



RAPPORT DE L'ATELIER

SANTÉ SANS FRONTIÈRE

Prise en charge des soins dans le pays voisin :
Réalités, défis, risques ou opportunités ?

Atelier franco-germano-suisse
Baden-Baden
6 octobre 2016

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Sommaire

Introduction.....	1
Programme de l'atelier	2
1 – Différents systèmes d'assurance maladie.....	4
Trois pays, trois modes de prise en charge financière des soins en Allemagne, en France et en Suisse.....	4
2 – Cadre réglementaire pour la mobilité des patients et prise en charge des soins transfrontaliers : potentiels et limites des différents cadres juridiques existants	9
3 - La prise en charge des soins transfrontaliers : réalités et défis du point de vue des caisses d'assurance maladie.....	18
4 - Quelques exemples de bonnes pratiques et possibilités d'optimisation de l'offre de soins transfrontalière	21
5 - Réflexions finales : Développements de la prise en charge des soins transfrontaliers : perspectives et opportunités	22
Informations et mentions légales	24

Introduction

Dans la zone frontalière franco-germano-suisse, la mobilité est devenue une réalité quotidienne qu'il s'agisse d'aller à l'école, de se rendre au travail, de faire ses courses, ou d'organiser ses activités de loisirs. Cela concerne aussi la santé et ces nouveaux styles de vie font émerger des exigences nouvelles.

De plus, au vu des évolutions démographiques, on pourrait se demander si, à l'avenir pour certaines régions frontalières, une offre de soins de proximité transfrontalière ne pourrait pas contribuer à répondre aux besoins des patients. Cela supposerait néanmoins que la prise en charge financière des soins transfrontaliers puisse se faire de façon optimale, et ce malgré les différences entre systèmes d'assurance maladie, de tarification ou encore de modalités de prise en charge.

L'atelier « Santé sans frontière – Prise en charge des soins dans le pays voisin : réalités, défis, risques ou opportunités ? » avait pour objectif d'échanger sur les modalités respectives de la prise en charge des soins transfrontaliers, de montrer des bonnes pratiques transfrontalières et d'envisager ensemble des pistes concrètes d'optimisation de la prise en charge des soins transfrontaliers.

Dans le présent rapport vous trouverez les présentations faites lors de l'atelier et, pour chacun des blocs thématiques, une synthèse des informations et discussions.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !



06.10.2016

09.00 – 09.30 Accueil, enregistrement des participants et café d'accueil

09.30 – 09.45 Mot d'accueil – Bundesministerium für Gesundheit

09.45 – 11.15 **Trois pays, trois modes de prise en charge financière des soins en France, en Allemagne, en Suisse**

- **Rolf-Dieter Müller**, Vorsitzender des Vorstandes a. D., AOK Berlin – Die Gesundheitskasse – Strategieberater in der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft
- **Nicole Leopold**, Manager-coordonateur, Gestion du dossier du client / Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- **Patricia Mäder**, Cheffe de la Section Surveillance Juridique AMal, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne

11.15 – 12.15 **Mobilité et prise en charge des soins transfrontaliers : potentiels et limites des différents cadres juridiques existants**

- Point de contact national allemand : avancement des travaux de mise en œuvre de la directive 2011/24/EU
Bernd Christl, Leiter, Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
- Le règlement (CE) 883/04 : la voie la plus sûre pour l'accès aux soins dans le pays voisin ?
Dr. Sophie Germont, Referentin, GKV-Spitzenverband, Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
- Accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière
Elodie Bocéno, Chargée de mission Europe et relation franco-allemande, Délégation aux affaires européennes et internationales – Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Mobilité des patients à la frontière suisse
Patricia Mäder, Cheffe de la Section Surveillance Juridique AMal, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne

12.15 – 13.45 Déjeuner

13.45 – 15.00 **TABLE RONDE** : La prise en charge des soins transfrontaliers : réalité et défis du point de vue des caisses d'assurance maladie

Animation : Dr. Peter Indra, Directeur du département de santé du canton de Bâle-Ville

- En Allemagne
Dirk Fischbach, Geschäftsführer, Barmer GEK
- En France
Christine Aureggio, animatrice d'équipe, Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

15.00 – 15.30 Pause Café

15.30 – 16.15 **TABLE RONDE** : Exemples de bonnes pratiques et possibilités d'optimisation de de l'offre de soins transfrontalière

Animation : Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

- Prise en charge des patients dans le cadre de projets transfrontaliers – une approche pragmatique de la mobilité des patients
Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg
- Des outils pour lever les freins de la coopération sanitaire transfrontalière – exemple à la frontière franco-belge
Pierre Bonati, responsable d'équipe chargé des soins transfrontaliers, MGEN

16.15 – 17.00 **PANEL FINAL** : Développements de la prise en charge des soins transfrontaliers : perspectives et opportunités

Animation : Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

- Dr. Monika Vierheilig, Ministerialdirigentin, Abteilung 5 / Santé, Ministerium für Soziales und Integration (pressentie)
- René Nething, Délégué Départemental de l'Alsace, ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- Karin Mertens, Responsable mission relations internationales, ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- Tania Dussey-Cavassini, Vice-directrice, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne (pressentie)

1 – Différents systèmes d'assurance maladie

Trois pays, trois modes de prise en charge financière des soins en Allemagne, en France et en Suisse

Les systèmes d'assurance maladie en France, en Allemagne et en Suisse ont été créés et conçus dans des contextes politiques et historiques différents, ce qui explique pourquoi, en bien des aspects, ils diffèrent les uns des autres, tant sur le fond que sur la forme. Cela concerne le financement, la répartition des compétences entre les différentes institutions ou l'organisation générale mais aussi des modalités de fonctionnement fondamentales et quotidiennes, telles que la prise en charge financière des soins ou la rémunération des prestataires. Souvent d'ailleurs, la connaissance que les acteurs ont des systèmes des pays voisins est limitée, ce qui peut susciter de grandes incertitudes et des peurs non négligeables quand il s'agit de prise en charge de soins transfrontaliers. Dans la première partie de l'atelier, les intervenants ont donc présenté les principaux aspects des systèmes d'assurance maladie respectifs.



Détail des interventions:

- [Rolf-Dieter Müller](#), Vorsitzender des Vorstandes a. D., AOK Berlin – Die Gesundheitskasse – Strategieberater in der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft
- [Nicole Leopold](#), Manager-coordonateur, Gestion du dossier du client / Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- [Patricia Mäder](#), Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern



Synthèse des informations et discussions

En Allemagne, l'une des caractéristiques du système de santé est le nombre élevé de caisses d'assurance maladie (118 caisses maladie organisées en 6 différents types de caisses), qui s'explique par le contexte historique dans lequel le système s'est développé et par l'organisation fédérale de l'Etat. Dans le même ordre d'idées, on relève une grande quantité d'acteurs - concurrents pour certains d'entre eux - dans le secteur de la santé. En effet, outre les caisses d'assurance maladie, les Kassenärztliche Vereinigungen¹, les conseils de l'ordre des médecins ou encore les fédérations hospitalières jouent un rôle important avec des compétences et des missions différentes. Le fédéralisme a pour conséquence que, pour un même organisme, il peut exister des représentants aux niveaux régionaux du Land, une structure fédératrice au niveau fédéral avec chacun des niveaux de compétences différents, ce qui, de l'extérieur, accroît la complexité du paysage institutionnel. Un aspect particulier qui ne rencontre d'équivalent ni en Suisse, ni en France est celui du système de l'assurance privée qui existe en tant que système propre, parallèle à l'assurance maladie légale. Elle représente une alternative à l'assurance maladie légale s'adressant aux salariés et concerne les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les personnes à salaire élevé. Le financement de l'assurance maladie légale allemande s'effectue surtout par le biais de cotisations proportionnelles aux revenus, assurées par moitié par les employeurs et les par moitié par les employés. L'État apporte chaque année une contribution complémentaire d'un montant variable. Une caractéristique du système allemand est l'accès

¹ Les Kassenärztliche Vereinigungen sont des organismes au niveau du Land auxquels doivent adhérer tous les médecins conventionnés. Leurs missions sont notamment de garantir l'accès aux soins médicaux ambulatoires et de représenter les droits et intérêts des médecins conventionnés (notamment auprès des caisses d'assurance maladie).

facilité aux soins pour les différents assurés et ceci se retrouve par exemple dans la prise en charge financière des soins dans la mesure où le patient ne s'occupe pas du paiement du prestataire de soins. Il montre sa carte d'assuré comportant les informations administratives importantes, telles que son statut d'assuré, sa caisse, son numéro d'assuré, et le paiement se fera directement entre le prestataire (représenté par les Kassenärztliche Vereinigungen) et les caisses. Néanmoins, la numérisation et la haute complexité du processus de facturation pourraient être des points à améliorer.

En France, la *Sécurité sociale* couvre tous les risques sociaux. L'assurance maladie ne représente donc qu'une branche de la *Sécurité sociale* à côté de la caisse de retraite, de l'assurance d'incapacité de travail ou de la caisse d'allocations familiales. Pour ce qui est de l'assurance maladie, toutes les personnes séjournant en France sur une longue durée sont obligatoirement assignées à l'un des différents régimes, les plus importants étant ceux des employés, des agriculteurs et des indépendants. Le régime local représente une spécificité du Rhin supérieur. Il s'agit d'un régime obligatoire et supplémentaire valable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle s'appuyant sur la législation allemande en vigueur sur le territoire entre 1871 et 1918 qui prévoit que la Sécurité sociale prend en charge 90% des frais de soins lors d'une visite chez le médecin (en opposition à 70% dans les autres régions françaises) dans ces trois départements. Les assurés doivent en contrepartie verser un supplément de charges sociales correspondant à 1,5% sur leurs revenus bruts. Une autre particularité du système d'assurance maladie est la protection universelle maladie (PUMA) qui garantit l'accès aux soins médicaux à toutes les personnes résidant en France sur une longue durée. Par opposition à l'Allemagne et à la Suisse, il existe en France une obligation de choix d'un médecin traitant. Chaque assuré est ainsi tenu d'indiquer à son assureur un médecin traitant qui tient le rôle de coordonnateur dans le cadre du *parcours de soins coordonnés* et qu'il convient de contacter en première intention. Si le patient se rend directement chez un médecin sans avoir consulté au préalable son médecin traitant (ou s'il n'a pas déclaré de médecin traitant), le montant du remboursement diminue considérablement. La *Sécurité sociale* est surtout financée par différentes charges sociales calculées en fonction des revenus, des impôts et des subventions du gouvernement. Le système français se caractérise par un grand nombre d'institutions. La *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie* des Travailleurs Salariés (CNAMTS) est par exemple l'institution centrale de l'assurance maladie tandis que 102 *Caisses Primaires d'Assurance Maladie* (CPAM) servent d'interlocuteurs

aux assurés au niveau départemental. Les *Agences régionales de santé* (ARS), créées en 2009, sont quant à elles compétentes pour la gestion du système de santé au niveau régional. Le site Internet de la CPAM est www.ameli.fr. Vous trouverez également une présentation très simple et interactive sur l'assurance maladie française sur le site <http://www.on-peut-faire-mieux.fr/>.

En Suisse, le système d'assurance maladie se distingue fortement des deux systèmes présentés précédemment et, en comparaison aux systèmes français ou allemand, on pourrait le caractériser de libéral, avec un financement, par exemple, exclusivement assuré par des cotisations d'affiliés, ou encore avec une part élevée de participation aux frais médicaux restant à charge du patient. Un aspect juridique important du système suisse est l'obligation de s'assurer. À quelques exceptions près, toute personne résidant ou travaillant en Suisse pendant plus de 3 mois a l'obligation de s'assurer. La Suisse compte un grand nombre d'assureurs maladie (65 en 2016). Les assurances maladie sont exclusivement financées par des cotisations proportionnelles aux revenus, cotisations versées à 100% par les assurés. Les réductions de cotisations, appelées primes, pour les personnes de condition économique modeste sont néanmoins gérées par les cantons. Deux systèmes existent pour la prise en charge des frais de santé : le principe du *tiers payant*, correspondant à une facturation entre le prestataire et l'assureur appliqué en cas d'exception ou lors de soins stationnaires, et le principe du *tiers garant*, à savoir le paiement des soins par le patient et le remboursement ultérieur sur présentation des factures. Il convient également de souligner qu'il est souvent question non pas d'un système mais de 26 systèmes d'assurance maladie différents puisque les cantons jouissent d'une liberté d'organisation importante et se distinguent fortement les uns des autres, par exemple dans la manière d'aborder la réduction des primes. Étant donné qu'en Suisse la participation financière de l'assuré aux frais médicaux est importante, force est de constater que de nombreux Suisses se tournent, en matière d'assurance maladie, vers des alternatives demandant des primes/cotisations moins élevées. Une part tout aussi importante de la population suisse est assurée selon un modèle qui présente un choix limité de prestataires, comparable aux modèles du médecin traitant, de la Health-Maintenance Organisation (HMO), ou de Telmed (Télémédecine).

BILAN : Les trois systèmes se distinguent les uns des autres en de nombreux points liés sans doute aux conditions historiques et politiques dans lesquelles les systèmes se sont développés. En France, avec sa structure relativement centralisée et la conception d'une sécurité sociale unique,

le système se distingue fortement du système libéral et privé de la Suisse ou encore du système allemand, principalement construit autour de la prise en charge des travailleurs salariés. Mais c'est surtout sur la question du financement et des modalités de prise en charge financière des frais de santé/rémunération des prestataires qu'existent de grandes divergences. On constate malgré tout quelques points communs. Aucun des trois pays ne dispose d'un système de santé beveridgien, reposant entièrement sur l'État tel que c'est le cas en Grande-Bretagne. Dans chacun des trois pays, la protection maladie est assurée par des organismes étatiques ou non-étatiques remplissant une mission de l'État. On trouve également dans les trois pays, l'obligation de s'assurer, sous quelque forme que ce soit. Pour ce qui est des modalités de prise en charge des frais de santé, le système allemand sort du lot, notamment pour l'assurance légale puisque les prestations sont facturées par le prestataire à l'assurance ; pour les soins ambulatoires, généralement – et y compris pour les assurés privés allemands – le patient fait l'avance des frais. L'un des plus grands défis reste la connaissance des systèmes assurantiels des pays voisins afin d'écartier les incertitudes, quant à la prise en charge de soins transfrontaliers. La complexité des systèmes et la pluralité des acteurs et des institutions rendent la tâche ardue. En ce qui concerne les soins de santé transfrontaliers, les décalages importants dans les modalités de prise en charge constituent de réels défis quant à l'identification d'intérêts communs et de solutions concrètes, en théorie comme dans la pratique.

Pour plus d'informations sur l'un des trois systèmes d'assurance maladie, nous vous invitons à consulter la brochure [La santé sans frontière – Systèmes d'assurance maladie et prise en charge des frais de soins en Allemagne, en France et en Suisse](#) ; vous y trouverez des explications détaillées sur les fonctionnements des systèmes d'assurance maladie respectifs et sur les modalités de prise en charge des frais.



2 – Cadre réglementaire pour la mobilité des patients et prise en charge des soins transfrontaliers : potentiels et limites des différents cadres juridiques existants

Cette deuxième partie sera consacrée à la présentation des différents cadres juridiques constituant les fondements de la prise en charge des soins transfrontaliers ; ils représentent également les outils nécessaires à la réalisation de projets de coopération transfrontaliers. On présentera ici plus particulièrement la directive 2011/24/EU sur la mobilité des patients et le règlement (CE) 883/04 pour la coordination de la protection sociale. Tandis que le règlement est directement applicable, la directive a été transposée dans les juridictions nationales de la plupart des pays de l'Espace Économique Européen (CEE). Ces réglementations représentent le cadre juridique général pour la mobilité des patients ou la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé au sein de l'Union européenne (UE). Par ailleurs, on présentera aussi les accords-cadres bilatéraux conclus entre deux états voisins permettant également la réalisation de projets de coopération transfrontalière. Ces derniers ont été conçus pour répondre plus concrètement aux exigences du contexte local. Enfin, la mobilité des patients à la frontière suisse sera traitée séparément puisque les réglementations applicables pour la Suisse ne sont pas toujours les mêmes qu'au sein de l'UE.



Détail des interventions:

- Point de contact national : avancement des travaux de mise en œuvre de la directive 2011/24/EU
[Bernd Christl](#), Leiter, Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
- Le règlement (CE) 883/04 : la voie la plus sûre pour l'accès aux soins dans le pays voisin ?
[Dr. Sophie Germont](#), Referentin, GKV-Spitzenverband, Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
- Accord-cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière
[Elodie Bocéno](#), Chargée de mission Europe et relation franco-allemande, Délégation aux affaires européennes et internationales – Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Mobilité des patients à la frontière suisse

[Patricia Mäder](#), Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht KV, Bundesamt für Gesundheit (BAG),
Bern

Synthèse des informations et discussions

Directive 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

Dans le cadre de la directive 2011/24/UE, les États membres doivent mettre en place des points de contact nationaux prioritairement conçus comme portails d'information pour les patients et comme lieu de coordination. En Allemagne, le point de contact national est porté par tous les grands organismes fédéraux du système de santé. En premier lieu ce point de contact s'adresse aux patients et c'est la raison pour laquelle le point de contact national allemand a choisi une adresse web (eu-patienten.de) facile à trouver par les moteurs de recherche. Ce portail doit regrouper des informations sur la directive 2011/24/UE ainsi que sur le règlement CE 883/04 et aider les patients dans leur prise de décision quant au lieu de soins ; il doit également permettre de trouver la réglementation la plus avantageuse au vu de leur situation personnelle. Le point de contact conseille également les patients par téléphone et joue un rôle de médiateur entre les différents acteurs. Pour le moment et dans l'ensemble, le point de contact n'a reçu que peu de demandes (2015 : 2000 demandes et 35000 consultations de site), mais on enregistre une tendance à la hausse. La plupart des demandes viennent directement des patients. Les données montrent que le recours à des soins transfrontaliers dans le cadre de la directive ne constitue pas un phénomène de masse, mais uniquement lorsque cela est nécessaire, par exemple en raison de la proximité géographique, de listes d'attente dans le propre pays ou en cas de maladies rares. Dès que les réseaux européens de référence seront mis en place, la directive pourra s'avérer très utile, notamment dans le cas cité précédemment. Un point critique néanmoins : les points de contact nationaux n'ont pas d'obligation de proposer leurs informations dans plusieurs langues. En conséquence, de nombreux demandeurs n'ont pas réellement accès à l'information lorsque celle-ci n'est pas présentée de manière compréhensible. Il faudrait modifier cette réglementation de manière à offrir une information au moins dans les langues officielles majeures. Le plus grand défi réside dans le travail de communication au grand public. De nombreux patients, pour lesquels des soins seraient envisageables à l'étranger, ne connaissent tout simplement pas l'existence des points de contact et ne savent donc pas à qui poser leurs questions.

Site internet du point de contact allemand : www.eu-patienten.de.

Site internet du point de contact français : www.cleiss.fr.

Règlement CE 883/04

Le règlement CE883/04 regroupe un ensemble de règles prévoyant la prise en charge des soins transfrontaliers. Celui-ci a été adopté pour répondre aux exigences du marché intérieur, et dans la perspective de la libre circulation des marchandises, des personnes et des services ; il prévoit une coordination des systèmes de sécurité sociale des pays participants. La prise en charge des frais de santé ne représente donc qu'une partie du règlement. Le règlement est valable dans tous les pays de l'UE et de l'Espace économique européen, ainsi qu'en Suisse depuis 2012. Le règlement doit, entre autres, garantir que les patients soient remboursés de leurs frais de santé sans pertes ni profits. Il s'agit donc de vérifier quelle réglementation s'applique, où et quand et de garantir une certaine sécurité de la prise en charge et/ou de la rémunération. Les principes fondamentaux qui s'appliquent au secteur de la santé sont les prestations en nature et l'exportation de prestations en espèces. Un patient à l'étranger est donc soigné de la même manière qu'un patient résidant dans le pays des soins et c'est la Caisse d'assurance maladie du pays d'assurance qui rembourse les frais. Le règlement couvre à la fois la prise en charge de séjours longue durée et la prise en charge de courts séjours. Dans le dernier cas, les soins non-programmés sont pris en charge sur présentation de la Carte européenne d'assurance maladie (European Health Insurance Card, ou EHIC) tandis que les soins programmés, réalisés à l'étranger nécessitent un accord préalable de la Caisse d'assurance maladie d'origine. Rappelons néanmoins que l'autorisation n'est pas automatique et dépend de l'évaluation faite par la Caisse. Les incertitudes quant à la prise en charge et les temps d'attente liés à l'instruction administrative du dossier peuvent être problématiques, notamment dans les régions frontalières, par exemple dans le cas où le prestataire étranger envisagé est plus accessible.

Les avantages et les inconvénients des deux dispositifs réglementaires prévoyant la prise en charge de soins prévus à l'étranger sont énumérés sous forme de tableau sur le site web du point de contact allemand. Il s'agit néanmoins d'une représentation à partir d'un point de vue allemand uniquement. Dans les autres pays, la directive a été transposée différemment dans le droit national, raison pour laquelle les démarches concrètes sont susceptibles de diverger.

	Avantages	Inconvénients
Directive 2011/24/UE	Aucune restriction quant aux prestataires, possibilité de consulter des médecins privés	Pas de garantie en ce qui concerne la possibilité et le montant de la prise en charge des frais
	Pas de restriction quant aux prestations concernées, recours possible à des prestations supplémentaires	Le patient fait l'avance des frais puis présentation des factures à la Caisse (impossible pour de nombreux patients lors de frais de soins élevés)
	Un accord préalable est souvent inutile (à l'exception de quelques soins)	Traduction des factures à la charge du patient
		Responsabilité et garantie qualité relèvent de la législation en vigueur dans le pays d'exercice des soins
Règlement CE 883/04	Facturation entre le prestataire et l'assureur, pas de frais de traductions à la charge du patient	Accord préalable toujours nécessaire
	Sécurité relative quant à la prise en charge des coûts puisque seul le ticket modérateur est à la charge du patient (selon le pays)	Uniquement des prestataires conventionnés, uniquement des prestations du catalogue de prestations définies dans le cadre de l'assurance légale
	Égalité de traitement avec les assurés du pays d'exercice des soins, également en ce qui concerne la garantie et la responsabilité	Pas de soutien de la part de l'assureur du pays d'origine en cas d'erreur médicale

Accords-cadres bilatéraux intergouvernementaux:

Afin que les administrations françaises régionales responsables de la santé puissent également initier et porter des coopérations en matière de santé, des accords-cadres bilatéraux intergouvernementaux ont été conclus entre la France et différents pays limitrophes pour réglementer la coopération transfrontalière dans le secteur de la santé. C'est ainsi qu'ont été conclus l'accord-cadre franco-allemand en juillet 2005 et l'accord-cadre franco-suisse en septembre 2016. Les accords-cadres donnent un cadre juridique pour des projets de coopération qui devront alors faire l'objet de conventions de coopération négociées, spécifiant par exemple les points sensibles du projet tels que l'échange de données de santé, de patients et/ou de

prestataires de soins, ou encore les modalités administratives et financières dans le cadre du projet. La France dispose d'ores et déjà de tels accords avec la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne et la Suisse. Un accord avec le Luxembourg est actuellement en préparation. L'accord-cadre franco-allemand porte sur un territoire géographique concret : 19 millions de personnes vivent le long de la frontière commune et nombre d'entre eux sont frontaliers. L'accord-cadre a pour objectifs spécifiques d'améliorer l'offre et la qualité des prestations de soins, la possibilité et le maintien d'un échange régulier entre acteurs du secteur de la santé ainsi que de créer un cadre juridique pour les nombreux projets isolés existants à ce jour. Les accords de coopération suivants ainsi ont été conclus à la frontière franco-allemande :

- accord de coopération en matière d'assistance médicale d'urgence entre la Préfecture de la région Lorraine, l'Agence Régionale de Santé de Lorraine et le Ministère de l'Intérieur et du Sport de la Sarre
- accord de coopération en matière d'assistance médicale d'urgence entre les préfets de la Région Alsace et du département du Bas-Rhin, l'Agence Régionale de la Santé d'Alsace, l'URCAM et le Ministère de l'Intérieur et du Sport de la Rhénanie-Palatinat
- accord de coopération en matière d'assistance médicale d'urgence entre les préfets de la Région Alsace et du département du Bas-Rhin, l'Agence Régionale de la Santé d'Alsace, l'URCAM et les présidents des districts de Fribourg et de Karlsruhe
- accord de coopération transfrontalier pour les grands brûlés entre l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, l'URCAM Alsace et le Centre des grands brûlés de la clinique de traumatologie de Ludwigshafen
- accord de coopération transfrontalier dans le domaine de la cardiologie entre l'Agence Agence Régionale de Santé de Lorraine, le Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté+ (CHIC UNISANTE) et les cliniques SHG Völklingen
- accords transfrontaliers sur les soins de santé pour la prise en charge commune des patients épileptiques entre l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et les caisses allemandes d'assurance maladie pour les soins de santé des patients allemands

L'importance de ces accords de coopération devient évidente quand il s'agit de la prise en charge des patients en cas d'urgence. Dans ce domaine notamment, il s'agit de trouver l'établissement approprié le plus proche en raison de l'urgence et en fonction de l'état de santé du patient, indépendamment des frontières nationales. Les besoins sont minimes puisque les soins d'urgence

sont bien développés des deux côtés du Rhin, néanmoins on vise une qualité des soins la plus élevée possible et ce dans toutes situations. Malgré ces exemples positifs de conventions de coopération, la peur des acteurs liée aux questions de la prise en charge des soins fait obstacle à la préparation de nouvelles conventions.

Mobilité des patients avec la Suisse

Le système d'assurance maladie suisse est régi par le principe de territorialité qui stipule que seules les prestations réalisées par des prestataires conventionnés en Suisse et sur le territoire suisse peuvent être prises en charge. Il existe néanmoins quelques exceptions à cette règle. En cas d'urgence par exemple, lorsque le patient se trouve à l'étranger et qu'il lui est impossible de revenir en Suisse pour se faire soigner, les frais sont pris en charge. Les soins médicaux à l'étranger sont également autorisés lorsqu'ils ne sont pas dispensés en Suisse ou si les risques de soins sur place sont trop élevés. Les fondements juridiques pour la prise en charge de soins dans l'UE sont établis par le règlement CE 883/2004 adopté par la Suisse dans le cadre de l'accord de libre circulation des personnes avec l'UE. Il existe cependant une exception spécifique : le dispositif appelé projets pilotes, dans lequel, sur une base réglementaire, certains cantons, assureurs et des prestataires étrangers peuvent conclure un accord pour une durée de 4 ans permettant la mobilité des patients par-delà la frontière. Il est important que les cantons et les assureurs fassent une demande conjointe auprès du Département de l'Intérieur, que les assurés soient volontaires, que les prestations soient clairement définies et que les tarifs et les prix des soins pratiqués à l'étranger ne dépassent pas ceux pratiqués en Suisse. De plus, les projets pilotes nécessitent un accompagnement scientifique. Il existe actuellement 3 projets pilotes, dont l'un dans le Rhin supérieur : le projet pilote GRÜZ (Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach) de coopération transfrontalière entre l'Allemagne et la Suisse en matière de santé dans la région frontalière de Bâle-Ville / Bâle-Campagne / le Landkreis de Lörrach". Fin septembre 2016, une modification de la législation relative aux projets pilotes a ouvert davantage de possibilités pour les coopérations et supprime la limitation de durée des projets. Cette loi n'a pu cependant être adoptée qu'après de nombreuses discussions, l'Etat fédéral voulant surtout s'assurer que les cantons et les assureurs aient toujours l'obligation de faire une demande conjointe et que la participation aux projets pilotes ne se fasse, pour les assurés, que sur base de

volontariat. Le nouvel accord-cadre franco-suisse ouvre la voie à des accords de coopération de même type avec la France.

BILAN : Il existe différentes dispositions réglementaires permettant de considérer l'offre de soins de façon transfrontalière qui offrent différents recours pour la prise en charge de prestations réalisées dans le pays voisin. Dans la perspective d'une prise en charge optimale pour le patient, chacun de ces dispositifs peut, certes, apporter des avantages et / ou des inconvénients mais la coexistence des différents règlements complexifie la compréhension et la visibilité des avantages ou inconvénients. Il faut donc mieux faire connaître les règlements existants et les rendre accessibles au patient. Le nombre croissant de conventions de coopération aux frontières franco-allemande et germano-suisse montre qu'il y a des volontés pour développer des projets de coopération transfrontalière de proximité dans le cadre des accords bilatéraux ou des projets pilotes pour mieux répondre aux besoins des territoires et des patients. Même si un règlement plus clair et plus homogène serait souhaitable, on peut déjà se féliciter qu'il y ait un cadre juridique permettant de conclure de nouvelles coopérations sous réserve, bien entendu, de la motivation des acteurs.

Le tableau suivant décrit les démarches lors de soins dans le pays voisin. Sont présentées en premier lieu les démarches pour des soins non programmés et d'urgences, situations dans lesquelles intervient la carte européenne d'assurance maladie ou EHIC (European Health Insurance Card). Dans un deuxième temps, sont présentées les démarches pour des soins programmés pour lesquels interviennent soit les dispositions du règlement (UE) 883/04 ou la directive 2011/24/UE. Dans les deux cas, nous avons pris la perspective d'un patient de l'EEE ou de la Suisse désirant se faire soigner en Allemagne, en France ou en Suisse.

Veuillez noter à propos de ces tableaux qu'il s'agit de données à titre indicatif. La représentation correspond à la situation standard, telle que prévue par les règlements. Dans la réalité, il peut néanmoins y avoir des variations au cas par cas. Les points de contact nationaux ou les assureurs sont habilités à renseigner pour les cas particuliers.

Prise en charge de soins non programmés:

en France	en Suisse	en Allemagne
Présentation de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM ou certificat provisoire de remplacement) en tant que justificatif	Présentation de la CEAM (ou certificat provisoire de remplacement) et de la carte d'identité/du passeport	Présentation de la CEAM (ou certificat provisoire de remplacement) et de la carte d'identité/du passeport
Paiement des frais médicaux	Paiement des frais médicaux	Compléter le formulaire type 81, choix d'une caisse d'assurance maladie locale chargée de régler le cas
Envoi des documents (feuille de soins, photocopies de justificatifs, ordonnances, CEAM, adresse et coordonnées bancaires) à la CPAM locale	Envoi des documents (original de la facture, photocopie de la CEAM, coordonnées bancaires, adresse du pays de résidence) à l'institution commune LAMal	<u>Le cabinet</u> envoie les documents (photocopies de la CEAM et de la pièce d'identité, formulaire type 81) à la caisse d'assurance maladie choisie <u>Le cabinet</u> fait les comptes avec l'Union régionale des médecins conventionnés selon les conditions de la caisse d'assurance maladie locale choisie (volume des prestations et valeur du point)
N'est remboursé que la part du tarif conventionné pris en charge par la Sécurité sociale (environ 70%)	Les hôpitaux font généralement les comptes directement avec l'Union régionale des médecins conventionnés, remboursement sous déduction des suppléments	Si aucun justificatif n'a été présenté, la facturation est effectuée de la même façon que pour un patient privé (avancement des frais), remboursement de la part de l'assureur du pays de résidence
<i>Libre choix du médecin (MAIS: Secteur 1 recommandé, sinon le ticket modérateur augmente!)</i>	Il existe également une franchise de 92 CHF pour 30 jours pour les étrangers	
Il est également possible d'avancer les frais puis d'être remboursé par son assureur local à son retour		

Prise en charge de soins programmés :

	assuré en Allemagne	assuré en France	assuré en Suisse
Règlement (CE) 883/04	<ul style="list-style-type: none"> - Demande du formulaire S2 ou E 112 auprès de l'assureur du pays de résidence, avant les soins - Présentation de l'autorisation auprès de l'assureur dans le pays des soins - Soins & avancement des frais (à moins que le prestataire des soins adresse directement la facture à l'assureur) - Dépôt de toutes les factures et de tous les justificatifs chez l'assureur dans le pays d'exercice des soins ou dans le pays de résidence (à moins que le prestataire ne s'en charge) 	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement d'un certificat médical par le médecin de famille attestant la nécessité du soin - Demande du formulaire S2 ou E 112 auprès de l'assureur du pays de résidence, avant les soins - Présentation de l'approbation auprès de l'assureur ou du prestataire dans le pays où sont effectués les soins 	<p>les remboursements ne peuvent généralement pas avoir lieu pour les soins prévus en raison du principe de territorialité, sauf en cas d'urgence ou lorsque les soins ne peuvent être assurés en Suisse ; il est toutefois possible de souscrire des assurances complémentaires à cet effet</p>
Dir. 2011/24/UE	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'accord préalable (sauf en cas de nuitée et de traitements hautement spécialisés, entre autres →Demander au point de contact national ou à l'assureur) - Avancement des frais et demande de remboursement ultérieure auprès de l'assureur du pays de résidence qui rembourse aux conditions du pays de résidence après déduction des frais administratifs <p>ATTENTION: Les affiliés à l'assurance maladie privée ne sont pas concernés par ces réglementations. Pour eux, la prise en charge des frais dépend des conditions individuelles du contrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'accord préalable (sauf en cas de nuitée et de traitements hautement spécialisés, entre autres →Demander au point de contact national ou à l'assureur) - Avancement des frais et demande de remboursement ultérieure auprès de l'assureur du pays de résidence qui rembourse aux conditions du pays de résidence 	<p>la Suisse n'applique pas les dispositions de la directive</p>

3 - La prise en charge des soins transfrontaliers : réalités et défis du point de vue des caisses d'assurance maladie

Cette partie permet de revenir sur les expériences que les responsables des organismes directement concernés par la prise en charge des soins transfrontaliers, à savoir les caisses d'assurance maladie en Allemagne, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en France et l'Institution commune LAMal en Suisse ont faites en matière de prise en charge des soins transfrontaliers. Les cas concrets, les modalités et les problèmes rencontrés mettent en évidence les difficultés et problématiques des différents sous-espaces nationaux concernés.

Intervenants (présentations non disponibles):

- En Allemagne
[Dirk Fischbach](#), Geschäftsführer, Barmer GEK
- En France
[Christine Aureggio](#), animatrice d'équipe, Service des affaires internationales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin
- En Suisse
[Marc Schwarz](#), Institution Commune LAMal, Gemeinsame Einrichtung KVG



Synthèse des informations et discussions

Pour les caisses d'assurance maladie allemandes, la coopération transfrontalière autour de la prise en charge des soins transfrontaliers représente une mission de service publique peu attrayante parce qu'elle implique des coûts supplémentaires et une lourde charge administrative. Du point de vue des caisses, il faudrait rendre la mission plus attrayante, par exemple en leur donnant la possibilité d'agir sur l'offre de soins ou la gestion des coûts ; si tel était le cas, le soin transfrontalier serait une offre supplémentaire, une plus-value valorisée en termes de marketing auprès des clients. Ces réflexions reflètent la situation concurrentielle dans laquelle se trouvent les caisses d'assurance maladie allemandes. Ceci dit, la part des assurés concernés par les prestations transfrontalières est généralement réduite. Pour ce qui est de la coopération, il convient néanmoins de souligner qu'elle fonctionne très bien, notamment avec les partenaires européens, et que le nombre de cas pour lesquels il y a eu des problèmes de remboursement ou de rémunération des prestataires est de l'ordre de 1 pour 1000. Cela a été confirmé par Monsieur Schwarz de l'Institution commune LAMal. Bien qu'il y ait peu de cas de soins transfrontaliers, la mobilité transfrontalière est une réalité qui mérite toute notre attention et justifie les réglementations ainsi que le souhait d'abaisser les obstacles. Car, au final, la qualité des soins et de la prise en charge doit être au centre de notre attention et ce pour chacun des cas. Il ne faudrait pas que l'incapacité à coopérer soit au détriment du service rendu au patient.

En tant qu'organisme purement administratif, la CPAM du Bas-Rhin ne suit pas les chiffres afférant aux remboursements des soins transfrontaliers, mais seulement les chiffres liés à l'octroi d'autorisation préalable en cas de soins programmés. Pour rappel, lorsqu'un patient français fait la demande d'un accord préalable pour des soins à l'étranger, ce dernier doit tout de même respecter le *parcours de soins coordonnés*, c'est-à-dire qu'il doit avoir au préalable un certificat détaillé de son médecin traitant justifiant la nécessité de soins à l'étranger qu'il devra déposer à la CPAM compétente. Cette dernière transmet le certificat au médecin-conseil / conseiller médical national qui décide de l'exécution des soins sur des critères strictement médicaux. L'an dernier, la CPAM du Bas-Rhin a géré 250 demandes de ce genre pour l'Allemagne et 4 pour la Suisse, tandis qu'il n'est plus possible à posteriori de faire la différence entre les demandes approuvées et les demandes rejetées. La CPAM est également chargée d'établir la carte CEAM / EHIC (Carte Européenne d'Assurance Maladie), qui, en France, ne se trouve pas systématiquement au dos de la carte d'assuré, et pour laquelle il convient de faire une demande séparée. Elle est valable 2 ans.

Si un patient ne peut présenter cette carte à l'étranger, il lui faut transmettre les factures et les pièces justificatives à la CPAM de son lieu de résidence laquelle transmet, à son tour, les documents au *Centre National des Soins à l'Étranger* (CNSE) qui se charge du remboursement et réclame l'argent auprès des assureurs étrangers.

En Suisse, l'Institution commune LAMal joue un rôle central dans le domaine de la prise en charge financière des soins transfrontaliers. C'est une fondation placée sous l'autorité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), et en dehors d'une série de tâches telles que l'organisation de la compensation des risques entre assureurs ou la gestion du fonds d'insolvabilité, elle est chargée d'exécuter deux missions clé : elle assure la fonction de liaison avec l'assurance maladie suisse d'une part, et fait office d'assureur provisoire pour les assurés étrangers d'autre part. En tant que point de liaison, elle est chargée de l'examen, de la transmission et du recouvrement de factures ainsi que du contrôle des tarifs lors de soins à l'étranger pour des patients suisses. Cela concerne environ 180.000 personnes chaque année et pour un volume d'environ 92 millions de CHF. Environ 180.000 étrangers se font également soigner en Suisse chaque année, ce qui représente néanmoins un volume de 180 millions de CHF. L'institution commune LAMal fait office d'assureur provisoire lorsque des étrangers sont soignés en Suisse. Elle se charge alors de toutes les tâches d'un assureur. Entre 40.000 et 45.000 nouveaux clients y ont recours chaque année. Elle se charge également de l'examen des pièces justificatives et fait les comptes avec les autres comités de liaison (par ex. avec la confédération du régime général d'assurance maladie DVKA et le CNSE). Les créances respectives sont comparées les unes aux autres, puis la différence est versée.

En conclusion, la différence des acteurs impliqués dans la prise en charge des soins transfrontaliers ainsi que le décalage des tâches et compétences au sein des systèmes de santé respectifs est frappante. Il est d'autant plus surprenant de constater que la coopération et la consultation entre ces acteurs fonctionne d'ores et déjà. La peur qu'ont de nombreuses personnes concernées par les soins transfrontaliers, que ce soit au niveau des patients ou des prestataires, semblent donc vaines. Les chiffres montrent aussi que les soins transfrontaliers constituent un phénomène marginal puisque les patients ne se font quasi pas soigner à l'étranger, sauf si un ou plusieurs arguments peuvent motiver des soins dans le pays voisin : par exemple la proximité géographique, une offre de soins lacunaire dans le pays de résidence ou des temps d'attente trop longs. Donc, même si la mobilité des patients augmente, celle-ci ne représentera pas une menace pour les systèmes de santé et les intérêts nationaux.

4 - Quelques exemples de bonnes pratiques et possibilités d'optimisation de l'offre de soins transfrontalière

Cette partie sera consacrée à la présentation de projets de coopération concrets et à un retour d'expériences. Pour le bien de ses assurés, l'AOK Bade-Wurtemberg a par exemple passé, durant les dernières années, de nombreux accords avec des prestataires de soins d'autres pays européens, par exemple avec des centres de traumatologie dans des domaines skiables en Autriche. La MGEN a présenté le dispositif informatisé pour la prise en charge des soins transfrontaliers réalisés dans le cadre de la Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (région pilote pour l'accès aux soins médicaux transfrontaliers) ou de la ZOAST à la frontière franco-belge. Au sein d'une ZOAST, il est possible de consulter un prestataire dans le pays voisin, sans accord préalable de l'assureur du pays de résidence.



Détail des interventions:

- Prise en charge des patients dans le cadre de projets transfrontaliers – une approche pragmatique de la mobilité des patients
[Rainer Baudermann](#), Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg
- Des outils pour lever les freins à la coopération sanitaire transfrontalière – exemple à la frontière franco-belge
[Pierre Bonati](#), responsable d'équipe chargé des soins transfrontaliers, MGEN



5 - Réflexions finales : Développements de la prise en charge des soins transfrontaliers : perspectives et opportunités

Les réflexions finales ont été reportées de la table ronde conclusive :



- [Peter Zeisberger](#), Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
- [René Nething](#), Délégué Départemental de l'Alsace, ARS Alsace, Champagne Ardennes, Lorraine
- [Karin Mertens](#), Responsable mission relations internationales, ARS Alsace, Champagne Ardennes, Lorraine
- [Dr. Peter Indra](#), Directeur de l'offre de soins

Département de santé du canton de Bâle-Ville – Président du GT Politiques de santé de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur

L'un des problèmes en matière de soins de santé transfrontaliers, évoqué précédemment, réside dans le fait qu'il est difficile de trouver un dénominateur commun à la multitude d'acteurs, d'institutions, d'objectifs et d'intérêts, pour parvenir à un consensus de base. Les points de divergence, peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

- Tout d'abord des aspects techniques et juridiques régissant les modes de remboursement ou le cadre juridique des différents États et de l'UE pour la prise en charge de soins transfrontaliers. C'est le point que nous avons particulièrement traité lors de cet atelier.
- Ensuite, viennent les aspects culturels, c'est-à-dire non seulement les différences linguistiques mais aussi la question de la conception et de la place de la médecine et des soins de santé dans chacun des trois pays.
- Enfin, et non des moindres, la troisième catégorie porte sur les aspects financiers, et du point de vue de nombreux acteurs, c'est le point qui crée le plus de divergence et à la base de de la plupart des obstacles à la coopération.

Les interventions faites dans le cadre de cet atelier montrent bien la complexité et la diversité des possibilités de prise en charge. Mais, on constate aussi que, dans la pratique des coopérations transfrontalières, les difficultés sont multiples et ne peuvent qu'en partie trouver des solutions. Le conseil aux patients prend alors une place clé et ce d'autant que les situations ne se laissent pas réduire à un cas général mais doivent être vérifiées et considérées au cas par cas. Au-delà des cadres juridiques existants, une approche politique serait pertinente et nécessaire pour avancer.

Une première étape pourrait consister, par exemple, à identifier des projets spécifiques définis dans un cadre territorial et temporel précis dans lesquels il est possible d'expérimenter de nouvelles formes de mobilité ; la coopération germano-suisse ou franco-belge présentent quelques avancées intéressantes.

On ne peut que se réjouir du nombre de projets réalisés, des projets pilotes et des accords bilatéraux nouveaux. C'est notamment grâce à des événements tels que celui-ci et au projet TRISAN, qui a démarré en juillet 2016, que les acteurs pourront continuer à travailler en réseau et par ce biais à élaborer la base de nouvelles coopérations. Le dynamisme fort de la coopération transfrontalière dans le Rhin supérieur et l'enthousiasme de nombreux acteurs permettront sans doute à la coopération en matière de soins transfrontaliers de présenter davantage d'opportunités que de risques.

Informations et mentions légales

CONCEPTION ET RÉALISATION DE L'ATELIER

Anne Dussap, Cheffe de projet TRISAN

Euro-Institut

Rehfusplatz 11

D- 77694 Kehl

Tel +49 (0) 7851 / 7407-25

Fax +49 (0) 7851 / 7407-33

Mail : dussap@trisan.org

MENTIONS LÉGALES

Rédaction

- Michael Lörch
- Anne Dussap, Euro-Institut

Traductions

- Michael Lörch
- Florence Tissen

Relecture et mise en page

- Flore Scetbon, Euro-Institut
- Virginie Conte, Euro-Institut

Photos

- Uli Deck

