer un dossier médical plus ou moins détaillé où sera précisé la nature des soins recherchés à plusieurs hôpitaux de plusieurs pays. La réponse nécessitera donc la collaboration des équipes médicales et administratives¹⁰. En cas d'accord, le patient va vouloir un service « tout compris » : voyage, accueil à l'aéroport, transport à l'hôpital, accueil à l'hôpital, présentation de l'équipe, suivi pendant l'hospitalisation, organisation si nécessaire d'un séjour hôtelier pendant la période de suivi où la période entre les traitements, prise en charge de la famille, conseil en cas de modification de diagnostic et de thérapeutique, suivi financier, organisation du retour... On voit donc que tout établissement hospitalier devra d'une part définir une procédure interne et d'autre part s'associer à des entreprises qui pratiquent l'assistance médicale et qui offriront une « conciergerie médicale » pour faire référence au rôle des concierges dans les grands hôtels.

Pour que ce service se développe, il faut donc que tous les acteurs du processus succinctement décrit ci-dessus s'organisent et qu'ils collaborent.

De nombreux facteurs limitent l'accueil des patients étrangers en France

a) Politiques

¹⁰ Rappelons, qu'un patient et sa famille dépenseront ainsi environ 200 000 € !

Jusqu'à ce jour, l'accueil des malades étrangers en France était toléré et, pour le moins, peu soutenu par les gouvernements successifs. Quelques médecins le faisaient sans le dire et quelques grands de ce monde étaient hébergés soit dans les établissements militaires, soit à l'Hôpital Américain de Paris, soit dans certains services de l'AP-HP. Les professeurs et médecins renommés étaient aussi invités dans le pays de leur patient, mais tout cela était officieux. Quant à l'opinion relayée par la presse, comme on a pu le constater récemment, elle craint qu'une clientèle internationale solvable ne vienne nuire à la prise en charge des citoyens français. Les mots ne suffiront pas, du temps sera nécessaire à condition que les principes soient clairement définis et leur application contrôlée.

b) Juridiques

L'interdiction ordinaire de favoriser la « promotion », c'est-à-dire la publicité d'une équipe médicale ou d'un médecin de qualité, rendait difficile l'identification de ces équipes et de ces personnes de talent par les usagers d'Internet. Toutefois, l'Ordre national des médecins vient de lancer au printemps 2014 un groupe de travail qui doit tracer de nouvelles limites entre les informations et la publicité. Il a pour consigne de s'adapter à Internet et à « la vraie vie », comme le précise le nouveau Président de l'Ordre national, le docteur Patrick Bouet. Bien entendu, la question de la sécurité des personnes demeurera en premier plan car les malades ne doivent pas être abusés. Les fondements de la doctrine ne changent donc pas, mais certaines des limites actuelles datant d'avant la révolution Internet seront levées dans un an.

Quelques aspects des lois bioéthiques interdisent en France la pratique d'activités médicales pour certains patients notamment dans le domaine de la fécondation et des cellules souches¹¹. Ces patients sont pris en charge à l'étranger, en Espagne et en Belgique notamment. C'est également le cas de certaines techniques innovantes qui mettent beaucoup de temps, en France, avant d'être autorisées.

Toujours pour des raisons de protection de « l'utilisateur-patient », de longs délais de « réflexion » entre la consultation avant une intervention chirurgicale et la possibilité d'opérer (15 jours en chirurgie plastique et réparatrice) sont des freins au recrutement. Les patients étrangers ayant pris leur décision avant de venir en France, ne voient pas pourquoi ils devraient rester quinze jours en France pour attendre une intervention décidée après mure

¹¹ C'est aussi le cas pour certains types de recherche.

réflexion dans leur pays et pour laquelle ils ont déjà entrepris un long voyage. Certaines équipes font démarrer ce délai de l'échange de fax ou de mail avec le patient, quand il est encore à l'étranger.

c) Administratifs (Ministères des Affaires étrangères et de l'Intérieur)

L'obtention d'un visa est une condition nécessaire à la venue d'un patient, le plus souvent accompagné de sa famille. Or la procédure est souvent longue et dépasse plusieurs semaines.

Toujours dans le domaine des visas, il est aujourd'hui (cela n'a pas toujours été le cas) quasiment impossible d'obtenir un visa pour accueillir un jeune médecin étranger qui souhaite venir se perfectionner en France pendant un trimestre, un semestre ou un an. La modification de la procédure est une conséquence directe du « discours de Grenoble » du président Sarkozy qui s'accompagna aussi de la reconduction brutale de jeunes médecins étrangers à la frontière par les services du Ministère de l'Intérieur de l'époque. Ils s'en souviennent !

d) Administratifs (Santé)

L'inadaptation de la procédure des quotas des « résidents » étrangers.

Pour que se développe le lien entre une équipe de référence mondiale et des correspondants étrangers, la méthode la plus efficace consiste à tisser des liens directs entre l'équipe de l'hôpital (le plus souvent universitaire) français et son homologue étranger. Il conviendrait donc de laisser à l'équipe française, après engagement contractuel contrôlable et contrôlé, le choix de sa stratégie en la matière. Or aujourd'hui la procédure est lourde, longue, nationale et inefficace.

La politique d'autorisation d'équipements lourds (Imagerie, radiothérapie...)

Du fait d'un raisonnement aussi discutable¹² qu'ancien entre dépenses de soins et facilité d'accès à certains équipements dits « lourds », la France se caractérise par son faible taux d'appareils diagnostiques et se place, en la matière, au vingtième rang des pays classés par l'OCDE alors qu'elle est au troisième rang en ce qui concerne la part de la richesse nationale qu'elle consacre à la santé ! Pour toutes les personnes soignées en France, cela conduit à des examens inutiles et des délais d'attente injustifiés. Il en sera de même des patients étrangers et cela risque de peser sur leur coût de séjour.

¹² Il ne dépasse pas la règle de trois.

e) Ressources humaines

Sans avoir pu obtenir de chiffre, les personnes consultées au moment de l'élaboration de ce rapport signalent toutes qu'un facteur limitant pour l'accueil des patients étrangers sera le petit nombre de professionnels de santé en général et de paramédicaux en particulier qui parlent couramment une ou plusieurs langues étrangères, à commencer par l'anglais. Il faudra les former.

f) Commerciaux

S'il existe déjà en France des intermédiaires : agents commerciaux ou représentants des établissements, leur statut n'est pas défini et il n'existe pas d'agrément.

g) Spécifiques au secteur public

Sans imaginer que ce rapport pourrait conduire à les modifier, mais avec l'espoir de les contourner en créant des structures de droit privé, rappelons les boulets que tirent les établissements publics. Ils rendent difficile le développement de cette activité.

Structurels

- La séparation ordonnateur-comptable

Dans ce cas, elle conduit l'hôpital à attendre parfois plusieurs mois avant de rembourser d'éventuels trop-perçus par l'établissement. L'explication de nos particularités administratives, certes vénérables, donne peu de baume au cœur de quelqu'un qui attend pendant plusieurs mois le remboursement de dizaines de milliers d'Euros.

- Le code des marchés publics

Pour traiter avec un prestataire en charge de la conciergerie médicale ou des voyages, l'établissement public est contraint de lancer un appel d'offres. A supposer qu'un prestataire soit choisi, par essence le contrat sera rigide et s'adaptera mal aux cas particuliers pour lesquels une décision dans l'heure sera attendue.

Managériaux

- La difficulté de faire des devis et de négocier des prix

Pour l'instant, l'établissement qui a consacré le plus de temps et de moyens à ce sujet, constate qu'il faut plusieurs jours pour réaliser un devis et qu'il ne peut appliquer qu'un tarif unique préalablement défini. Cela est particulièrement contre-productif dans un tel domaine. Se greffe d'ailleurs à ce propos l'éventuelle concurrence entre hôpitaux publics. Il ne s'agit pas de la réguler, même si l'on peut craindre dans certaines occasions un dumping, en revanche, il serait souhaitable d'imposer aux établissements une comptabilité à part si l'on n'autorise pas, comme nous le proposerons, une filiale commerciale de l'établissement dédiée à cette activité.

- L'application du gel des recrutements dans une activité où il faut investir

Là encore, les contraintes administratives l'emportent sur le plus élémentaire bon sens : un établissement ne peut développer ce type d'activité que s'il investit dans le commerce, les structures et les hommes. Sinon, à emplois et budget constants, ce type d'activité pourra nuire à la prise en charge des patients français.

Hôteliers

- La qualité de l'hôtellerie et de la restauration hospitalière est le plus souvent spartiate. Si, une fois prévenus, les patients étrangers acceptent au nom de l'excellence des soins le confort de nos chambres particulières, ce n'est pas le cas de la restauration qui doit s'habituer à leurs habitudes alimentaires. De même, avant l'entrée ou après la sortie de l'hôpital, le patient va chercher un hôtel de qualité internationale (4 ou 5 étoiles)

Politiques

- La « prudence » des médecins et du personnel hospitalier

Sans porter de jugement, bien au contraire, la compassion l'emporte. Le personnel hospitalier habitué à soigner tout le monde sans considération financière redoute ce type de patients et ne sait pas comment concilier son éthique et l'intérêt de l'institution qui les emploie.

- L'ambiguïté créée par le secteur privé à l'hôpital public

Historiquement, les patients étrangers étaient « privés » et les patients ceux du « Patron ». Il appartiendra à chaque hôpital de lever toute ambiguïté en la matière et cela sera d'ailleurs imposé par le fait que les patients demanderont un forfait « tout compris ».

h) Spécifiques au secteur privé

La TVA en matière de chirurgie plastique et reconstructive

Une TVA spécifique de 20% est appliquée en chirurgie esthétique, ce n'est pas le cas dans de nombreux pays étrangers.

Des normes générales imposées qui ne prennent pas assez en compte la spécificité de l'hospitalisation privée

Il ne s'agit pas ici de reprendre toutes les contraintes que la tutelle impose aux établissements privés, mais simplement d'appeler l'attention des services ministériels compétents pour qu'ils examinent avec les organisations professionnelles comment lever certaines des contraintes qui leur permettraient de répondre à cette nouvelle demande.

RECOMMANDATIONS

Création de MEDICAL-France

Créer à l'instar d'EDU-FRANCE (devenu CAMPUS-FRANCE), un EPIC, MEDICAL-France, chargé de promouvoir, d'organiser et de contrôler la prise en charge des patients étrangers en France

Il sera créé par les Ministères des Affaires Etrangères, des Affaires Sociales et de la Santé et de l'Intérieur.

A titre provisoire, l'équipe projet pourrait être hébergée par « France Expertise Internationale », adaptée à la gestion de projets.

a) Promouvoir

- Définir et mettre en œuvre un cahier des charges des services, équipes ou hôpitaux capables d'accueillir des malades étrangers et leur donner un label

Il concerne donc à la fois l'équipe et l'établissement. Il sera communiqué à tous les établissements du pays. Un délai sera précisé pour les réponses. Une procédure de classement, voire de sélection, commencera alors, avant les premiers affichages sur un site simultanément élaboré.

- Développer un ambitieux portail numérique qui rassemble tous les aspects du projet : innovations thérapeutiques, sites et partenaires labellisés

Ce sera une tâche prioritaire réalisée en même temps que la procédure de sélection. Le site de MEDICAL-France sera spécifique mais en lien direct avec celui des équipes sélectionnées. Il sera au moins en six langues : français, anglais, arabe, espagnol, russe et chinois.

- Valoriser en accord avec la HAS la certification des établissements hospitaliers français

La « certification » française se traduit en anglais par : « accreditation ». Tous les établissements qui accueillent des malades étrangers sont accrédités par « *The joint commission of accreditation of hospitals* ». Il se trouve que, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), organe accréditeur-certificateur en France, la procédure de certification française se fait dans le cadre d'une autorité internationale tout aussi contraignante et compétente que l'instance américaine. Il importera de le préciser et de le faire valoir. Ceci mérite d'être tenté, toutefois il n'est pas certain que cela soit suffisant. Dans ce cas, il faudra se faire accréditer par l'instance américaine.

- Placer les équipes dans un contexte international concurrentiel pour en souligner la qualité et la compétitivité

L'annexe III de ce rapport indique la très grande réputation des établissements français. Il importera d'en expliquer la méthode et de faire valoir l'excellence de notre médecine.

- Identifier au sein du réseau diplomatique pour chaque ambassade des pays cibles, un correspondant santé

Une telle activité nécessitera des liens entre les établissements hospitaliers français, les services consulaires des pays des patients potentiels, de leurs établissements, de leurs facultés de médecine et de leurs assureurs « santé ». Cela nécessite d'y être formé.

- Définir des cibles prioritaires : pays, grands comptes

Il appartiendra à MEDICAL-France de proposer des pays prioritaires en s'appuyant sur les liens déjà existants et en coordonnant, ce qui ne sera pas toujours facile, les initiatives des équipes françaises ?

- Animer le réseau des médecins étrangers formés en France

Jusqu'aux difficultés récentes, de très nombreux médecins étrangers ont été formés en France. Il importe de les recenser en constituant un fichier à partir des données de toutes les facultés de médecine. Puis, d'animer ce réseau et, le cas échéant de s'en servir à l'occasion d'une stratégie "pays". L'animation peut se traduire par la création d'un site Internet, l'ouverture de "boîtes de dialogue" et l'envoi à un rythme trimestriel d'un bulletin recensant les faits marquants de l'actualité médicale nationale. Il peut être conçu avec l'académie de médecine, les sociétés savantes et les institutions publiques compétentes. Des liens avec des bases de données documentaires peuvent également être proposés, comme la base du CHU de Rouen.

b) Organiser

- Faire évoluer, dans ce cas tout au moins, la notion de « publicité » pour une équipe médicale

Les frontières entre publicité et informations sont, par essence, ténues. Pour MEDICAL-FRANCE qui aura son site Internet et, sur ce site, des liens avec les sites des équipes accréditées, il s'agira à la fois de coordonner la promotion et de vérifier la véracité des informations des sites référencés.

- Simplifier la procédure des visas pour les patients, leurs familles et les médecins étrangers venant se former en France

Si, dans ce domaine, des visas peuvent être donnés par l'Allemagne en 24 heures, ce doit être aussi possible en France.

- Favoriser les contrats de gré à gré, université et hôpital français et université et hôpital étranger

Si une stratégie nationale est indispensable, elle ne doit pas, bien au contraire, peser sur les initiatives locales. L'expérience montre que ce souhait ne va pas de soi.

- Autoriser, à l'instar de l'Allemagne, certains établissements publics hospitaliers à créer, une filiale commerciale et, s'ils le souhaitent une marque

Ceci concerne, bien entendu, les seuls établissements publics. Nous ne pensons pas en effet, que les établissements hospitaliers publics, contraints par un mille-feuille de textes puissent sereinement développer cette activité sans cette souplesse.

- Définir une procédure de reconnaissance et de rémunération des intermédiaires

L'accueil des malades étrangers ne peut pas se faire sans intermédiaires. Il importera de les agréer après avoir défini une charte éthique et un cahier des charges.

- Contribuer au développement d'entreprises dédiées à une « conciergerie » spécialisée dans l'accueil des malades étrangers et de leur famille et les agréer

Outre les équipes hospitalières et les intermédiaires, toute une série de fonctions sont nécessaires au bon déroulement du séjour du patient et de sa famille en France. Les sociétés d'assistance médicale, ou d'autres pourraient jouer ce rôle.

- Favoriser l'ouverture de quelques hôtels « haut de gamme » spécialisés dans l'accueil de malades étrangers et de leur famille

En Thaïlande, à Dubaï, en Suisse, notamment, les chambres hospitalières qui accueillent ce type de patient sont celles d'un hôtel de quatre ou de cinq étoiles. A court terme ce ne sera pas le cas en France. En revanche avant et après leur séjour hospitalier, les patients et leurs familles cherchent ce type de confort à proximité de l'hôpital. Certes Paris ne manque pas de grands hôtels, mais les hôteliers consultés nous ont dit qu'ils étaient disposés à créer rapidement des hôtels dédiés (un an de construction, une fois épuisés les recours éventuels sur le permis de construire), car ces établissements voient mal un trop grand nombre de personnes visiblement malades déambuler en leur sein.

- Sélectionner et former des médecins et des paramédicaux à la pratique courante des langues étrangères et notamment de l'anglais

Ce facteur est un facteur limitant. Il appartiendra à chaque établissement de mener sa politique en la matière. MEDICAL-France pourrait contribuer à développer des programmes de formation accélérée.

- Harmoniser le mode de calcul des forfaits

S'il me semble nécessaire de laisser à chaque établissement la négociation de ses tarifs, il importera d'uniformiser le mode de calcul.

- Favoriser les liens entre les assureurs français et étrangers et les sites de référence

La France abrite les plus grandes entreprises d'assistance médicale de la Planète. Ce sont les premiers clients potentiels. Les établissements devront connaître leurs souhaits, voire leurs exigences. MEDICAL-FRANCE peut servir d'intermédiaire.

- Proposer et évaluer les outils techniques permettant d'améliorer les parcours de soins

Accueillir un malade, c'est gérer un processus aux multiples acteurs. Les outils techniques abondent (logiciels de prise de rendez-vous, logiciels de dossiers médicaux, télémédecine ...). Sans intervenir dans la gestion de chacun de ces acteurs, il ne serait pas mauvais que s'organisent des échanges d'expériences, voire du « *benchmarking* ».

- S'assurer de la confidentialité des données médicales tout au long du parcours de soins

Cette question est essentielle et stratégique. Tous les outils existent, y compris ceux qui permettent de graduer le niveau de confidentialité. Là encore, il importera à MEDICAL-France de faire des recommandations et de contrôler leur mise en œuvre.

c) Les recettes de MEDICAL-France

Si cet EPIC aura besoin de capitaux pour son lancement, il sera financièrement nourri du flux de malades étrangers qu'il aura permis d'accueillir. Sans élaborer un *business-plan*, il est souhaitable que la redevance soit pour l'essentiel fixe afin d'éviter tout biais de sélection.

UNE EQUIPE PROJET

Pour agir simultanément sur toutes les dimensions évoquées ci-dessus, mettre au point des critères, élaborer des procédures, modifier si nécessaire les textes en vigueur, il convient de constituer une « équipe projet » limitée dans le temps (pas plus de dix-huit mois). Le chef de projet doit recevoir une mission claire, un budget, un calendrier précis assorti de contrôles d'étapes. Cette équipe composée d'experts publics et privés et des représentants des ministères concernés devra traiter des questions évoquées précédemment.

UNE DECLARATION INTERMINISTERIELLE

Pour souligner l'importance de ce marché et libérer les acteurs, cette déclaration doit être l'occasion de rappeler l'excellence de la médecine française, la fierté que l'on peut en tirer, mais aussi les bases éthiques à savoir que ce nouveau marché ne pénalisera en rien l'accès des Français aux meilleures équipes et que bien entendu, tous les services offerts sont accessibles à tous aux mêmes conditions.

Etant donné la sensibilité de ce thème et, semble-t-il, l'intérêt qu'il suscite dans les médias, il importe de **concevoir dans les meilleurs délais un plan de communication**. Les arguments positifs sont nombreux.

Ce rapport, éventuellement amendé, doit également être rendu public quand seront définies les premières mesures qui accompagneront sa mise en œuvre.

OBJECTIFS ET CALENDRIER

Objectif

En cinq années, incluant l'année de lancement, il est envisageable, je pense, d'atteindre un chiffre d'affaire de l'ordre 2 milliards d'Euros qui est le chiffre Allemand actuel. Ceci se traduirait par la création de 25 000 à 30 000 emplois.

Calendrier de mise en place en œuvre du projet

Déclaration ministérielle, nomination du chef de projet et lancement de la mission au plus tard en octobre 2014.

Constitution de MEDICAL-France et lancement du site en avril 2015

Equilibre financier de MEDICAL-France en 2017

ANNEXE I

L'accueil des malades étrangers en Thaïlande

Daniel Darmon (mai 2014)

Pour résumer

Le tourisme médical en Thaïlande s'est développé « industriellement » dès le début des années 2000 autour de quelques leaders privés (Bumrungrad, BKK Hospital...) soutenus par les pouvoirs publics (TAT et ministère de la santé publique) et qui, aujourd'hui, constitue une véritable filière de production associant activement, les investisseurs privés, les banques, les assurances, les services de l'immigration, les agences de voyages, les transporteurs, les publicitaires, notamment.

Son développement repose sur quatre facteurs-clés de succès :

- La **qualité technique** des personnels (médecins et infirmières) et des équipements de santé, l'ensemble reconnu par l'accréditation de la JCI
- La **qualité de l'accueil** (obtention de visas, courts délais d'attente, prise en charge « résidence-résidence », personnels parlant plusieurs langues, qualité hôtelière, offre de services internes diversifiée et adaptée...)
- Une **politique de prix** compétitifs et transparente formant – sous forme de packages - une offre très large d'interventions et pouvant combiner santé et tourisme.
- Une **politique marketing** proactive.

SOMMAIRE

- 1/ Éléments de contexte économique & financier
- 2/ Tourisme & tourisme médical
- 3/ quelques données sur le système de santé en Thaïlande
 - 31 - L'emploi
 - 32 – Structures des coûts
- 4/ Quels étrangers et pour quelles pathologies ?
- 5/ le décollage du tourisme médical

Annexe a

Prix des interventions pratiquées par le Bangkok Hospital

- 1/ La politique des prix forfaitaires (Package)
- 2/ Une offre globale
 - « *facilities* »
 - Transport
 - Assurance
 - Hôtels
 - Visas
 - Autres
- 3/ Liste des prix forfaitaires de certaines interventions
 - Cancer
 - Cœur
 - Chirurgie plastique
 - Pompe cardiaque
 - Valve cardiaque
 - Chirurgie vasculaire

Annexe b

Prix comparatifs et prix d'interventions courantes

Le tourisme médical en Thaïlande

(Synthèse)

Eléments de contexte économique et financier

1/ données de cadrage (source OMS)

Bien que la Thaïlande soit « physiquement » comparable à la France en termes de population et de superficie, il convient toutefois d'avoir présente à l'esprit la différence de taille économique.

	Population (millions)	Superficie (milliers de km ²)	PIB (milliards UD\$) – (2011)	PIB/H (US\$- PPA) (2012)	Prélèvements Obligatoires en % du Pib (2011)	Dépenses de santé Par habitant (2012)	Nb. De médecins pour 1000 H (2013)
Thaïlande	67.4 (2013)	514	315	10300 \$	19.5%	215.5 \$	0.298
France	66.2 (2014)	547	2808	36100 \$	51.8%	4610.5 \$	3.3

Ainsi, mesuré par le Pib, le poids économique de la France est-il 9 fois supérieur à celui de la Thaïlande tandis que, résultant du poids des prélèvements obligatoires, le Pib par habitant « n'est que » 3.6 fois supérieur.

Quant aux dépenses de santé, elles sont 20 fois moins importantes en Thaïlande qu'en France.

Dans ces conditions, il est banal de dire que pour la Thaïlande – dont le PIB s'élevait à 315 Mds \$ - réaliser 500 M\$ de chiffre d'affaires dans le domaine du tourisme médical aura un impact macroéconomique beaucoup plus important que pour un pays comme la France dont le Pib dépasse les 2800 Mds de dollars. Un impact plus important qui suscite l'intérêt et le soutien des pouvoirs publics.

Les quelques données suivantes précisent les orientations « évidemment » différentes des systèmes de santé français et thaïe.

Année 2012	Dépenses générales de santé du « gouvernement » en % du total des dépenses de santé	Dépenses de santé en % du PIB	Dépenses de santé du « gouvernement » en % du total des dépenses du « gouvernement »	Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé	Ressources externes en % du total des dépenses de santé
Thaïlande	76.4 %	3.9%	14.2%	41.3%	0.6%
France	77.0%	11.8%	15.9%	23.1%	≠ 0%

Il reste que, bien que dotée depuis 2001 d'une couverture universelle, la Thaïlande se distingue par l'importance de la part privée dans les dépenses de santé (41.3% en 2012), corrélativement la faiblesse des dépenses publiques de santé (3.9% du Pib en 2012) et, bien que « modeste », la part des ressources externes (0.6% du Pib, soit un peu moins de 200 M\$)

2/ Tourisme & tourisme médical

Selon le Ministère du Tourisme, environ 2 millions d'individus sont venus en 2012 se faire soigner en Thaïlande ; soit quatre fois plus qu'en 2002 (500 000) et un peu moins de 9% de l'ensemble des touristes recensés la même année par la Banque Mondiale (22.354 millions).

L'application de ce ratio aux touristes français (un peu moins de 500 000 en 2012), conduirait à une estimation de l'ordre de 40 à 45 000 personnes qui seraient venus en Thaïlande pour se faire soigner ou profiter d'un séjour au Royaume de Siam pour le faire. Cette estimation correspond également à celle des français présents en Thaïlande selon l'Ambassade de France.

Il faut, toutefois, interpréter ces chiffres avec précaution... Les sources diffèrent et présentent aussi des informations à des dates différentes.

Ainsi, selon le ministère du Commerce, le nombre de touristes médicaux se serait élevé à plus de 2.5 millions en 2012 pour un chiffre d'affaires de l'ordre de 140 Milliards de BTH (soit - au taux de 0.445 bth pour 1 € - environ 315 M€)

Année	nombre	Revenu (milliards BTH)
2007	1.420 000	37.3
2012	2 530 000	70.0

Source : Ministère du Commerce

Toujours selon cette même source le revenu de 70 Mds BTH se décompose en revenus directs pour les hôpitaux privés à hauteur de 70 Mds BTH et revenus indirectes de ...70 Mds BTH.

Année 2012

Hôpitaux privés	70 Mds BTH (157 M€)	50%
Hôtels, restaurants...	50Mds BTH (112.3 M€)	36%
Massages, Spa...	20 Mds BTH (45 M€)	14 %
Total	140 Mds BTH (315 M€)	100 %

Source : Ministère du commerce

Selon Vacances Thaïe Recherche Médicale, l'investissement du gouvernement thaïlandais sur les soins de santé en 2010 est orienté à près de 36% vers le secteur privé.

Au cours des années 2000, la croissance du tourisme en Thaïlande et corrélativement du tourisme médical a été remarquablement forte et ce malgré l'instabilité politique que connaît le Royaume de Siam.

En témoigne, par exemple, la forte croissance des touristes chinois (+93.5%), russes (26%), japonais (+22.1%), coréens (19.8%) et indiens (+18.2%) entre le premier trimestre 2012 et le premier trimestre 2013. Sans doute la progression du tourisme constitue-t-elle un vecteur de croissance pour le tourisme médical

Top 10-sources marchés d'arrivées de visiteurs en Thaïlande janvier-mars 2013

Rangs	Arrivées par pays de nationalité	Totale	Variation en% sur janvier-Mar. 2012
1	Chine	1122691	93.47
2	Malaisie	627759	1,94
3	Russie	584516	26.00
4	Japon	408048	22.07
5	Corée	350529	19.79
6	Allemagne	252108	12.22
7	Inde	249350	18.21
8	Royaume-Uni	246943	2,83
9	USA	227319	8.25
10	Australie	224530	5.55

Source : Ministère du tourisme et des sports ; Département de l'immigration

3/ Le système de santé en Thaïlande

L'Office National de Statistiques Thaïlandais avait recensé pour l'année 2007 près de 142 000 personnels tous secteurs confondus.

31 – l'offre (2013)

En 2013, le nombre de d'hôpitaux s'établit à 1346 tous secteurs confondus, le secteur public étant très majoritaire en établissements et, par voie de conséquence, en lits.

Centres	Nombre	Nombre de lits
Publics	1025	109447
Privés	321	36070
Total	1346	145517

31 – L'emploi (2007)

Il est intéressant de noter la structure de qualification de ces personnels :

- Près de 7 % sont en charge du management des hôpitaux, quasi exclusivement à plein temps
- Un peu plus de 56% constituent le « corps médical » proprement dit, mais près de 40% interviennent à mi-temps
- Enfin 37% sont des personnels techniques associés à l'acte médical, la quasi-totalité intervenant à plein temps

Personnel médical (2007) <i>source : Office national de statistiques</i>		Total		Plein temps	
		Nombre	%	Nombre	% du total
Executive staff		9635	6,8	9325	96,8
Personnel médical		79843	56,3	49729	62,3
	Médecins chefs	8171	5,8	1889	23,1
	Médecins spécialisés	13847	9,8	3144	22,7
	Dentistes	2321	1,6	535	23,1
	Infirmières	25685	18,1	16495	64,2
	infirmières techniques	1073	0,8	438	40,8
	Assistantes infirmières	20954	14,8	20287	96,8
	Infirmières auxiliaires	5969	4,2	5302	88,8
	Autres	1823	1,3	1639	89,9
Personnels techniques		52221	36,9	48506	92,9
	Radiologues	1864	1,3	1353	72,6
	Physical therapist	1035	0,7	682	65,9
	Médical techniciens	1851	1,3	1380	74,6
	Pharmaciens	2938	2,1	1580	53,8
	Nutritionnistes	501	0,4	487	97,2
	Autres	44032	31,1	43024	97,7
Total		141699	100	107509	75,9

32 - Structures des coûts

On peut également caractériser l'offre hospitalière par la structure de ses coûts.

- Les dépenses dédiées aux soins proprement dits : les trois quarts de ces dépenses concernent les soins et les bonus accordés aux médecins. Les dépenses médicales en 2006

Unité :
TBH
(Statistiques
portant sur
429
hôpitaux)

	THB	%
Dépenses de médecine	12450672,7	31,3
Equipements médicaux	4346306,6	10,9
Radioscopies	452043,1	1,1
Laboratoires	1874659,7	4,7
Nutrition	1014659,7	2,6
Bonus médecins	16733639,7	42,1
Autres	2864600,1	7,2
Total	39736581,6	100

- Les autres postes de dépenses.

On peut noter la faible part de l'énergie dans les dépenses des hôpitaux (1.8%), l'importance des services externes consommés (10%), notamment s'agissant des relations publiques et le poids des intérêts liés aux crédits contractés par les établissements (24.5%).

Autres dépenses des Hôpitaux (2006)

Source : Office National de Statistiques

unité : TBH

Statistiques portant sur 429 hôpitaux

	TBH	%
Infrastructures	2827700,4	16,8
Eau	250543,6	1,5
Electricité	2229303,7	13,2
Poste	65482,5	0,4
Téléphone et papier	282370,6	1,7
Energie	305492,2	1,8
Benzène	73905,5	0,4
Gasoil	124858,5	0,7
Gaz	56672,7	0,3
autres	50055,2	0,3
Loyer	650544,4	3,9
Réparations et maintenance	1531816,7	9,1
Equipements divers	413155,4	2,5
Vêtements	154552,6	0,9

Matériels, papier et imprimantes		623228,8	3,7
Matériels jetables		707977,8	4,2
Transports		114961,4	0,7
Services		1679890,4	10,0
	Audit	52499,1	0,3
	Consultations juridiques	213443	1,3
	Relations publiques	927746,2	5,5
	Nétoyage	463122,3	2,7
	Collecte des ordures	23079,8	0,1
Assurance		161823	1,0
Intérêts		4119949,3	24,5
Autres dépenses		3441733,3	20,4
Total		16847787,1	100

4/ Quels étrangers et pour quelles pathologies ?

L'Office National de Statistiques fournit des informations chiffrées qui, pour porter sur les années 2006 et 2007, fournissent un aperçu en structure du tourisme médical au moment où le tourisme « tout-court » commençait un essor spectaculaire.

Ainsi, en 2006, un peu moins de 6% des personnes admises - soit un peu plus en consultation (5.8%), soit un peu moins en hospitalisation (5.1%) – dans les hôpitaux privés sont des étrangers

Admission des étrangers dans les hôpitaux privés (2006- 429 hôpitaux)

Source : Office National de statistiques

	Hospitalisés		Consultations externes		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Thaïes	2494462	94,9	42720149	94,2	45214611	94,3
Etrangers	133569	5,1	2610895	5,8	2744464	5,7
Total	2628031	100	45331044	100	47959075	100

On peut constater l'importance de la clientèle asiatique (environ le tiers) venant souvent des pays limitrophes (Birmanie, Chine, Cambodge) ou proche (Inde) que ce soit en terme d'hospitalisation ou de consultation externe.

Hospitalisation des étrangers dans les hôpitaux privés par nationalités (2006)

		238 hôpitaux	273 hôpitaux	
		Hospitalisation	Consultations externes	
		Premiers pays		
	Birmanie	14,6	14,7	
	UK et NIR	11,1	9,5	
	Chine	9,7	9,9	

	USA		8,1
	Allemagne	7,6	6,6
	Cambodge	5,5	
	Japon		5,1
	Inde		4,4
	Laos	4,2	
	Autres	4,2	14,3
	Non réponse	16,8	24,2
	Seconds pays		
	UK et NIR	10,1	11,4
	USA	9,2	11,4
	Chine	6,3	6,2
	Japon	6,3	
	Allemagne	4,6	5,9
	Cambodge	3,4	2,9
	Inde		2,6
	Birmanie		4,8
	Singapour	2,9	
	Autres	16,8	14,7
	Troisièmes pays		
	USA	6,3	7,3
	Allemagne	6,3	6,6
	UK et NIR	5,5	3,3
	Corée	4,6	
	Japon	3,8	8,1
	Birmanie	3,8	3,7
	Cambodge		3,3
	Australie		2,9
	Inde	2,1	
	Autres	17,2	16,1

Faute d'information, l'hôpital peut déclarer plusieurs nationalités pour un patient

Quant aux principales pathologies pour lesquelles les hôpitaux privés accueillent des patients étrangers, on peut noter l'importance des maladies du système digestif et des maladies infectieuses pour ce qui concerne les hospitalisations et l'importance des consultations liées aux maladies du système respiratoire et aux accidents de la route.

Admissions des étrangers dans les hôpitaux privé par pathologies (2006)

source : Office National de Statistiques

	238 hôpitaux	273 hôpitaux
	Hospitalisation	Consultations externes
	Premières pathologies	
maladies du système respiratoire	9,7	26,7
maladies du système digestif	27,3	12,1
accidents de la route	6,7	6,2
maladies infectieuses	15,1	5,9
symtômes abdominaux non précisés	5,9	4

autres causes externes de mortalité		3,3
maladies du système circulatoire	4,6	3,3
Complications de la grossesse	2,5	
autres maladies	3,8	8,8
non réponse	24,4	28,6
	Secondes pathologies	
maladies du système digestif	20,2	16,1
maladies du système respiratoire	16	11
accidents de la route	3,4	5,5
maladies infectieuses	4,2	4,8
maladies du système circulatoire	2,1	4
maladies endocrinales	5,5	2,9
symtômes abdominaux non précisés	4,6	2,6
autres maladies	6,3	5,9
	Troisièmes pathologies	
maladies du système digestif	8	10,3
accidents de la route	3,4	5,5
maladies du système respiratoire	9,2	5,1
maladies du système circulatoire	6,3	
autres causes externes de mortalité		3,7
symtômes abdominaux non précisés	5	3,7
maladies endocrinales	2,9	3,9
maladies infectieuses	3,8	2,2
autres maladies	8	9,2

Un patient étranger peut consulter ou être hospitalisés pour plusieurs pathologies

5/ le décollage du tourisme médical

Plus de 78% de tous les touristes médicaux à travers le monde s'est rendu à la Thaïlande, Singapour ou l'Inde en 2010 (L'Express – février 2014). En Asie, le secteur a déjà généré 4,4 milliards de dollars en 2012. En 2011, on estimait à plus de 4 millions le nombre d'individus concernés par le tourisme esthétique et les projections pour 2015 font état de 20 millions de personnes touchés par le phénomène !

RVTM (Recherche Vacances Thaï Médical) estime que 610 000 de ces visiteurs sont venus spécifiquement pour le traitement médical, principalement dans les villes de Bangkok ou Phuket. Pays d'accueil dont le développement économique est dû en partie au développement du tourisme de masse des années 70 et 80, le tourisme médical est très tôt apparu comme une opportunité macroéconomique portée par des acteurs privés.

Samitivej Bangkok Hospital (BKK International Hospital – cf . Annexe I) et **l'Hôpital international Bumrungrad** furent ainsi parmi les premiers établissements de santé du Sud-Est-Asiatique à obtenir le sceau de la prestigieuse Commission mixte internationale (JCI) de certification des États-Unis.

Aujourd'hui, la Thaïlande dispose de 33 établissements labellisés par la JCI dont 9 à Bangkok.

Selon le directeur des programmes internationaux du Bumrungrad hospital (M. Toral) et le directeur général adjoint du Bangkok Hospital (M. Linder), la Thaïlande possède plus de 400 hôpitaux privés. "Il existe plus de 40 000 lits hospitaliers privés et 90 000 lits publics. Le Bangkok Hospital possède 13 hôpitaux dans le royaume. Il y a trois ans, la surcapacité hospitalière approchait le cap des 50%."

"Rien qu'à Bangkok, il y a encore 25 000 lits de trop sur un total de 60 000 lits".

Cet axe de développement n'est pas sans risque. De nombreux hôpitaux thaïlandais ne pourraient plus survivre aujourd'hui sans leur clientèle internationale. L'an dernier, 35% du chiffre d'affaires total de Bumrungrad, qui atteignait 85 millions de dollars, provenait de patients étrangers. Il y a cinq ans, ce marché représentait à peine 15% des revenus du groupe.

Il convient de souligner la vive concurrence entre les pays d'Asie, notamment entre Singapour, la Malaisie et la Corée, concurrence exacerbée par la mise en place, en 2015, de l'ASEAN.

La Malaisie vient de constituer un fonds d'investissement « privé-public » spécialisé dans le domaine de la santé visant à prendre des positions financières dans des hôpitaux privés non Malais (rappelons que le BKK hospital est, via sa structure faitière cotée au Stock Exchange Thaïe, exposé à des prises de positions étrangères). De même, la Malaisie – pays musulman – vise-t-elle particulièrement la clientèle des pays du Golf.

Pour attirer de nouveaux malades, les groupes de santé font feu de tout bois.

Le BKK Hospital développe une stratégie « à deux étages » : une offre globale dans ses établissements les plus importants (Bangkok, Phuket, Pattaya...) et une offre spécialisée (Cancer, Cœur...) dans des établissements nouvellement créés.

Cette stratégie de spécialisation adossée à un socle « généraliste » constitue un aspect important de la stratégie des leaders de la profession.

C'est ainsi que le Samitivej International Hospital vient d'inaugurer (avec le soutien de la Kasikorn Bank) un établissement totalement dédié à la pédiatrie. Cet hôpital réunit plus de 25 spécialités pédiatriques (dont prochainement l'ECMO) et 1/3 des enfants soignés sont étrangers.

Cette stratégie d'approfondissement et de spécialisation technique s'accompagne d'une démarche commerciale très active.

Les hôpitaux proposent ainsi des offres exceptionnelles. Bumrungrad a ainsi offert pendant une période limitée des opérations au laser de la cataracte pour 385 \$ par œil...

Les établissements de santé développent une approche marketing qui pour être classique dans de nombreux secteurs d'activités relevant des services pourraient apparaître « iconoclastes » dans le domaine de la santé.

Bumrungrad, qui a récemment débauché un cadre de la chaîne hôtelière Hilton pour gérer ses chambres, diffuse ainsi des spots publicitaires sur les chaînes de télévision cambodgiennes. "Nous avons des bureaux de représentation dans quatre pays européens, dont l'Allemagne et les Pays-Bas, souligne le directeur adjoint de Samitivej (Bangkok Hospital). Nous travaillons aussi avec les tour-opérateurs pour qu'ils nous amènent des touristes." Une opération soutenue à bout de bras par l'office du tourisme thaïlandais. Le gouvernement a estimé que le tourisme médical allait devenir l'un des principaux vecteurs de croissance du nombre de visiteurs dans son pays. "L'organisme public chargé de stimuler les exportations a fait un excellent travail pour unifier l'industrie nationale de la santé et promouvoir notre image à l'étranger ».

Cette approche marketing est activement soutenue par les pouvoirs publics. Le Tourism Authority of Thailand (TAT) développe une campagne publicitaire - « Thailand Extreme Makeover » - qui est en quelque sorte un jeu concours doté d'un package de 3 jours de chirurgie esthétique et dont l'objet est de créer une base de données de clients potentiels pour de futures approches de marketing direct des hôpitaux et autres cliniques.

Dans le passé, les Arabes fortunés avaient plutôt l'habitude de se faire traiter en Europe, mais ils ont de plus en plus de problème à obtenir des visas et l'accueil qui leur est réservé à leur arrivée se dégrade sans cesse, note Ruben Toral. Ils préfèrent donc venir chez nous. Dans notre établissement, le nombre de clients originaires de cette région augmente de plus de 100% par an depuis trois ans. Nous en avons reçu 20 000 l'an dernier, contre à peine 4 000 en 2000."

A noter que le Ministère de la santé publique a envisagé une prolongation de séjour sans visa de 30 à 90 jours avec entrées multiples pour les patients étrangers de cinq pays du Moyen Orient : les Emirats Arabes Unis, le Qatar, le Koweït, Oman et le Bahreïn.

Malgré leur intérêt intrinsèque, les chiffres restent « arides » et ne peuvent rendre compte de la qualité de l'accueil et des services hôteliers mêmes si ceci ne préjuge en rien de la qualité des soins.

Cependant, c'est par ce biais que la réputation de la Thaïlande s'est forgée.

Remerciements.

Je tiens à remercier pour leurs commentaires et les informations qu'ils m'ont fournies :

Madame Claire **Camdessus**, directrice d'Ubifrance en Thaïlande

Monsieur Lucas **BOUDET**, Directeur Général de la Chambre de Commerce Franco-Thaïe à Bangkok

Madame Chuenrat **MENGTRAKUL**, UBI-France Bangkok

AVERTISSEMENT

Le lecteur attentif peut légitimement s'interroger sur la qualité des chiffres fournis dans cette note. Il faut sans doute garder à l'esprit les ordres de grandeurs plutôt les chiffres eux-mêmes qui apparaissent comme résultant d'estimations et non d'un recensement statistique.

A titre d'exemple, on trouvera, ci-dessous, une comparaison de plusieurs sources « officielles » ::

	Tourisme médical	Revenus
2011	2.2 millions – ministère de la santé publique	97.9 Mds de BTH – ministère de la santé publique
2012	2.2 millions – ministère du tourisme	121.6 Mds BTH – ministère de la santé publique 70 Mds BTH – ministère du commerce
2013	2.53 millions - ministère de la santé public et ministère du tourisme	

Annexe a

Prix des interventions pratiquées par le *Bangkok International Hospital*

Bangkok Hôpitaux, premier campus médical, a été inauguré en 1972 avec un groupe de 40 médecins et pharmaciens et comptait une centaine de lits

Aujourd'hui, Bangkok Hospital Group est le plus grand opérateur royaumes de l'hôpital avec un réseau de 13 établissements.

Bangkok Hospital a reçu la certification DCSC dans les domaines suivants:

- Syndrome coronarien aigu
- Programme d'insuffisance cardiaque
- Programme de thérapie du cancer du sein Conservation
- Stroke Center primaire

1/ La politique des prix forfaitaires

Pour la petite histoire, j'ai été surpris de constater deux listes de prix pour certaines spécialités : une liste pour les Thaïlandais et une liste pour les «étrangers ». J'ai noté que les prix « étrangers » étaient le double de ceux pratiqués pour les Thaïlandais !

Les prix sont forfaitaires et fixes. Ils comprennent :

- Les tests préopératoires
- Honoraires des médecins (chirurgien, anesthésiste)
- Réhabilitation
- Salle d'opération
- Chambre du patient
- Frais de laboratoire standard
- Radiologie
- Les médicaments à domicile liées à la chirurgie
- Éléments particuliers de procédures (par exemple des implants pour les arthroplasties du genou)

Les forfaits chirurgicaux comprennent également des services spéciaux pour les patients étrangers tels que les médicaments ou des services de réadaptation. Par exemple:

- Les forfaits liés aux opérations de la hanche et du genou comprennent:
 - Les services de réadaptation pour assurer une amélioration optimale chez l'amplitude du mouvement avant de rentrer
 - Médicaments spéciaux pour prévenir la thrombose veineuse profonde (caillots dans les jambes)
- Le forfait de la chirurgie rachidienne comprend:
 - Les services de réadaptation

Les tarifs à prix fixe inclus la prise en charge de complications inattendues telles que:

- Douleur
- Nausée
- Saignement
- Infection

Dans ce qui suit, une liste de prix est proposée parmi l'offre de forfaits concernant les spécialités suivantes :

- Dental Packages
- **Plastic Surgery Packages**
- Eye Surgery Packages
- Pediatric Packages
- Obstetrics & Gynecology Packages
- ENT Packages
- Urology Packages

- Surgery Packages
- Traditional Chinese Acupuncture
- Longevity Packages
- Lasik Packages
- Chest-Packages
- Spine Surgery Packages
- Orthopedic Surgery Packages
- **Fixed Pricing Cancer Packages**
- **Cancer Risk Screening Package**
- **Heart Packages**
- **Vascular Surgery Packages**
- Health Check-up Programs
- Neurology Packages

2/ Une offre globale

21 – Facilités

FACILITY	TYPE	SERVICE
Cafeteria	Restaurant	Thai & Intl. Cuisine
Starbucks	Coffee Stand	Coffee & Snacks
De Bang	Coffee Stand	Coffee & Snacks
7 - Eleven	24 Hr Mart	Convenient Store
Au Bon Pain	Self Serve	Sandwich & Snacks
S&P	Restaurant	Thai & Intl. Cuisine, Snacks
TMB	Bank	Service & Money Exchange
ATM	Distributeur d'argent automatique	Money & Exchange

22 – Transport depuis l'aéroport

Zest Limousine Services		
	Airport – BMC BMC – Airport	Transportation Fee (Special Promotion for BMC's Patient only)
Izusu MU 7	950	450 (± 10 €)
Toyota Camry	1,100	600 (13€)
Toyota Commuter	1,200	700 (15 €)

23 – Assurance

L'hôpital a noué des relations avec un grand nombre d'assureurs et peut aider ses clients dans la recherche d'un plan d'assurance optimal.

24 – Hotels

Bangkok Hospital a sélectionné, dans une gamme diversifiée, un certain nombre d'hôtels susceptibles d'accueillir ses clients

25 – Visa

Un service Fast track est organisé entre un agent du Bangkok Hospital et les services de l'immigration à l'aéroport international de Bangkok.

26 – Autres

Repas Halal, lieux de cultes, traducteurs...

3/ liste des prix forfaitaires de certaines interventions

Ces prix sont exprimés en bath et **sont valides jusqu'au 31 décembre 2014.**

A titre indicatif, une conversion en Euros a été proposée entre (...) au cours de 1 € pour 44.5 Bath. Par commodité de lecture, les prix ont été arrondis. De ce fait, Ils sont donc triplement indicatifs
puisque'ils dépendent aussi du taux de change et de la monnaie nationale qui détermine le pouvoir d'achat du « patients » étranger pris en charge.

31 - Cancer

No.	Package	Durée du séjour	prix
1	ABVD (OPD WSH) 1.5 - 1.6	-	47,150 (1060 €)
2	ABVD (OPD WSH) 1.7 - 2.0	-	50,600 (1140 €)
3	ABVD (OPD WSH) > 2.0	-	54,050 (1210 €)

No.	Package	Durée du séjour	prix
1	Coronary Angiogram (CAG)	1	37,000 (830 €)
2	Coronary Angiogram (CAG) Emergency	1	51,000 (1150€)
3	Coronary Angiogram (CAG) Transradial	1	44,000 (990 €)
4	Coronary Angioplasty (PCI)	2	158,000 (3550 €)
5	Coronary Angioplasty (PCI) Transradial	2	165,000 (3700 €)
6	Coronary Angiogram (CAG) & Coronary Angioplasty (PCI)	2	170,000 (3800 €)
7	Coronary Angiogram (CAG) & Coronary Angioplasty (PCI) Emergency	2	179,500 (4000 €)
8	Coronary Angiogram (CAG) & Coronary Angioplasty (PCI) Transradial	2	177,000 (≥)

		Night	4000 €
9	Electro Physiologic Study (EPS) No Ablation	1	173,000 (3900 €)
10	Electro Physiologic Study (EPS) & Radio-Frequency Ablation (RFA)	1	207,000 (4600 €)
11	Rotablator for Coronary Angiogram (CAG) & Coronary Angioplasty (PCI)	-	145,000 (3260 €)
12	Intravascular Ultrasound (IVUS) for Coronary Angiogram (CAG) & Coronary Angioplasty (PCI)	-	50,000 (1120 €)
13	Intravascular Ultrasound (IVUS) for Coronary Angiogram (CAG)	-	67,000 (1510 €)
14	FFR for CAG & PCI With Guiding	-	45,000 (1000 €)
15	CEA	4	290,000 (6500 €)

32 - Coeur

32 - Chirurgie plastique

No.	Package	Durée du séjour	prix
1	Upper or Lower Blepharoplasty (Local Anesthesia)	OPD	48,000 (1100 €)
2	Upper or Lower Blepharoplasty (GA/IV Med)	OPD	74,000 (1700 €)
3	Combined Upper and Lower Blepharoplasty (Local Anesthesia)	OPD	80,000 (1800 €)
4	Combined Upper and Lower Blepharoplasty (GA/IV Med)	OPD	101,000 (2300 €)
5	Rhinoplasty - reduction	1 Night	164,000 (3700 €)
6	Rhinoplasty LA	OPD	36,000 (810 €)
7	Rhinoplasty - reduction & septum correction	1 Night	202,000 (4500 €)
8	Rhinoplasty Auricular Cartilage Graft LA	OPD	63,000 (1400 €)
9	Face & Neck Lift	1 Night	218,000 (4900 €)
10	Mini Face & Neck Lift	1 Night	209,000 (4700 €)
11	Face & Neck Lift + Upper or Lower Blepharoplasty	1 Night	244,000 (5500 €)
12	Face & Neck Lift + Upper or Lower Blepharoplasty	1 Night	266,000 (6000 €)

13	Forehead Lift	1 Night	184,000 (4100 €)
14	Forehead Lift with upper or Lower Blepharoplasty	1 Night	215,000 (4800 €)
15	Forehead Lift with upper and Lower Blepharoplasty	1 Night	240,000 (5400 €)
16	Ear - otoplasty unilateral LA	OPD	52,000 (1200 €)
17	Ear - otoplasty bilateral LA	OPD	77,000 (1700 €)
18	Ear - otoplasty unilateral GA	1 Night	83,000 (1900 €)
19	Ear - otoplasty bilateral GA	1 Night	108,000 (2400 €)
20	Breast Augmentation (Gel/Saline)	1 Night	145,000 (3250 €)
21	Breast Lift with implant	1 Night	184,000 (4100 €)
22	Breast Reduction	1 Night	220,000 (5000 €)
23	Breast Augmentation Tear Drop Implant	1 Night	207,000 (4600 €)
24	Removal of Breast Implants	1 Night	99,000 (2200 €)
25	Removal of Breast Implants, Simple and new implants	1 Night	157,000 (3500 €)
26	Removal of Breast Implants, Complex and new implants	1 Night	170,000 (3800 €)
27	Breast Lift without implant	1 Night	137,000 (3100 €)
28	Full Abdominoplasty with Liposuction	2 Night	266,000 (6000 €)
29	Abdominoplasty	1 Night	195,000 (4400 €)
30	Mini Abdominoplasty	1 Night	184,000 (4100 €)
31	Liposuction circumferential Abdomen with Vaser	1 Night	146,000 (3300 €)
32	Liposuction (thighs & buttock) with Vaser	1 Night	146,000 (3300 €)
33	Liposuction (abdomen & love handles & thighs & buttock) with Vaser	1 Night	225,000 (5000 €)
34	Liposuction (Up to 1-2 hrs.) vaser	1 Night	139,000 (3200 €)
35	Liposuction (Up to 3 hrs.) vaser	1 Night	177,000 (4000 €)

			€)
36	Liposuction (Up to 4 hrs.) vaser	1 Night	208,000 (4700 €)
37	Liposuction circumferential Arms with Vaser	1 Night	120,000 (2700 €)
38	Liposuction (under chin) LA	OPD	54,000 (1200 €)
39	Liposuction (under chin) GA	OPD	83,000 (1900 €)

33 - Pompe cardiaque

Package price: 450,000.00 THB **(10 100 €)**

Fewer complications **Shorter hospital stays** **Minimally invasive**
Quick recoveries **Breakthrough technology**

This fragile heart needs to mend. **Expert cardiovascular surgeons**

Today, medical science has gone beyond traditional coronary artery bypass surgery, which required a heart-lung machine to keep the patient alive during the procedure. New technology and equipment now allow the surgeon to bypass a blocked artery in a highly controlled environment while the heart keeps beating with off-pump coronary bypass surgery. It's more effective, with fewer complications, and now it's affordable too.

Off-Pump CABG is available at Bangkok Heart Hospital through December 31, 2014 for THB 450,000

Call the Heart Hotline at 081 375 2222.
 At Bangkok Heart Hospital, the march of progress never misses a beat.
 Accredited by Joint Commission International.

 โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ
 BANGKOK HEART HOSPITAL

The package includes of the following charges:

- CCU for 2 nights, standard single room for 5 nights including nursing care, meals, room rate, and room service totally 7 nights, starting from day of surgery.
- Operation room, medication and medical supplies in operation room
- Medication, medical supplies/equipment, lab test, radiological examination in CCU and standard ward
- Medical equipment /supplies and cardiac rehabilitation staff service
- Surgeons, Anesthesiologists, Cardiologist, Cardiac Rehabilitations physician fees

The package excludes of the following charges:

1. Pre-operative study i.e. Cardiac Catheterization, Echocardiography study, Dental check-up and treatment and other diagnostic.
2. Pre-operative room and service expenses. Post-operative expenses incurred in the case of requiring additional days to recuperate.
3. Complication and/or underlying disease
 - o Pulmonary disease using inhaler (COPD with inhaler)
 - o Insulin dependent diabetes, hemoglucose, lab for glucose test and consultation fee for endocrinologist.
 - o Stoke symptom
 - o Renal failure
 - o Blood disease
 - o Active infection
 - o History of taking Steroid
4. Take home medicine, medical supplies.
5. Special medical equipment (if necessary) as Aortic Balloon Pump (IABP), Home use rehabilitation equipment.
6. Miscellaneous expenses i.e. additional food and beverage, telephone bill.

Remarks:

1. The package price cannot be used with other promotions.
2. The 15% discount will be applied for the post-operation additional charges except doctor fee

34 - Valve cardiaque

Valve Replacement Package : 590,000 baht **(13300 €)**

Primary consideration Criterion

1. Not over 60 years of age
2. No renal failure of which creatinine level is above 2 mg/dl
3. The contractility of pumping chamber is better than 40%
4. No chronic obstructive pulmonary disease using inhaler or history of using inhaler
5. No insulin dependent diabetes
6. No stroke symptom within 21 days before operation
7. No acute symptom of heart disease (Acute MI, Heart Failure, Significant Arrhythmia)
8. No coronary artery disease
9. No history of previous heart surgery
10. No Intra Aortic Balloon Pump required
11. No recent infection
12. Cash/credit card payment/insurance fax claim are acceptable
13. Approved by cardiac surgeon from Bangkok Heart Hospital

The package includes of the following charges:

1. Operating room, CCU for 2 nights, standard single room for 5 nights (including nursing care, meals, room rate, and room service) totally 7 nights, starting from day of surgery.
2. Surgeons, Anesthesiologists, Cardiac Rehabilitations fees
3. Cross-matched and blood preparation prior to surgery
4. 1 mitral or aortic valve is included

35 - Chirurgie vasculaire

Non.	Paquet	Durée du séjour	prix
1	AV Graft	1 nuit	123000 (2800 €)
2	AV fistule	1 nuit	110000 (2500 €)
3	Cath permanent avec des neuroleptiques anesthésie	1 nuit	95000 (2100 €)

4	Insertion Port A Cath avec des neuroleptiques anesthésie	1 nuit	105500 (2400 €)
----------	---	---------------	------------------------

Annexe b

Prix comparatifs et prix d'interventions courantes

Une autre source récente (Dubistai – Août 2013) fournit une liste de prix pratiqués pour les interventions les plus fréquentes et, à titre d'exemple, propose une comparaison des prix affichés pour certaines interventions aux USA, en Europe et en Thaïlande.

1/ Comparatif

Pour une pose d'une prothèse de Hanche (Une économie possible de 10000 USD)

Aux Etats unis : 24000 USD

En Europe : 22000 USD

En Thaïlande : 10000 USD

Pour une augmentation mammaire (Une économie possible de 5000 euros)

Aux Etats unis : 8000 USD

En Europe : 7500 USD

En Thaïlande : 2500 USD

2/ Liste de prix pour les opérations les plus courantes

Lifting des seins : à partir de **2300 euros**

Réduction mammaire : à partir de **3000 euros**

Réduction mammaire (pour homme) : à partir de **4500 euros**

Liposuccion : à partir de **1000 euros**

Abdominoplastie : à partir de **2500 euros**

Lifting du corps : à partir de **7500 euros**

Lifting intégral du visage : à partir de **5000 euros**

Lifting centro-facial : à partir de **2500 euros**

Lifting du cou : à partir de **1500 euros**

Lifting du front : à partir de **1500 euros**

Rhinoplastie : à partir de **500 euros**

Chirurgie des paupières : à partir de **450 euros**

Implant facial : à partir de **750 euros**

Opération de la mâchoire : à partir de **2200 euros**

injection de BOTOX : à partir de **70 euros**

Implants dentaires (par dent) : prix à partir de **2500 euros / dent**

Placages dentaires (par dent) : à partir de **100 euros / dent**

Dentier complet : prix à partir de **700 euros**

Blanchiment des dents au laser : à partir de **280 euros**

Greffe de cheveux : à partir de **70 euros/greffe**

Opération des yeux : à partir de **1600 euros**

Chirurgie reconstructrice du pénis : à partir de **2000 euros**

Chirurgie reconstructrice vaginale : à partir de **700 euros**

Changement de sexe (pour un homme qui veut devenir une femme) : prix à partir de **7000 euros**

Changement de sexe (pour une femme qui veut devenir un homme) : prix à partir de **19000 euros**

Enlèvement des varices au laser : à partir de **3500 euros**

3/ Comparatif proposé par Baker & Mc Kenzie – Année 2011 – Unité : USD

	USA	Inde	Corée	Thaïlande	Vietnam	Malaisie	Singapour
Heart Bypass	144 000	5 200	28 900	15 121	N/A	11 430	16 500
Angioplasty	57 000	3 300	15 200	3 788	N/A	5 430	11 200
Hip Replacement	50 000	7 000	14 120	7 879	8 250	7 500	9 200

Hysterectomy	15 000	2 500	11 000	2 727	N/A	5 250	6 000
Spinal Fusion	100 000	6 500	15 400	9 091	6 150	6 000	10 000
Rhinoplasty	8 000	4 000	5 000	3 901	2 100	1 293	N/A
Liposuction	9 000	2 800	N/A	2 303	2 850	2 299	N/A

ANNEXE II

Classement SOficial.com – Octobre 2013

Cancer du Foie et des Voies Biliaires	4 France dans le top 12	France n°1
Cancer Gynécologique	3 France dans le top 10	France n°1
Centre Exploration Digestive (endoscopie)	4 France dans le top 10	France n°1
Chirurgie de l'Épaule et du Coude	2 France dans le top 10	France n°1
Chirurgie de la Colonne Vertébrale	4 France dans le top 10	France n°1
Chirurgie de la Main et du Poignet	3 France dans le top 10	France n°1
Chirurgie du Pied et de la Cheville	3 France dans le top 10	France n°1
Oncologie Pédiatrique	3 France dans le top 10	France n° 1
Prostate : Cancer et Adénome	3 France dans le top 10	France n° 1
Chirurgie Plastique et Réparatrice	2 France dans le top 10	France n°1

En seconde position :

Cancer Colorectal	3 France dans le top 12	France n°2
Cancer du Sein	3 France dans le top 10	France n°2
Cancer Œsogastrique	2 France dans le top 10	France n°2
Cancérologie-Essais Thérapeutiques Précoces	1 France dans le top 5	France n°2
Cardiopathies congénitales	2 France dans le top 10	France n°2
Chirurgie Plastique - Lifting et paupières Face	2 France dans le top 10	France n°2
Chirurgie Plastique - Seins	2 France dans le top 10	France n°2
Hématologie - Leucémies - Myélomes - Hodgkin	2 France dans le top 10	France n°2
Maladies Cardiaques - Stimulateurs ou Pacemakers	2 France dans le top 10	France n°2
Maladies Cardiaques- Pose de stents	2 France dans le top 10	France n°2

En 3ème position

Cancer du Pancréas	4 France dans le top 12	France n°3
Cancer du Poumon	2 France dans le top 12	France n°3
Cancer du Rein	2 France dans le top 10	France n°3
Chirurgie Esthétique - Corps - Liposuction	2 France dans le top 10	France n°3
Maladies Cardiaques- Réparation Valvulaire	2 France dans le top 15	France n°3
Maladies inflammatoires et auto-immunes	2 France dans le top 10	France n°3
Tumeurs Cérébrales	3 France dans le top 10	France n°3

En quatrième position

Maladies Cardiaques - Pontage Coronarien	2 France dans le top 10	France n°4
Mélanome : cancer de la peau	1 France dans le top 10	France n° 4
Obésité : Métabolisme et Chirurgie	1 France dans le top 10	France n° 4
Chirurgie Plastique- Nez	1 France dans le top 10	France n° 4

ANNEXE III

Liste des personnes auditionnées (avril-mai 2014)

Alain Achard – Vice-Président Santé de SNC Lavallin
Dr Philippe Aillères - Directeur médical Inter Mutuelles Assistance (IMA)
Christophe Allaux – directeur général d’Hôtel/services France (Groupe ACCOR)
Asli Alkyavas, Chief of International Services of Anadolu hospital, Istanbul, Turquie
Francis Bailly – Président du Conseil des Gouverneurs Hôpital Américain de Paris
David Benchetrit – Directeur de la clinique du poids, Paris - Miami
Dr Michel Bodkier - Directeur Général du groupe VEDICI
Patrick Bouet – Président du Conseil National de l’Ordre des médecins
Elena Callay – Directeur CSC
Anne Clerc – Directeur des relations internationales – Groupe ACCOR
Dr Krishna Clough - Chirurgien oncologue, Fondateur de l’Institut du sein
Dr Jean-Marc Coursier - Directeur des relations médicales du groupe Générale de Santé
Jean Debeaupuis – Directeur Général de l’Organisation des Soins
Professeur Jean-Marie Desmonts - Directeur des Affaires Médicales de l’Hôpital Américain de Paris
Massimo DiCicilia - Directeur marketing/communication de Mutuelle Henner GMC Santé
Emile Dinet - Directeur général de SENY filiale du groupe VEDICI, Clinique Hartmann
Philippe Domy - Directeur du CHU de Montpellier, Président de la Conférence des Directeurs Généraux des CHU
Pr Alexander Eggermont - Directeur Général de Gustave Roussy
Pr Jean-Christian Farcot – Cardiologue – Expert international
Madame Pamela Garrido - Directeur du Développement Commercial International de l’Hôpital Américain de Paris
Pr Iradj Gradjbakhch – Chirurgien cardiaque
Emmanuel Goddat - Adjoint au délégué général et directeur de la communication de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur Charles Guépratte - Directeur Général Adjoint de Gustave Roussy
Monsieur André Guinet - Directeur Général de l’Hôpital Américain de Paris
Pr Jean Luc Harousseau Président du Collège de la HAS Haute Autorité de la Santé
Martin Hirsch Directeur Général APHP
Aïssa Khelifa Consultant spécialisé – Enseignant en Economie de la Santé
Jean Kramarz - Directeur Réseau Médical International chez AXA Assistance
Dr Christian Le Dorze - Directeur du Conseil de Surveillance de Vitalia / Administrateur du groupe de cliniques privées suisses Génomier
Dr Claude Le Louarn - Président de l’IQAM International Committee for Quality Assurance and Medical Technologies and Devices in Plastic Surgery
Dr Béatrice Lafarge Claoué - Chirurgien plasticien, directrice de la clinique Alphanth
Jean-Patrick Lajonchère - Directeur général du groupe hospitalier Paris Saint Joseph
Emmanuel Legeron - Directeur général d’Europ Assistance GCS (Global Corporate Solutions)
Jacques Maire – Directeur des entreprises – Ministère des affaires étrangères
Bruno Maquart – Directeur de Cabinet du Ministre des affaires sociales et de la santé

Dr Anne Lepetit - Directeur médical de Mutuelle Henner GMC Santé
Pr Jean-Marc Macé – Géographe de la santé – Professeur au CNAM
Jean Pierre Montagne – Consul Général de France à Alger
Maurice Navarre - Consultant
Nathalie Nikitenko – Conseillère aux affaires internationales – Cabinet – Ministère des affaires sociales et de la santé
Dr Patrick Rodriguez - Directeur du service Médical d’Air France
Philippe Rollandin – Journaliste -
Dr Liliya Romanska - Dermatologue - Agent commercial pays de l’Est
Pierre Salignon – Ministère des affaires étrangères
Charles Scatchard - Président, Orion Health International
Dr David Sourdivé – Fédérateur export « Mieux se soigner » - Ministère des affaires étrangères
Pr Alain Sezeur – Chirurgien Hôpital des Diaconesses Paris
Dr Marc Spielmann - chef de service de pathologie mammaire à Gustave Roussy
Dr Alain Toledano - Cancérologue, radiothérapeute - Chef du Pôle Médecine et Cancérologie de l’Hôpital Américain de Paris - Directeur médical du Centre Hartmann
Dr Jean-François Tripodi - Directeur de Carte Blanche
Pr Guy Vallancien Chirurgien – Président de l’Ecole Européenne de Chirurgie
Pr François Violla - Professeur de droit - Directeur du Centre de Droit de la Santé de Montpellier
Dr Florence Veber Direction des Relations Internationales AP-HP