

Communication de la Commission européenne
« Consultation concernant une action communautaire
dans le domaine des services de santé »

Contribution au débat de l'Assurance Maladie obligatoire française
CNAMTS, CCMSA, RSI ET CANSSM

2 février 2007

INTRODUCTION

Pour les citoyens qui exercent leur droit à la mobilité, les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale permettent, depuis plus de trente ans, de garantir leur droit à la santé dans l'Union européenne. Récemment, les principes fondamentaux de l'Union européenne de libre circulation des biens, des personnes et des services ont suscité le développement d'une jurisprudence communautaire laquelle a créé des situations juridiques nouvelles, opposables aux systèmes d'assurance maladie nationaux sans qu'elles soient nécessairement en adéquation avec leurs propres règles et objectifs. Aussi, l'Assurance Maladie obligatoire française salue-t-elle cette initiative de la Commission européenne visant à mieux accompagner la mobilité croissante des citoyens en vue de leur garantir des services de santé sûrs, efficaces et de qualité.

Les quatre caisses nationales¹ représentant l'Assurance Maladie obligatoire française, qui couvre plus de soixante millions de personnes pour tous les risques financiers liés à la maladie, à la maternité, à l'invalidité, aux maladies professionnelles, aux accidents du travail ou au décès, souhaitent apporter une contribution commune à la consultation de la Commission.

Pour l'Assurance Maladie obligatoire française, les services de santé ne peuvent être considérés comme des services classiques. C'est pourquoi elle a demandé l'exclusion de ce secteur de la proposition de directive sur les services². Le secteur des services de soins de santé présente, par rapport à d'autres secteurs économiques, des spécificités qui entraînent des imperfections fortes de marché et justifient dès lors une intervention publique, que l'on retrouve dans tous les pays. Ces caractéristiques spécifiques ont été largement analysées par les économistes, et sont récapitulées dans le document de travail de la Commission « European competitiveness report – 2004 »³ qui souligne, notamment, le risque de sélection des risques et l'asymétrie d'information entre le patient et le prestataire de soins.

Il est important de garder à l'esprit qu'en France, comme dans l'ensemble des pays de l'UE, le principe selon lequel la santé est un droit fondamental devant être garanti à tous et partout

¹ La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Mutualité sociale agricole, le Régime social des indépendants et la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.

² Position de la CNAMTS, de la CCMSA et de la CANAM sur la directive relative aux services dans le marché intérieur, 10 septembre 2004 – ce texte peut être consulté sur le site Internet de la REIF : www.reif-eu.org

³ European competitiveness Report 2004 – SEC (2004) 1397

implique un système d'assurance maladie obligatoire et solidaire, avec un financement majoritairement socialisé des dépenses. Ce principe de financement socialisé requiert des choix collectifs inévitables pour assurer la soutenabilité financière des systèmes de santé⁴.

La garantie du droit à la santé et à l'égal accès aux soins implique un équilibre entre trois composantes : la réponse à des besoins individuels croissants (en raison notamment du vieillissement de la population), l'intervention de la solidarité nationale par un financement public et la régulation de l'offre, en particulier au niveau territorial. Selon le Traité, l'organisation et le financement des systèmes de santé relèvent de la responsabilité des Etats membres.

Au niveau communautaire, la réflexion engagée sur les services de santé transfrontaliers, doit se concentrer sur les incertitudes juridiques issues de la jurisprudence de la CJCE et sur les domaines pour lesquels l'Union européenne est susceptible de créer de la valeur ajoutée.

Dans sa réponse, l'Assurance maladie obligatoire française s'appuie sur une large expérience de la gestion de la mobilité des patients pour nourrir concrètement la présente consultation.

Question n° 1 : quelles sont les retombées actuelles (à l'échelon local, régional et national) de la prestation transfrontalière de soins sur l'accessibilité aux systèmes de soins ainsi que sur la qualité et la viabilité des systèmes et comment ces répercussions sont elles susceptibles d'évoluer ?

Les retombées financières

En France, les prestations transfrontalières prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire n'atteignent pas actuellement le taux de 1% annoncé par la Commission. Cependant, selon les chiffres fournis par le CLEISS⁵, la tendance est, depuis quelques années, à une forte hausse, en particulier sur les deux derniers exercices : + 27% entre 2004 et 2005 (en 2004, 167 millions d'euros - en 2005, 212 millions d'euros). Cette tendance se confirme au plan local et régional. Par exemple, on observe une augmentation rapide du nombre de demandes de remboursement par la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) de Strasbourg (800/mois) ainsi que des demandes d'autorisations préalables de soins à l'étranger. Pour les 10 premiers mois de 2006, le nombre de demandes dépasse d'ores et déjà le nombre de demandes effectuées en 2005.

Les retombées sur l'accessibilité aux soins

Les retombées actuelles des soins transfrontaliers du point de vue de l'accessibilité sont, en général, faibles, compte tenu de la limitation du phénomène. Dans les zones frontalières françaises, l'impact des soins transfrontaliers sur l'accessibilité s'analyse aussi bien du point de vue de la mobilité des patients que de celle des prestataires et des équipements disponibles.

⁴ La CJCE a d'ailleurs mis en avant dans plusieurs arrêts que le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale peut constituer une raison impérieuse d'intérêt général pouvant justifier des mesures allant à l'encontre du principe de libre circulation (voir notamment les arrêts Kohll et Smits/Peerbooms).

⁵ CLEISS : centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Ces chiffres ne comprennent que les soins remboursés dans le cadre des règlements de coordination de sécurité sociale et excluent donc les dépenses hors de France directement remboursées aux patients par les caisses d'assurance maladie française (2005 : 39 millions d'euros)

Pour les patients, les flux sont liés à l'existence hors de leur pays de réponses qui peuvent être plus adaptées à leur besoin et pour les professionnels, à des différences dans les niveaux de rémunération (*Exemple : les flux de France vers le Luxembourg pour le personnel soignant hospitalier mieux rémunéré au Luxembourg*).

Pour anticiper les éventuelles tensions sur l'offre de soins dues à ces flux transfrontaliers, des coopérations transfrontalières se sont développées (voir infra question 5).

La couverture des frais fournis à l'étranger est l'autre aspect de l'accessibilité aux soins transfrontaliers. Elle s'appuie, à titre essentiel, sur les règles et dispositifs mis en place au niveau européen et d'autres au niveau national pour rembourser les soins dispensés en dehors du pays d'affiliation, à savoir :

1/ Les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale et la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

La gestion de la couverture des frais médicaux transfrontaliers par l'Assurance Maladie obligatoire se réalise par l'application des règlements de coordination créés pour faciliter la libre circulation des citoyens dans l'Union européenne. Ces règlements ont montré leur utilité et leur efficacité puisque chaque année des millions d'assurés (travailleurs, touristes, pensionnés, étudiants,...) en bénéficient. Leur révision en 2004 vient simplifier et s'adapter à la nouvelle donne en lien avec la mobilité croissante des citoyens à travers l'UE. L'Assurance Maladie obligatoire appelle à une adoption aussi rapide que possible du nouveau règlement d'application. Par ailleurs, pour faciliter la mobilité des citoyens, la carte européenne d'assurance maladie, mise en circulation en France dès juillet 2004⁶ est une mesure de simplification dès lors que patients et prestataires sont suffisamment informés sur son usage. Il conviendrait actuellement de favoriser la communication sur l'utilisation de cet outil.

2/ L'application de la jurisprudence de la CJCE concernant les soins de santé

A la suite des arrêts de la CJCE, le décret 2005-386 du 19 avril 2005 a introduit les différentes dispositions dans le code de la sécurité sociale française, pour la mise en application de ceux-ci : les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins ambulatoires dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré. Hormis les cas de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie procèdent, sur autorisation préalable, au remboursement des frais des soins hospitaliers dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes : les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ; un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection. Cette réglementation clarifie les conditions de remboursement pour les patients, assurés en France qui jouissent de leur droit à la mobilité.

⁶ La Carte européenne d'assurance maladie est délivrée en France à la demande. En effet, il a été jugé inutile de la délivrer de manière systématique à l'ensemble des assurés sociaux d'autant que le coût unitaire de cette carte, 1€, est à ajouter à celui de la carte électronique Vitale, 5€.

3/ Le traitement centralisé des prestations relatives à des soins reçus hors de France

Pour prendre en compte la complexité inhérente à l'application des règlements de coordination de la sécurité sociale et à celle de la jurisprudence de la CJCE, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés centralise, dans une seule caisse, le traitement des prestations relatives à des soins reçus hors de France. Cette innovation a pour objectifs une meilleure maîtrise de la réglementation (avec des agents spécifiquement formés), une meilleure détection des dossiers frauduleux et des statistiques fiables et utiles pour analyser les soins reçus à l'étranger.

De son côté, le régime agricole met en place une expérimentation qui permettrait un suivi des remboursements de soins à l'étranger à l'échelon régional.

Les retombées pour la qualité et la viabilité des systèmes

La prestation transfrontalière de soins peut avoir un impact négatif ou positif sur la qualité des soins. Compte tenu de l'offre de soins existante en France, la mobilité des patients en dehors du pays d'affiliation est peu susceptible de concerner des soins lourds et onéreux. Le système de santé français, comme le confirme le solde positif de la coordination, accueille, à ce jour, plus de patients qu'il n'en voit partir à l'étranger. La question de la qualité se pose autour de la pression pouvant peser sur les prestataires et structures hospitalières accueillant des patients étrangers. La relative faiblesse actuelle du phénomène ne peut pas menacer la qualité des soins fournis. Toutefois des évolutions pourraient se produire dans la foulée de la jurisprudence la plus récente, organisant, selon les règles du marché intérieur, une demande importante de soins de patients en provenance d'un Etat voisin, qui mettrait en cause l'accès à des soins de qualité pour les populations locales en zones frontalières (*Exemple : patients britanniques hospitalisés en France et en Belgique ou encore néerlandais du fait de listes d'attente*).

Parallèlement, une nouvelle tendance se fait jour, où des patients tirent parti de l'existence du marché intérieur pour obtenir à un coût moindre, dans les nouveaux Etats membres de l'Union souvent, des services de santé pour lesquels ils assument une part significative des coûts. C'est le cas des soins faiblement remboursés. Ces nouvelles pratiques ne permettent pas, en l'absence d'information préalable disponible, de s'assurer de la qualité des soins fournis. S'y ajoute le problème du suivi du patient à son retour dans son pays d'affiliation, problème régulièrement relevé par l'Assurance Maladie obligatoire. A contrario, la recherche de la meilleure qualité par le patient, est parfois obtenue par des prestations transfrontalières de soins dans des structures de référence situées à l'étranger. Dans ce cas, c'est la concurrence par la qualité, sans prise en compte des coûts, qui peut avoir des retombées sur la viabilité des systèmes. La viabilité des systèmes de santé concerne notamment les éléments suivants :

1/ L'équilibre financier des régimes en charge de l'assurance maladie obligatoire

Il est essentiel de veiller à préserver la qualité des soins et la régulation des systèmes en évitant des mesures favorisant une plus grande consommation de soins de santé. En revanche, des synergies en termes d'équipements médicaux, de locaux ou encore de compétences sont envisageables, tout particulièrement dans les régions frontalières.

2/ L'accès aux soins sur tout le territoire

La garantie d'une offre de soins équilibrée sur l'ensemble du territoire français, notamment dans les zones rurales et les zones urbaines en difficulté, est fondamentale. Les initiatives qui seront prises au niveau européen devront veiller à préserver cet équilibre géographique.

3/ La pérennité des structures hospitalières

Il convient de veiller à ce que des investissements de long terme puissent être financés dans le cadre d'une planification des besoins, notamment au niveau hospitalier. Ainsi, la procédure d'autorisation préalable pour recevoir des soins hospitaliers programmés dans un pays autre que celui de l'affiliation est indispensable pour préserver l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et maintenir un service hospitalier accessible à tous. En effet, les systèmes d'assurance maladie ne doivent pas être amenés à financer deux fois le secteur hospitalier : une première fois en finançant les investissements de ces infrastructures et une deuxième fois en remboursant les frais occasionnés par une hospitalisation dans un autre pays que celui de l'affiliation. Il faut veiller à répondre à la demande locale de soins hospitaliers quelque soit la pression de la demande extérieure.

4/ La démographie des professionnels de santé

Si ponctuellement un renfort de médecins peut contribuer à contrebalancer un déséquilibre démographique, il pose clairement la question de la désorganisation de l'offre de soins des pays d'origine de ces professionnels de santé et au-delà de la perte de savoir faire et de performance de leur propre système de santé. Le développement d'une concurrence entre prestataires de différents Etats membres peut amoindrir les capacités de régulation des gestionnaires nationaux, gouvernements et caisses d'assurance maladie.

Question n° 2 : quelles sont les clarifications juridiques spécifiques et les informations pratiques requises – et par qui (autorités, acquéreurs, prestataires, patients) – pour que des prestations transfrontalières de soins sûres, efficaces et de qualité puissent être fournies ?

La garantie de prestations transfrontalières de soins sûres, efficaces et de qualité est essentielle. Il convient de travailler au niveau européen sur un certain nombre de questions encore en suspens.

Les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale et la jurisprudence de la CJCE

La jurisprudence de la CJCE, développée depuis 1998 parallèlement aux règlements de coordination, a entraîné une situation duale avec deux procédures différentes de couverture de soins obtenus dans un autre Etat membre, chacune s'appuyant sur une base juridique différente.

1/ Les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale

Afin d'assurer la libre circulation des travailleurs (article 42 du Traité des Communautés Européennes), la coordination des régimes de sécurité sociale prévoit qu'en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre (UE+EEE+Suisse), les patients sont traités à égalité avec les assurés sociaux du pays où sont dispensés les soins. Les prestations en nature de l'assurance maladie sont servies par l'institution du lieu de séjour, à la charge de l'institution d'affiliation, selon la législation du pays où les soins ont été délivrés et selon ses tarifs, soit automatiquement s'il s'agit de soins médicalement nécessaires soit sur autorisation préalable de l'institution compétente s'il s'agit de soins programmés. Une compensation financière intervient ensuite au niveau européen entre les pays. Les porteurs d'une CEAM ont la garantie

d'une reconnaissance de leurs droits dans tous les Etats concernés sur simple présentation de leur carte en cours de validité. Dans le cadre d'une procédure de rattrapage, si l'assuré demande au retour de son séjour le remboursement à sa caisse des soins qui lui ont été délivrés, les frais exposés sont alors remboursés par l'institution d'affiliation aux tarifs de remboursement appliqués par l'institution du lieu de séjour et suivant cette réglementation, sauf situations particulières.

2/ La jurisprudence de la Cour de Justice

Dans le cadre de l'application des arrêts de la CJCE, qui se fondent sur la liberté de circulation des biens et des services, la Cour estime que l'autorisation préalable pour effectuer des soins ambulatoires dans un autre Etat membre constitue une entrave. Ces soins doivent être pris en charge directement par l'institution d'affiliation et le remboursement des frais engagés doit s'effectuer selon les tarifs de l'Etat d'affiliation dans la limite des dépenses engagées. Cette jurisprudence est étendue au milieu hospitalier puisque la Cour estime, d'une part, que les activités médicales en milieu hospitalier relèvent bien du champ de la libre prestation de services et par conséquent, que les systèmes d'autorisation préalable constituent un obstacle à la libre prestation de services médicaux hospitaliers. Toutefois, elle admet que des raisons impérieuses, comme l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale ou le maintien d'un service hospitalier accessible à tous, puissent justifier la restriction que constitue l'autorisation préalable. Ces soins doivent être pris en charge sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation. On rappellera les difficultés d'application liées au parcours de soins ainsi que les problèmes de conventionnement et de carte des professionnels de santé. Par ailleurs, les principes du marché intérieur découlant du traité et les règles de coordination des régimes de sécurité sociale peuvent également être combinés (Arrêt Vanbraekel). L'assuré qui a bénéficié, au titre du règlement de coordination, d'une prise en charge des frais engagés selon la réglementation de l'Etat où il a reçu des soins peut demander à l'Etat compétent d'examiner le niveau de prise en charge susceptible de lui être accordé au titre de la législation nationale et solliciter, si cette prise en charge s'avère plus avantageuse, un complément différentiel.

Ces deux voies d'accès à une prise en charge de soins reçus dans un autre Etat membre étant d'application très difficile, il apparaît nécessaire d'éviter les dualités de mesures conduisant à un résultat similaire, de gommer les contradictions et de rechercher un rapprochement, voire si possible une présentation unique et consolidée des deux voies. Par ailleurs, il faudrait éviter les dispositifs obligeant les institutions à devoir systématiquement recourir, pour des sommes de surcroît peu élevées, à des « compléments différentiels Vanbraekel ». Cette exigence de sécurité juridique permettrait d'éviter les risques de fraudes ou de création de filières commerciales d'accès à ces soins.

Les soins hospitaliers programmés : la notion de délai raisonnable

Suite à l'arrêt de la CJCE dans l'affaire Watts (16 mai 2006), une réflexion et une clarification seraient nécessaires, au niveau européen, afin de mieux encadrer la notion de « délai raisonnable », c'est-à-dire le temps qu'un patient peut avoir à attendre pour recevoir un traitement dans son pays d'affiliation. Il serait important que l'état médical du patient soit effectivement le paramètre pris en compte pour accorder ou refuser une autorisation d'hospitalisation dans un autre Etat membre. L'Assurance Maladie obligatoire française tient à souligner que des mesures ont été prises pour améliorer la gestion des demandes de soins hospitaliers programmés à l'étranger. Désormais, toute demande d'autorisation devra être

traitée en deux semaines. Si aucune réponse n'est donnée dans les deux semaines, la prise en charge est accordée. Il s'agit là d'une amélioration certaine pour le patient, nécessitant un investissement important de la part de l'organisme d'affiliation, les situations à évaluer étant souvent complexes et les informations fournies souvent incomplètes ou difficiles à traiter, notamment quand le traitement est innovant.

La définition des soins hospitaliers

Cette définition varie d'un Etat à l'autre. Par exemple, certains soins importants, comme l'accouchement, sont considérés comme des soins hospitaliers dans certains Etats membres et comme des soins ambulatoires dans d'autres. Il existe également des frontières évolutives entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers : chirurgie en cabinet, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, etc. Il conviendra donc de ne pas favoriser une approche unique et de veiller à respecter les organisations nationales.

Les informations pratiques

Les besoins d'information pour l'Assurance Maladie obligatoire portent notamment sur les aspects suivants : comment vérifier que le praticien mentionné sur une note d'honoraires ou sur une ordonnance est bien un médecin légalement établi et autorisé à pratiquer⁷, comment identifier objectivement un médicament mentionné sous une dénomination commerciale purement locale alors qu'il existe une dénomination commune internationale pour chaque médicament, comment faire la différence entre un établissement thermal et un établissement touristique, comment être informé sur l'offre de soins au-delà des frontières et ses règles de fonctionnement, de certification et de bonnes pratiques, comment connaître les prestations prises en charge par les systèmes de santé ou les organismes d'assurance maladie, comment obtenir les listes des professionnels de santé et des établissements de soins, avec leur statut par rapport au conventionnement avec les organismes d'assurance maladie du pays d'origine. Pour sa part, la CNAMTS mettra très prochainement en ligne une liste complète des professionnels de santé français ainsi que des informations utiles les concernant. D'autres informations pourraient également être nécessaires comme celles relatives à la responsabilité médicale ou au respect de bonnes pratiques, de protocoles de soins ou de parcours de soins. Parallèlement, il serait important de veiller à ce que les patients soient bien informés des procédures et conditions relatives à la prise en charge des soins dans l'Union européenne.

⁷ Grâce à l'application de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, les sanctions prises à l'égard d'un professionnel devraient être connues (2005/36/CE - art. 56 – 2).

Question n° 3 : quels sont les domaines (surveillance clinique, responsabilité financière, etc.) devant relever de la responsabilité des autorités de chacun des Etats concernés ? Ces domaines varient-ils en fonction des différents types de prestations transfrontalières ?

L'organisation et la gestion des systèmes de sécurité sociale étant de compétence nationale, l'Assurance Maladie obligatoire française tient à rappeler que, afin de préserver la régulation sanitaire et la soutenabilité financière des systèmes, les domaines suivants relèvent exclusivement de la compétence des Etats membres.

La définition et les modalités de prise en charge des soins

Celles-ci, ainsi que les mesures de maîtrise des dépenses, sont assurées par les systèmes de santé ou les organismes d'assurance maladie. Pour les soins hospitaliers programmés hors de France, la procédure d'autorisation préalable est nécessaire et raisonnable à condition d'être justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général et de santé publique comme souligné par la CJCE, à savoir : l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et le maintien d'un service hospitalier accessible à tous. Ce dispositif est la conséquence logique de la responsabilité des Etats membres dans l'organisation et le financement de leur système national.

L'organisation territoriale et les outils de régulation

La jurisprudence de la CJCE reconnaît aux Etats membres la possibilité de restreindre la libre circulation des services de santé pour des raisons de santé publique et d'équilibre financier. Il revient en effet aux pouvoirs publics de planifier et d'organiser l'offre de soins pour qu'elle réponde à la demande et pour éviter à contrario que l'offre n'influe la demande. C'est pourquoi, les modalités et autorisations d'exercice des professionnels de santé, les modalités d'ouverture et d'exploitation de structures de soins, les modalités de contractualisation avec les professionnels et les établissements de santé doivent rester du ressort des Etats membres, dans le respect des principes de non discrimination et de proportionnalité.

La sécurité des patients

Elle relève des dispositions de santé publique entrant dans la compétence de chaque Etat membre. Pour sa part, l'Union européenne favorise la coopération entre les Etats membres et les échanges sur les bonnes pratiques.

Les questions éthiques

Ces questions sont généralement très sensibles et dépendent du contexte socio-historique de chaque Etat membre. Par conséquent, il ne serait pas pertinent que des décisions soient prises au niveau européen en la matière.

L'information des patients

Il s'agit d'un domaine clef pour encourager un comportement responsable en matière de santé. La seule façon d'atteindre cet objectif est d'aider les citoyens à identifier les informations fiables et impartiales dans le labyrinthe des informations disponibles afin de leur permettre de prendre leurs décisions en connaissance de cause. Si l'UE peut aider à une diffusion des sources d'informations indépendantes et de qualité existant déjà, il est important que l'information des patients soit régulée par le niveau national afin de bien prendre en compte les spécificités nationales.

Question n° 4 : qui devrait être chargé de garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins ? Comment garantir des voies de recours aux patients ayant subi des préjudices ?

Comme mentionné plus haut, la sécurité des patients relève des dispositions de santé publique, lesquels sont de la compétence exclusive de chaque Etat membre. Ainsi, en cas de préjudices à l'égard d'un patient (aléas thérapeutique, fautes médicales...), il convient d'appliquer la législation du pays dans lequel les soins ont été délivrés. En outre, un système de collaboration entre les Etats membres et les organismes nationaux compétents concernés (portant sur l'obligation mutuelle d'information dans un délai précis ou sur la possibilité de mandater l'organisme étranger correspondant) devrait être défini au niveau européen afin de garantir la protection des patients, celle-ci nécessitant l'intégration, dans le dossier médical personnel de son pays d'affiliation, de toutes les données relatives aux soins et interventions survenus dans un autre Etat membre

Question n° 5 : que faut-il faire pour que le traitement des patients originaires d'autres Etats membres soit compatible avec la fourniture d'un service médical et hospitalier équilibré accessible à tous (dédommagement pour leur traitement dans le pays destinataire par exemple)?

Comme cela a déjà été dit, la mobilité des patients, surtout si elle est importante, ne doit pas se réaliser au détriment d'un accès de tous à la santé quel que soit le lieu d'habitation. En effet, des mesures sont prises au niveau national pour assurer la meilleure régulation territoriale possible et garantir partout l'accès aux soins de tous. A cet égard, l'existence d'une autorisation préalable pour les soins hospitaliers programmés à l'étranger constitue un outil de régulation dont il convient de préserver toute l'utilité pour contenir tout développement inopiné du tourisme médical en Europe.

Par ailleurs, pour permettre au système de soins de prendre en compte à la fois la mobilité des patients et les besoins nationaux, la France va intégrer certains services de santé frontaliers dans la planification sanitaire régionale. En effet, elle développe depuis quelques années des accords de coopération avec les pays voisins pour organiser, dans les zones frontalières, l'accès aux soins hospitaliers de manière souple, adéquate et complémentaire. Cela permet entre autres de prendre en considération les lacunes des systèmes d'offre de soins, les temps d'attente excessifs, les nécessités de renforcement et de rationalisation des plateaux techniques, les besoins des équipes soignantes, les éventuels déficits d'implantations des prestataires dans les espaces frontaliers. C'est d'ailleurs l'esprit des accords cadre de coopération sanitaire transfrontalier franco-allemand et franco-belge (signés en 2005). De tels accords doivent bien entendu être soumis aux autorités ministérielles compétentes.

Extrait de l'accord cadre franco-belge sur la coopération sanitaire transfrontalière signé le 1^{er} juin 2005 :

Article 1^{er}
Objet

Le présent accord a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Belgique dans la perspective :

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations
- d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

De même, les groupements européens d'intérêt économique OFBS (Observatoire franco-belge de la santé qui couvre la totalité de la frontière franco-belge) et Luxlorsan (couvrant le Luxembourg belge, la Lorraine en France et le Grand Duché de Luxembourg) inscrivent, de part leur rôle d'observatoire transfrontalier de la santé, leur action dans cette dynamique et ont pour objectif de développer une réelle approche transfrontalière de politique de santé. Enfin, et sans être exhaustifs, des coopérations inter-hospitalières ont été mises en place pour répondre à des demandes spécifiques. Les conventions sont négociées en fonction des possibilités existantes (offre de soins suffisante capable d'absorber une demande supplémentaire) et des besoins identifiés. Ainsi, depuis le 1^{er} novembre 2004, un accord permet aux médecins belges d'utiliser l'IRM de Tourcoing pour leurs patients et aux patients français de faire leur examen de scintigraphie à Mouscron.

Ces exemples montrent l'importance d'un travail transnational ; cependant, pour être pleinement efficaces, ces initiatives ne doivent pas donner lieu à une concurrence entre Etats membres, mais se réaliser en coopération. L'initiative de la Commission européenne sur les soins transfrontaliers devra comporter un dispositif encourageant les synergies et les complémentarités source d'efficience et de performance.

Question n° 6 : d'autres questions sur la circulation des professionnels de santé ou l'établissement de prestataires de soins qui n'auraient pas encore été traitées dans la législation communautaire devrait-elles être évoquées dans le contexte précis des services de santé ?

La circulation des professionnels de santé ou leur établissement est en partie traitée par la nouvelle directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (2005/36/CE). Quelques aspects restent cependant à préciser.

Les liens entre les professionnels et les organismes d'assurance maladie

La reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles facilite la libre circulation des professionnels de santé. Néanmoins, il convient, pour le professionnel exerçant dans un autre Etat membre qui ponctuellement ou régulièrement va dans un autre Etat pour assurer un service de santé, que soient précisées les conditions d'exercice qui relèvent de la compétence de l'Etat ou de l'organisme qui en a la délégation, et les liens entre ce professionnel et l'organisme de prise en charge des prestations.

La responsabilité civile des professionnels de santé

La directive sur la reconnaissance des qualifications prévoit que le prestataire de service apporte la preuve qu'il a souscrit à une assurance en responsabilité civile professionnelle lorsque l'Etat d'accueil l'exige. En France, cette souscription est obligatoire. Il paraît donc préférable que cette disposition s'impose à tous les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire européen. La sécurité des patients en serait ainsi grandement améliorée.

La carte européenne pour les professionnels de santé

L'Assurance Maladie obligatoire française se réjouit de la mention faite, dans la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, de la création d'une carte européenne pour les professionnels de santé (point 32 du préambule). A l'évidence, cette carte présenterait un certain nombre d'avantages : simplifier la libre circulation des professionnels de santé, certifier les compétences professionnelles de son titulaire, identifier l'autorité compétente dans le pays d'origine, accélérer et améliorer l'échange d'informations entre les autorités compétentes, ceci afin de garantir un niveau d'éthique et de qualification élevé pour les professionnels de santé. Dans ce domaine, la France peut apporter son expérience. En effet, les professionnels établis sur le territoire français peuvent disposer d'une carte sécurisée dont l'objectif est de sécuriser les échanges relatifs aux données médicales et de faciliter les procédures administratives⁸. Sur le plan européen, une telle carte améliorerait considérablement la sécurité des patients.

Question n° 7 : dans le contexte des différents systèmes spécifiques de santé ou de protection sociale, existe-t-il d'autres domaines où la sécurité juridique devrait être renforcée ? Quelles améliorations les parties prenantes directement concernées par l'accueil des patients venant d'autres Etats membres suggèrent-elles pour faciliter la prestation de soins à l'échelon transfrontalier ?

La Commission européenne envisage une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) électronique. Les difficultés d'interopérabilité demeurent un obstacle important mais se pose d'ores et déjà la question de la sécurisation de la CEAM afin d'éviter des fraudes préjudiciables aux prestataires de soins, aux systèmes de santé et à l'assurance maladie. Des projets sont actuellement en place et peuvent constituer des exemples de bonnes pratiques :

- **Netc@rds**, expérimentation pilotée par la France (GIE SESAM-Vitale) qui combine l'usage de la CEAM, des cartes nationales d'assurance maladie et des réseaux de vérification en ligne des droits⁹ ;
- **Transcards**, projet de la région de la Thiérache en France et en Belgique où une utilisation commune de la carte belge SIS et de la carte française Vitale permet l'accès aux soins hospitaliers de part et d'autre de la frontière, sans autorisation médicale préalable au moyen de la carte de sécurité sociale du pays où les droits sont ouverts ;
- **Netlink**, projet permettant aux assurés alsaciens d'utiliser leur carte française d'assurance maladie pour accéder aux soins hospitaliers d'hémodialyse lorsque ceux-ci leur sont dispensés dans l'un des quatre centres de soins pilotes situés en Allemagne.

⁸ Pour toute information complémentaire, consulter le site : www.gip-cps.fr

⁹ Pour toute information complémentaire sur ce projet, consulter le site : <http://www.netcards-project.com/>

En ce qui concerne les parties directement concernées par l'accueil des patients venant d'autres Etats membres, des améliorations sont envisageables pour faciliter la prestation de soins à l'échelon transfrontalier. Ainsi, les GEIE OFBS et LUXLORSAN (voir supra) ont créé différents outils pour assurer un recours adéquat aux prestations de soins transfrontalières :

- **une veille juridique** : celle-ci permet de suivre l'évolution de la jurisprudence communautaire et facilite son application de manière égale tout le long de la frontière franco-belge. L'intégration des règles européennes dans les droits positifs nationaux est suivie de manière rigoureuse. Un rapport sur la mobilité des patients dans l'Union Européenne a été réalisé en 2006 en vue de suivre l'évolution des règles et pratiques en matière d'accès aux soins à l'étranger.

- **une base de données sur les droits des assurés** : cette base de données, accessible via Internet, permet de connaître le droit applicable et la procédure à suivre pour l'accès aux soins à l'étranger et répond à chaque cas individuel. Cet outil est à la disposition des assurés sociaux mais aussi des techniciens de l'assurance maladie lorsqu'ils se posent la question du droit applicable pour une situation individuelle complexe.

- **une formation** à destination des professionnels de l'assurance maladie (responsables des conventions internationales, techniciens ayant à traiter des situations de soins transfrontaliers) : elle apporte de fait une information sur les systèmes de sécurité sociale belge et français, ainsi que sur les procédures à suivre selon les cas (les formulaires européens), la jurisprudence et les coopérations hospitalières en vigueur.

Question n° 8 : de quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants concernés dans les Etats membres ?

Si l'organisation et la gestion des systèmes de santé relèvent bien de la compétence nationale, une action complémentaire de l'UE permettrait de soutenir efficacement les Etats membres, notamment au regard des points suivants.

Une bonne application de la jurisprudence

L'expérience tirée des premières applications de la jurisprudence confirme qu'il est nécessaire de disposer d'outils, de règles et de procédures communs pour bien appliquer cette dernière sans remettre en cause les finalités et les règles de fonctionnement de nos systèmes nationaux et en garantissant les niveaux de qualité et de sécurité exigés par ces systèmes (cf. question 2, point 2).

La promotion de la qualité des soins

En France, les établissements hospitaliers, tant publics que privés, sont engagés depuis 1996 dans une politique de certification portant sur leur organisation interne. L'Assurance Maladie obligatoire française promeut et encourage ces mesures de qualité pour l'ensemble des prestataires de soins. Elle serait favorable à ce que la Commission européenne soutienne l'application de telles mesures de bonnes pratiques au niveau communautaire en poursuivant les échanges menés dans le groupe « Sécurité du patient » du « High Level Group on health services and medical care ».

Le développement des réseaux des centres de référence pour les maladies rares

Les travaux réalisés au sein du « High Level Group on health services and medical care »¹⁰ ont montré la réelle valeur ajoutée de l'Union européenne dans ce secteur. L'Union pourrait soutenir le développement de réseaux d'experts pour favoriser l'échange d'informations entre des professionnels ayant des compétences dans des pathologies très spécifiques et favoriser une mutualisation et une capitalisation des connaissances au bénéfice des patients. A cet effet, des actions innovantes pourraient être engagées.

La mise en place d'une évaluation des technologies

La mise en commun d'informations sur l'évaluation des technologies (thérapeutiques et techniques), sur les recommandations de bonnes pratiques, les modalités de prise en charge des modes de diagnostic et des thérapeutiques, serait susceptible d'apporter à l'assurance maladie une aide appréciable lors de demandes de soins à l'étranger relevant du domaine de l'innovation.

Question n° 9 : quels seraient les instruments appropriés pour faire face aux différents enjeux liés aux services de santé au niveau européen ?

Au moins quatre instruments seraient de nature à répondre aux enjeux actuels.

Des instruments législatifs

L'Assurance Maladie française obligatoire rappelle que les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale restent à ses yeux l'instrument législatif à privilégier pour les questions relatives à la prise en charge des soins dispensés au sein de l'UE et de l'Espace économique européen. Comme déjà souligné, l'existence de deux voies d'accès à une prise en charge des soins reçus dans un autre Etat membre n'est pas satisfaisante, ni même n'encourage la coopération transfrontalière en matière de soins.

Des outils financiers

Les programmes d'action communautaire (Interreg...) constituent un bon outil pour favoriser la coopération transfrontalière (voir exemples cités dans les réponses aux questions 5 et 7), l'intérêt des projets transfrontaliers étant de répondre de manière appropriée et immédiate à des problèmes se posant quotidiennement. A cet effet, des programmes européens de recherche pourraient développer l'application des nouvelles technologies de l'information aux réseaux de centres de références, en particulier dans le cas des maladies rares pour lesquelles une coopération à l'échelle européenne constituerait une réelle plus-value.

La méthode ouverte de coordination (MOC)

La MOC, telle que mise en œuvre par la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances, favorise un échange permanent entre les Etats membres, afin de traiter des questions et des enjeux communs tout en veillant à fixer des objectifs clairs de qualité, d'accessibilité et de soutenabilité des soins de santé. Il est important de maintenir dans tous les Etats membres des systèmes de santé performants répondant aux attentes des patients qui, pour la très grande majorité d'entre eux, souhaitent être soignés dans leur pays de résidence. En outre, la MOC est à privilégier pour lancer une réflexion commune sur des sujets émergents, comme la télémédecine et ses implications pour les acteurs de la santé.

¹⁰ Voir notamment le document publié le 18 novembre 2005

Des données quantitatives et qualitatives

Le manque de statistiques fiables concernant la mobilité des patients et ses retombées est patent. Aussi, il serait bénéfique de définir des outils statistiques au niveau européen, via Eurostat, qui permettraient de mieux connaître la situation et d'apporter des réponses adaptées.

CONCLUSION

En apportant sa contribution à cette consultation sur les services de santé, l'Assurance Maladie obligatoire française appuie les réflexions lancées au niveau européen, en soutenant la double démarche proposée par la Commission, à savoir la sécurisation du cadre des services de santé et la coopération renforcée entre les systèmes de santé et l'Union européenne, dans le respect du principe de subsidiarité.

L'Assurance Maladie obligatoire française estime que toute réflexion au niveau communautaire sur les services de santé doit prendre en compte l'articulation entre la régulation publique, nécessaire pour des raisons d'équité (les soins les meilleurs et les plus appropriés au plus près possible du lieu de vie) mais aussi d'efficacité économique (garantie de la soutenabilité financière des systèmes), et les mécanismes du marché intérieur. En cela, le principe de subsidiarité qui s'applique à l'organisation et au financement des systèmes de santé constitue l'élément clé de régulation du secteur de la santé par les Etats membres.

De son côté, l'Union européenne est à même d'apporter une valeur ajoutée aux projets existant en soutenant les projets de coopérations transfrontalières, en veillant à une application cohérente des règles relatives aux remboursements des soins de santé transfrontaliers (règlements de coordination et jurisprudence), en clarifiant les ambiguïtés mises en lumière par la pratique (exemple : définition du délai raisonnable) et en favorisant le développement des échanges entre les Etats membres.

L'Assurance Maladie obligatoire est très attentive au développement récent de contentieux touchant à la planification des Etats membres en matière d'offre de soins. Elle considère que les objectifs sociaux du traité, et en particulier la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, doivent être pleinement pris en compte dans l'élaboration de règles communautaires reconnaissant positivement la primauté des valeurs du modèle social européen sur les principes et règles du marché intérieur.

Présentation des organismes ayant participé à cette contribution

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS

Avec une couverture de 85 % de la population, l'Assurance maladie du régime général, assureur solidaire, a pour objectif de permettre à tous les assurés sociaux et à leur famille d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible. Elle fonctionne en réseau, constitué d'organismes décentralisés qui assurent une mission de service public. Pour ce faire, elle agit en lien avec les autres acteurs : d'une part l'Etat et ses instances déconcentrées, d'autre part les professionnels de santé libéraux, les hôpitaux publics et privés et les entreprises. Pour remplir ses missions qui se déclinent sur le plan opérationnel en remboursement des soins, compensation de la perte de salaire, prévention de la maladie et action sanitaire et sociale, l'Assurance maladie s'est organisée en plusieurs niveaux.

Etablissement public à caractère administratif, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est à la tête de 250 organismes d'Assurance maladie. Elle est chargée d'assurer le financement en deux gestions distinctes d'une part des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. A ce titre, elle est consultée et donne un avis sur tous les projets de lois et de règlements.

Président : **Michel Régereau**, Directeur : **Frédéric van Rookeghem**, Site Internet : www.ameli.fr

La Mutualité Sociale Agricole - MSA

Premier régime professionnel de protection sociale en France, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la protection sociale obligatoire de l'ensemble de la profession agricole : exploitants, employeurs, salariés et leurs familles, soit plus de 4 millions de personnes. Elle est l'interlocuteur unique de cette population pour l'ensemble de la protection sociale : santé, famille, retraite, recouvrement, action sociale, services.

Echelon national de la MSA, la Caisse Centrale de MSA (CCMSA) est un organisme de droit privé, chargé d'une mission de service public. Elle contribue, avec son réseau de caisses, à la mise en oeuvre de la politique sociale agricole définie par le Ministre de l'Agriculture et représente la MSA auprès des tiers et notamment des pouvoirs publics.

La MSA incarne, dans ses actions, les valeurs du mutualisme : solidarité, responsabilité, démocratie. Son action s'appuie sur un maillage territorial dense qui lui permet d'être au plus près de ses adhérents et de leur proposer des réponses adaptées. Force de proposition auprès des pouvoirs publics et force d'innovation, la MSA cherche en permanence à exprimer sa capacité à répondre aux exigences nouvelles de l'environnement et des besoins des populations agricole et rurale. Gérée par des représentants élus par les adhérents, la MSA demeure un acteur incontournable de la protection sociale et de son évolution. En 2005, la MSA a été à l'origine de la mise en place de l'ENASP, le réseau européen des caisses agricoles de protection sociale.

Président : **Gérard Pelhate**, Directeur général : **Yves Humez**, Site Internet : www.msa.fr

Le régime social des indépendants – RSI

Le RSI (Régime social des indépendants) est une structure unique née de la fusion des trois caisses de santé et de retraite des artisans, commerçants et professions libérales. Il gère l'assurance maladie des artisans, commerçants et professions libérales et de leurs ayant-droits, l'assurance vieillesse et invalidité des artisans et de leurs conjoints, et l'assurance vieillesse et invalidité des commerçants et industriels indépendants. Le RSI couvre ainsi 4 millions de bénéficiaires parmi lesquels 1.412.000 artisans, 1.725.000 commerçants et 346.000 professions libérales.

Cette structure unique renforce la proximité et la personnalisation de l'accueil, en s'appuyant sur la qualité de service déjà proposée dans les caisses des anciens réseaux. Un maillage complet de caisses, d'agences et de points d'accueil est mis à la disposition des assurés sur tout le territoire français. Au-delà de la protection sociale des travailleurs indépendants, le RSI assume une mission de service, d'accompagnement et de conseil aux assurés dans leurs démarches santé et retraite. Cette mission d'accompagnement personnalisé et de conseil adaptés à des assurés non-salariés, ayant la charge d'une entreprise, fondent la modernité du modèle de protection sociale du RSI. Elles correspondent aux

attentes de souplesse et de simplicité dans la gestion administrative exprimée par les travailleurs indépendants.

Président : **Gérard Quévillon**, Directeur général : **Dominique Liger**, Site Internet : www.le-rsi.fr

La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines – CANSSM

Le régime minier occupe une place toute particulière dans le système de protection sociale français, due entre autres à son lien étroit avec l'univers de la mine et à l'accent mis dès l'origine sur la prévention et à l'action sanitaire sociale. Si le nombre d'actifs décroît régulièrement d'année en année, la fin de l'extraction minière des principales substances – charbon, potasse, uranium... – n'a pas eu pour conséquence immédiate la disparition du régime spécial. En effet, la gestion des sites arrêtés conduit les entreprises minières à maintenir des activités de démantèlement des installations d'exploitation, de mise en sécurité et dépollution des sites, de traitement des bassins et terrils...

Outre une offre de soins vaste, globale et très diversifiée (Médecine généraliste ambulatoire, soins dentaires, pharmacie, optique, soins infirmiers, kinésithérapie, analyses médicales), l'objectif du régime minier est de mettre en œuvre toute mesure susceptible d'améliorer le bien-être de la population. Plus de 500 établissements et œuvres à caractère sanitaire et médico-social sont gérés par le régime minier : établissements hospitaliers, maisons de repos et de convalescence, instituts médico-éducatifs, établissements pour personnes âgées, établissements de vacances... Des aides au maintien à domicile des personnes âgées et des interventions en faveur des familles complètent ce dispositif.

Président : **Jean-Claude Arousseau**, Directeur : **Christian Rollet**

Ces organismes sont réunis au sein de
la Représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne



Maison Européenne de la Protection Sociale
Rue d'Arlon 50 – 1000 Bruxelles – Belgique
Tel : +32 2 282 05 59 – Fax : +32 2 282 05 98
E-mail : info@reif-eu.org
www.reif-eu.org

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.