

COLLEGE INTERMUTUALISTE NATIONAL

COMMISSION DES AFFAIRES EUROPEENNES

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
Union Nationale des Mutualités Neutres
Union Nationale des Mutualités Socialistes
Union Nationale des Mutualités Libérales
Union Nationale des Mutualités Libres
Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
Caisse des Soins de Santé de la S.N.C.B.

Secrétariat.

**Rue Saint-Jean, 32 – 38,
1000 BRUXELLES
Tél. : 02/515.05.33
Fax. : 02/515.05.06**

Réponse à la Consultation SEC (2006) 1195/4 concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé

1. Présentation du CIN

Le Collège Intermutualiste National (CIN) belge est une association de mutualités composée des représentants des Unions Nationales de mutualités (5) ainsi que de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et de la Caisse des Soins de Santé de la SNCB. Ensemble le CIN représente toute la population belge assurée sociale soit plus de 10 millions de personnes.

Le CIN a comme mission :

- d'organiser la concertation entre les différentes mutualités sur tous les problèmes présentant un intérêt pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire et complémentaire et sur le secteur mutualiste en général ;
- de prendre position en rapport avec ces problèmes en tenant compte des intérêts de l'ensemble des assurés sociaux ;
- de susciter des actions communes ou des coopérations organiques dans la gestion des organismes assureurs

2. Position du CIN

La publication de la Communication de la Commission sur les services de santé est saluée par le CIN comme une étape importante vers la reconnaissance de la spécificité des services de santé. Les services de santé, et plus particulièrement les soins de santé transfrontaliers, figurent à l'agenda européen depuis les arrêts Decker et Kohll de la Cour de Justice européenne, en 1998. Cet arrêt, et les autres qui l'ont suivi, ont démontré que les citoyens européens avaient (ont) de grandes interrogations à propos du cadre européen des soins de santé transfrontaliers et leur mise en œuvre dans les Etats membres. Depuis lors, le sujet est devenu encore plus complexe et la confusion règne, non seulement parmi les patients, mais également parmi tous ceux qui sont actifs sur le terrain, comme les mutualités.

Les mutualités belges approuvent cette consultation autour des soins de santé. Toutes ces questions doivent en effet être éclaircies et précisées, ce qui doit se traduire par une sécurité juridique accrue pour le patient, mais aussi davantage de réalisme dans l'application de la législation européenne. Le fait que de nombreux patients franchissent les frontières dans le cadre d'un projet local transfrontalier, s'écartant des règles européennes, indique que celles-ci ratent peut-être, actuellement, leur objectif.

Enfin, nous pensons que cette consultation est une opportunité pour se tourner vers l'avenir et pour déterminer quel rôle l'Union européenne entend jouer dans la recherche de solutions aux problèmes posés à l'assurance maladie-invalidité dans la plupart des Etats européens au cours des prochaines années. Il importe d'adopter une approche pragmatique dans cette optique.

En Belgique, les mutualités ont joué et jouent toujours un rôle de premier plan en matière de mobilité transfrontalière. Elles sont, à l'initiative, de nombreux projets et ont acquis une expérience de premier ordre en Europe pour rechercher des solutions structurelles adaptées aux besoins des assurés des zones frontalières. Ces solutions ont toujours été respectueuses du cadre législatif donné par le Règlement 1408/71 garantissant ainsi au patient une sécurité tarifaire mais ont également permis d'encadrer et de réguler la mobilité des personnes.

Mais, la mobilité des patients ne constituent pas la seule préoccupation du CIN. L'application des principes communautaires dans le champ de la santé interpelle sur la réelle compétence des États membres d'organiser et de gérer leur système de santé comme le prévoit l'article 152 du traité, comme l'affirme à diverses reprises la jurisprudence européenne dans les affaires Kroll et Decker et suivantes.

Cette inquiétude se fonde sur les arrêts rendus dans l'affaire des chaises roulantes¹ et des laboratoires², mais aussi à travers les mises en demeure récentes lancées par la Commission au niveau de la limitation du nombre de pharmacies (Autriche, Italie, Espagne) de la norme d'implantation des pet-scans en Belgique, des soins hospitaliers en France etc.

Les réponses formulées par le CIN à la consultation de la Commission porteront, en conséquence, sur les différents domaines qui structurent le champ de la santé et de l'accès aux soins.

¹ CJCE, 13 janvier 2005, Commission c.Belgique, aff. C-38/03, non publié

² CJCE, 11 mars 2004, Commission c.France, aff. C-496/01, Rec, I,p.235138/03

Question 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 financière de ces systèmes et comment ces répercussions sont-elles susceptibles d'évoluer ?

La Belgique a mis sur pied des projets avec tous ses pays voisins en matière de soins transfrontaliers et est donc bien placée pour répondre à cette question. Afin de pouvoir mesurer les retombées actuelles, il est nécessaire d'obtenir des données fiables des flux transfrontaliers, ce qui n'est pas le cas actuellement. Seule la mise en place de conventions très particulières est accompagnée d'une évaluation qui informe notamment sur le nombre de patients traités à l'étranger, le flux financier etc.

La prestation transfrontalière de soins peut être aujourd'hui analysée sur base des trois modes d'accès et de prise en charge de ce type de prestation:

1. le principe de la libre circulation du travailleur énoncé dans le traité dès 1957 (art. 49 du traité) s'est affirmé principalement à travers les mécanismes de facilitation mis en application par la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le règlement actuel 1408/71
2. le principe de la libre prestation de services mis en œuvre par la CJCE depuis les arrêts rendus dans les affaires Kohll et Decker en 1998
3. la dérogation au principe de territorialité de la prestation en vigueur dans chaque système de santé à travers des conventions négociées entre des organismes de sécurité sociale et des établissements ou prestataires de soins essentiellement dans des projets et réalisations de coopérations transfrontalières

LES RETOMBEES SUR LES SYSTEMES DE SANTE

Viabilité financière des systèmes

Les créances entre États membres des différentes formes de mobilité régulées par le règlement 1408/71 sont comptabilisées annuellement par la Commission des Comptes attachée à la Commission administrative.

Elles permettent d'évaluer de manière approximative l'impact économique de la mobilité des patients dans l'UE. Le tableau ci-dessous présente, au départ de ces données comptables relatives, par nos soins, à la population le coût par habitant de la mobilité régulée par les procédures 1408/71. Il permet de constater qu'objectivement le montant annuel consacré aux dépenses pour les soins dispensés à l'étranger est extrêmement modique, surtout lorsqu'on sait que la dépense totale de santé atteint en moyenne dans les pays de l'OCDE 2000€ par habitant.

Coût/habitant 1989 1993 1997 1998 2004

€ 1,31 2,95 2,37 1,99 2,59

Calcul sur base des rapports annuels de la Commission administrative 1990,1994,1998,1999,2005

Le tableau ci-dessous fait apparaître le flux financiers entre les États membres. La moyenne de la dépense par habitant atteint, en 2004, 2,6 euros. Ceci confirme le faible impact économique de la mobilité régulée des patients dans l'UE.

2004	DEBITEURS			CREDITEURS		
	en % de l'ensemble des flux	Coût en €/ hab.	en % de l'ensemble des flux	Coût en €/ hab.	en % de l'ensemble des flux	Coût en €/ hab.
ALL	24,20	3,58	12,63	1,87		
AUT	1,99	2,96	5,92	8,80		
BEL	9,19	10,73	5,46	6,37		
CHY	0,00	0,00	0,00	0,00		
DAN	0,53	1,19	0,13	0,30		
ESP	3,06	0,87	12,77	3,62		
EST	0,00	0,00	0,00	0,00		
FIN	0,80	1,87	0,26	0,61		
FRA	8,52	1,72	28,38	5,72		
GRE	5,17	5,69	0,71	0,78		
HON	0,00	0,00	0,00	0,00		
IRL	0,52	1,53	0,00	0,00		
ISL	0,05	1,94	0,06	2,55		
ITA	12,95	2,70	10,69	2,23		
LET	0,00	0,00	0,00	0,00		
LIECH	0,03	12,08	0,00	0,00		
LIT	0,00	0,00	0,00	0,00		
LUX	6,03	161,62	4,81	128,90		
MAL	0,00	0,00	0,00	0,04		
NOR	0,91	2,42	0,10	0,26		
PBA	6,07	4,54	3,50	2,62		
POL	0,01	0,00	0,02	0,01		
POR	4,80	5,56	3,29	3,82		
ROY	13,36	2,72	3,69	0,75		
SLOVA	0,00	0,01	0,00	0,00		
SLOVE	0,02	0,14	0,16	1,00		
SUE	0,78	1,05	1,41	1,91		
SUI	1,01	1,66	6,02	9,91		
TCH	0,01	0,02	0,00	0,00		
TOTAL	100,00	2,59	100,00	2,59		

*Source : Rapport annuel de la Commission administrative 2005
Calcul des rédacteurs*

On peut raisonnablement en conclure que les procédures définies par le règlement 1408/71 ne mettent pas en cause la viabilité financière des systèmes de santé.

Quant à la modernisation du règlement 1408/71 envisagée dans le règlement 833/2006, elle ne devrait pas générer un impact plus important sur le plan financier car les droits ouverts actuellement seront similaires demain.

A ce jour, ce n'est qu'au niveau national que chaque État membre peut définir la part de ses dépenses en soins de santé réalisée à l'étranger, mais sans aucune distinction précise (nature des soins). Les données existantes dans ce domaine, montrent que la part des dépenses à l'étranger représente une faible partie de l'ensemble des dépenses, sauf pour certains pays où la politique nationale est de favoriser les soins à l'étranger par manque d'offre sur son territoire.

L'incidence des évolutions au niveau européen sur les systèmes de santé nationaux peut cependant s'avérer importante sur le plan de l'insécurité juridique et de la cohésion interne des systèmes (interférence de trois principes: pays de la prestation des soins – règlement 1408/71, pays du paiement – arrêts de la Cour de justice, pays d'établissement).

L'absence d'installation d'une coordination entre les différents systèmes européens, l'assimilation des services de santé à des services marchands (sans distinction entre l'activité économique et l'activité sociale) la non reconnaissance de la notion de services d'intérêt général des soins de santé et l'interaction entre les divers systèmes de soins aboutira à : l'augmentation des offreurs de soins, les financeurs de soins agiront en acteurs de marché international, la concurrence ira croissante, les pouvoirs nationaux seront en partie privés de leur rôle d'orientation et il y aura un impact incertain sur la qualité, l'accessibilité et le niveau de prix des soins de santé.

Accès aux soins

Les mécanismes mis en œuvre par le règlement 1408/71 améliorent l'accès aux soins à l'étranger des assurés sociaux qui peuvent en bénéficier et tout particulièrement lorsqu'il existe des accords bilatéraux entre les États membres qui relèvent ou étendent le champ ou le niveau de la prise en charge.

Cette coordination des systèmes de sécurité sociale permet, quel que soit le lieu de séjour dans l'UE, d'obtenir des soins en cas de besoin. Elle a pour effet dans certaines situations (par exemple, dans les régions frontalières) de réduire les distances d'accès aux soins et ainsi réaliser une réduction des coûts sociaux pour les patients. Elle permet à certains de raccourcir les temps d'attente. A des patients atteints de pathologie spécifique, elle ouvre l'accès à des plateaux techniques ou à une offre de soins auxquels ils ne pourraient prétendre dans leur pays.

Néanmoins, il faut rester vigilant pour éviter de créer des listes d'attente dans le pays qui accueille des assurés sociaux d'autres États membres. Bien que les flux soient faibles, il y a parfois concentration de la mobilité vers certaines structures hospitalières et pour certaines spécialités. Pour chacun des versants transfrontaliers, il est important que les acteurs prennent en considération ces situations respectives ?

Qualité des soins

De manière générale, les mécanismes facilitant l'accès aux soins à l'étranger n'influencent pas la qualité des soins dispensés puisque, dans le cadre du règlement 1408/71, le patient étranger est considéré comme un patient résidant dans le pays de soins.

Cependant, on peut faire l'hypothèse que certains patients, pour des prestations spécifiques, bénéficient de soins de meilleure qualité en se rendant à l'étranger lorsqu'ils ne sont pas en mesure de se soigner de la même manière dans leur pays.

L'accès d'un plus grand nombre à certains plateaux techniques pour des traitements spécifiques peut améliorer la qualité des soins. En revanche, une trop forte attractivité d'une patientèle étrangère peut générer des temps d'attente pour les résidents d'un pays, voire leur offrir des soins de moindre qualité. L'adoption de dispositifs régulateurs est nécessaire dans ces circonstances pour sauvegarder pour chacun l'accès à des soins de la plus haute qualité qui soit.

Organisation des systèmes de santé

L'observation des flux de patients permet aujourd'hui d'effectuer un certain nombre de constats :

- *certaines systèmes ne sont pas en mesure d'offrir des soins d'un certain niveau et peuvent apporter une réponse adaptée à leurs ressortissants en les autorisant à se faire soigner dans un autre État membre,*
- *les temps d'attente peuvent être réduits par le recours aux capacités de soins excédentaires d'un autre État membre,*
- *l'investissement est moindre pour les pays qui ne développent pas une offre de soins suffisante pour répondre aux besoins de leur population,*
- *les pays qui reçoivent les patients d'un autre Etat doivent veiller à ne pas discriminer négativement leurs patients.*

La jurisprudence

La CJCE considère, depuis les arrêts Kohll et Decker (1998) et jusqu'à l'arrêt Watts (2006), que le secteur de la santé est régi par les principes du traité notamment concernant l'application des principes de libre circulation des biens et des personnes et de libre prestation de services. En conséquence la Cour estime que l'autorisation médicale préalable est une entrave à la libre prestation de services, qu'elle n'est pas justifiée pour les soins ambulatoires mais qu'elle l'est pour les soins hospitaliers. Depuis cette évolution jurisprudentielle, les États membres ont appliqué progressivement la procédure créée par la Cour au niveau du remboursement des soins ambulatoires dispensés à l'étranger sans autorisation médicale préalable (application des tarifs du pays où les droits sont ouverts).

Cette forme de mobilité reste extrêmement marginale et ne fait pas à ce jour l'objet d'une évaluation en termes de flux et de montant financier engagé. Au niveau des États membres, nous n'avons pas connaissance d'un système d'enregistrement spécifique des dépenses en ce domaine.

Cependant, certains flux peuvent être évalués dans des espaces frontaliers bien définis, lorsqu'un système d'enregistrement a été élaboré, à titre d'exemple pour estimer la mobilité des Pays Bas vers le Limbourg belge. Ils concernent souvent des prestations dispensées par des médecins spécialistes (ophtalmologie, gynécologie, orthopédie, cardiologie etc.) pour lesquels l'accessibilité dans le pays de résidence souffre de délais d'attente importants.

Le recours à cette procédure peut-être utilisée dans des zones frontalières ayant une communauté de langue ou de culture (communauté germanophone belge et région d'Aix la Chapelle, la région Meuse-Rhin).

De manière synthétique, l'estimation financière de ces flux ne devrait pas entraîner d'effets particuliers sur l'ensemble des dépenses de santé d'un Etat sachant qu'il s'agit de petites prestations (sans autorisation préalable) qui ne concernent pas les affections de longue durée ou les maladies chroniques.

Du point de vue de l'accessibilité, cette procédure permet à des patients d'obtenir l'accès à des prestations courantes sans être contraints d'effectuer de longs déplacements lorsqu'ils résident dans des espaces frontaliers et sans être soumis à des temps d'attente importants.

A défaut d'un revirement jurisprudentiel concernant les soins hospitaliers, les répercussions sur l'accessibilité aux soins ne devraient guère évoluer au-delà de ce que qui est aujourd'hui constaté.

Le volet « qualité » ne soulève pas de remarques spécifiques (cf. ci-dessus).

La prestation transfrontalière de soins au niveau local et régional (annexe I):

On constate que la plupart des actions transfrontalières d'accès aux soins comporte un élément de réciprocité. Elles s'inscrivent dans une logique de complémentarité.

Les conventions ont pour effet de renforcer le tissu sanitaire de la région frontalière par un remaillage des capacités d'interventions localisées de part et d'autre de la frontière.

Ce remaillage permet au patient d'accéder à une offre de soins de proximité la plus complète possible permettant une organisation en réseau de l'offre de soins à l'intérieur d'un bassin de vie transfrontalier.

Des synergies entre les institutions et les prestataires sont ainsi réalisées. Des échanges de bonnes pratiques et des renforcements des équipes médicales pallient les difficultés liées à la démographie médicale (pénurie de professionnels de santé).

Enfin, sur le plan financier, une rationalisation des infrastructures et des équipements permet de réaliser des économies d'échelle.

La prestation transfrontalière de soins au niveau national

L'objectif des coopérations consiste à renforcer les systèmes de soins. Elles respectent les pratiques de régulation nationale en matière de normes de qualité, d'évaluation et de contrôle des dépenses. Celles-ci restent indispensables pour garantir un haut niveau de qualité des soins et de sécurité pour le patient et le prestataire.

En bref, l'amélioration de la prise en charge du patient dans les zones frontalières passe par une libéralisation régulée des soins. Une prise en compte de la planification hospitalière concertée entre les Etats devrait permettre une redéfinition de l'offre de soins et des territoires de santé et la création à terme de bassins de soins spécifiques. C'est l'esprit de l'accord cadre de coopération sanitaire transfrontalier franco-allemand et franco-belge. Le développement du volet transfrontalier des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en France trouve sa base légale dans ces accords cadre.

Les GEIEs OFBS³ et Luxlorsan⁴, de part leur rôle d'observatoire transfrontalier de la santé, inscrivent leur action dans cette dynamique et ont pour objectif de développer une réelle approche transfrontalière de la politique de santé. De même dans les espaces frontaliers de l'Euregio Meuse Rhin et Scheldemonde, les principaux acteurs gestionnaires des politiques d'accès aux soins et de dispensation des soins ont développé des actions et mis en œuvre des réalisations selon les mêmes logiques⁵.

³ OFBS : Observatoire Franco-Belge de la Santé

⁴ LLS: Luxlorsan : observatoire transfrontalier de la santé pour les versants frontaliers lorrain, grand ducaux et Luxembourg belge.

⁵ En annexe, nous repreneons les actions concrètes (et leur impact) développées le long de toutes les frontières belges par les différents opérateurs frontaliers.

Question 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 ?

Explication juridique:

Actuellement, les soins transfrontaliers sont régis notamment par les règlements 1408/71 et 574/72. Ces instruments de travail sont très utiles, mais de nombreux problèmes se posent encore au niveau de leur mise en œuvre sur le terrain. Sur certains aspects, nous pouvons même parler de fossé avec la réalité. Quelques exemples:

- Les prestataires privés et les hôpitaux privés n'acceptent pas les documents européens comme le formulaire E112 et la carte européenne d'assurance maladie. Pour l'assuré qui a suivi toute la procédure pour obtenir le formulaire E112, la situation engendre non seulement une certaine frustration, mais il est également confronté à une facture plus élevée que celle payée par un habitant du pays concerné. Il est impossible de se faire rembourser ensuite par le pays d'origine car les règlements européens ne prévoient pas cette possibilité (un tel remboursement a posteriori est seulement possible pour des soins urgents ou nécessaires). Il est donc parfaitement possible qu'une personne ayant respecté toute la procédure soit contrainte de payer quand-même tous les soins reçus. En Belgique, une solution partielle a été trouvée (remboursement des hospitalisations au tarif belge), mais d'autres dossiers ne sont pas résolus.

Quelles sont les solutions possibles ?

- prévoir une base juridique pour un remboursement a posteriori des soins intentionnels (E112). En 2007, dans le cadre de la révision du règlement 574/72, le chapitre des soins médicaux sera abordé. Une opportunité pour intégrer cette solution dans le règlement (par exemple dans l'article 26 de la proposition de révision du règlement 574/72 (2006/0006).
- organiser un fichier européen que chacun puisse consulter pour savoir quels prestataires de soins et quels hôpitaux acceptent les formulaires européens, ce qui pourrait éviter bien des surprises désagréables.
- Selon les règlements européens, le formulaire E112 ne peut être délivré aujourd'hui que sur base de critères médicaux, sauf si le dossier se situe dans les régions frontalières ou dans le cadre de projets transfrontaliers, où s'appliquent des règles différentes. L'arrêt Watts confirme cet angle de vue purement médical de l'évaluation de la délivrance ou non d'un formulaire E112. Mais d'autres motifs peuvent intervenir dans une demande d'autorisation de traitement à l'étranger. Actuellement, le médecin conseil de la mutuelle peut ne pas en tenir

compte. Il est particulier de constater que la libre circulation des personnes ne s'applique pas lorsque les motivations sont d'une autre nature comme :

- Langue: un patient peut choisir d'être traité dans sa langue maternelle;
- Famille: une personne peut choisir de bénéficier de son traitement près de sa famille
 - Exemple: un Français qui vit et travaille en Belgique et doit subir une chimiothérapie est obligé de la faire en Belgique. Si sa famille habite dans le Nord de la France, il ne peut obtenir l'autorisation de recevoir son traitement en France.
- Distance: une personne peut choisir d'aller chez le médecin ou à l'hôpital de l'autre côté de la frontière parce que la distance est plus courte.
 - Cette possibilité existe dans les projets transfrontaliers, mais pourquoi n'est-elle pas prévue dans la législation européenne ?

Quelle solution possible ?

Les règlements européens devraient prévoir un critère « socioculturel » offrant la possibilité de délivrer un formulaire E112 pour d'autres raisons que médicales. Une décision de la Commission administrative pourrait également le déterminer. Le remboursement de ces frais médicaux pourrait s'effectuer aux tarifs du pays d'origine, le coût des soins serait alors identique pour le patient comme s'il avait bénéficié du traitement en Belgique.

- La procédure applicable pour le formulaire E112 suppose que le patient se déplace dans un autre pays, ce qui peut donner lieu à des situations particulières dans le cas d'analyses de sang, de la télémédecine et de tests génétiques. Les règlements européens ne prévoient pas la possibilité d'envoyer seulement le prélèvement à l'étranger (1 exception: analyse dans le cadre d'une transplantation d'organe) ou d'effectuer un examen médical ou un contrôle à distance. Le patient est obligé de se déplacer à l'étranger, ce qui n'est pas nécessaire dans de telles situations. Il conviendrait de donner une base juridique à cette possibilité, éventuellement via une décision de la Commission administrative.

D'autres éléments doivent cependant pouvoir être pris en considération :

1. Définition des acteurs.

Il est important avant toute chose de définir les différents acteurs dans ce domaine très particulier que sont les soins de santé. Dans l'énoncé de cette question, le terme « acquéreur » a été évoqué. Il est indispensable que soit reconnue aux services de soins de santé une notion particulière totalement écartée de la notion de « produit de vente ». Les trois définitions à maintenir sont les autorités, les prestataires et les patients.

2. Définition des soins transfrontaliers

La deuxième notion à définir est celle des soins transfrontaliers.

Ces derniers peuvent être interprétés différemment selon la superficie du pays, la situation géographique (présence d'une barrière naturelle).

Il est clair que cette définition des soins transfrontaliers sera le moyen pour les États membres de définir des critères restrictifs pour « temporiser - réduire - empêcher » les soins à l'étranger. A l'inverse, une définition très large de ce concept peut aboutir à l'ensemble de tous les soins de santé.

3. Le niveau d'information

a. Les autorités.

Il est nécessaire qu'un système d'information soit organisé entre pays voisins (selon la définition des soins transfrontaliers) sur l'offre et les besoins dans ces zones.

Il est clair que la difficulté majeure est la réalisation de « tableau de bord » (intégrant l'offre et la demande de soins) harmonisé pour permettre une compréhension de part et d'autre d'une frontière (outils de mesure différents, définitions des soins différentes, système différent, définition des prestataires parfois différente, etc.)...

Le but final étant d'aboutir à l'inclusion de ces offres et besoins transfrontaliers dans les schémas d'organisation sanitaire nationaux des pays membres et plus particulièrement dans les domaines suivants : équipements lourds, développement de plateaux techniques spécifiques (cardiologie, oncologie, etc....) jusqu'aux Centres de référence qui peuvent concernés un territoire plus grand que le transfrontalier).

Les buts premiers de cette démarche étant :

- les économies d'échelle
- la réduction des déplacements des patients (offre de soins plus proches dans le pays voisin que dans son propre pays)
- une solution pour palier à la démographie médicale de certaines régions
- l'utilisation au mieux de la capacité des structures existantes.

Cette information doit permettre de conclure autant que possible à des accords cadre entre les pays d'origine des patients et les pays d'accueil (exemple : France - Allemagne et France - Belgique) avec la mise en place, par les pouvoirs publics et les organismes assureurs, de structures d'encadrement pour la signature de conventions, de collaborations conclues entre d'une part les hôpitaux, les autorités ou les organismes assureurs.

b. Les prestataires

Il est évident qu'il doit être mis en place un système d'information des praticiens où seront disponibles :

- les conventions existantes
- les dispositions légales dans chaque pays limitrophes : obligations légales, reconnaissance des diplômes, systèmes d'agrément, taux de prises en charge du système de sécurité sociale, ...

Cette source d'information doit être disponible à la fois pour le prestataire lui-même mais également comme source d'information que le prestataire pourrait diffuser à ses patients.

c. Les patients

Ils doivent être informés, au même titre que pour les informations nationales, des possibilités qui leurs sont offertes dans le pays voisin : conventions, démarches nécessaires pour y avoir accès, etc.

Il est également impératif d'informer le patient des différences possibles sur le taux de prise en charge des soins à l'étranger, de la transposition possible ou non des statuts particuliers à leur système de sécurité sociale (BIM - Maf, CMU, ...).

d. La tarification des soins.

- En ce domaine une clarification est nécessaire. Dans de nombreux cas, il est impossible de prévoir la différence de tarif de soins à charge du patient du fait de la non-correspondance des nomenclatures nationales. La jurisprudence de la CJCE (arrêt Vanbraekel) permet théoriquement aux patients d'être pris en charge au même niveau que dans son pays d'affiliation.

De nombreux organismes de gestion des prestations de santé sont actuellement confrontés à des interprétations diverses quant au mode de prise en charge à appliquer. Certains statuts comme en France la CMU ou en Belgique le BIM⁶, tirés de critères sociaux ou médicaux, offrent des exonérations importantes pour le patient, et l'on peut considérer que la perte de ces avantages constitue une entrave à un accès aux soins de qualité. Il faut noter que si une convention de coopération existe, cet aspect est pris en compte dans la mesure du possible. D'où l'intérêt de ce type de coopérations pour ces personnes protégées.

En bref, Il conviendrait de permettre une exportation du statut de l'assuré (volume des droits reconnus dans le pays d'origine) à l'occasion de la délivrance de soins de l'autre côté de la frontière.

- Les procédures de remboursement, variables d'un Etat à l'autre, notamment en matière de tiers payant, pour les prestations de laboratoires etc. constituent des difficultés d'accès aux soins à l'étranger ;
- La prescription et la délivrance de médicaments de part et d'autre d'une frontière.

En ce qui concerne l'information sur la délivrance de prestations transfrontalières sûres, efficaces et de qualité, les GEIE OFBS et LUXLORSAN, ainsi que dans l'Euregio Scheldemond, des outils ont été créés à cette fin pour assurer un recours adéquat aux soins frontaliers.

⁶ CMU = Couverture médicale Universelle
BIM = Bénéficiaire de l'Intervention Majorée

- *Une veille juridique*

Elle 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 permettant 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.

- *Des guichets de soins*

Une formation à destination des professionnels de l'assurance maladie (responsables des conventions internationales, techniciens ayant à traiter des situations de soins transfrontaliers) a été mise en place. Elle permet 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. Cette formation devrait permettre d'ouvrir des guichets de soins le long de la frontière dans les organismes d'assurance maladie et de mettre à disposition toutes les instruments d'information-communication qui ont été conçus à cette pratique.

Question 3 : quels sont les domaines (surveillance clinique, responsabilité financière, etc.) devant relever de la responsabilité des autorités de chacun des États concernés ? Ces domaines varient-ils en fonction des différents types de prestation transfrontalière de soins décrits au point 2.2 ci-dessus ?

- La prise en charge médicale ; la responsabilité relève du pays où les soins ont été dispensés (cf. arrêt Keller). Ce principe découle de la reconnaissance réciproque de la qualité des soins prodigués. Ainsi, lorsqu'un État membre a autorisé l'un de ses nationaux à se faire soigner dans un autre État, il transfère automatiquement son pouvoir décisionnel à son homologue étranger. Le contrôle de qualité relève du pays où les soins sont dispensés même s'il s'agit de prestataires établis dans un autre État membre.
- Les déplacements des praticiens ; dans ce cadre particulier, il est important que les praticiens qui se déplacent respectent la législation du pays où ils vont travailler. Il est important que chaque pays, sur base d'un modèle commun à tous les États membres, réalise une des tableaux comparatifs sur les droits et devoirs des praticiens sur son territoire.

Dans le cadre des zones transfrontalières, où la mobilité des praticiens peuvent être limitée dans le temps, il est peut-être moins contraignant que des dispositions contraires soient mises en place par le biais de conventions type Accord -Cadre afin de rendre moins contraignant ce type de mobilité.

- La télémédecine ; sur base du principe des soins hospitaliers, il est souhaitable que la responsabilité soit assumée par le praticien donnant son diagnostic.
- Les erreurs médicales ; dans le cadre du dédommagement en cas d'erreur médicale, il est plus simple que le système qui prévaut soit la législation du pays du praticien, mais il est nécessaire d'instaurer une obligation d'information du patient étranger lors de son arrivée dans l'établissement de soins (au même titre : si pas supérieure à celle délivrée aux patients autochtones).

Question 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 ?

Le principe général proposé est celui exposé à la question précédente. Des voies de recours relatifs aux prestations médicales existent dans tous les pays de l'UE, le droit applicable peut donc être celui du pays de prestation.

Il est souhaitable de prévoir des voies de recours dans le pays d'affiliation pour les préjudices nés de la facturation de la prestation délivrée à l'étranger: le pays d'affiliation accompagne le plaignant (via l'organisme assureur) dans les limites du champ de compétence de l'assurance maladie (exemple : exclusion des soins esthétiques)

Dans la même logique, afin d'assurer un haut niveau d'information et d'échanges de données entre les États membres dans le cadre de la régulation des soins à l'étranger, il conviendrait de développer dans un premier temps un réseau de communication entre les prestataires hospitaliers et les organismes de gestion de l'assurance maladie des différents pays sur l'ouverture du droit aux prestations pour le patient.

De la même manière, la mobilité des prestataires devrait également être enregistrée en collaboration avec les ordres nationaux des médecins.

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

Dans une telle problématique, il est essentiel de garder à l'esprit qu'un citoyen européen a également droit, dans un autre État membre, aux meilleurs soins possibles, et le cadre européen actuel garantit ce droit.

Si le règlement actuel, outre les bénéfices qu'il génère, entraîne également des coûts et des problèmes dans les pays très touristiques ou connus pour certaines prestations médicales, les États membres moins concernés doivent être impliqués dans l'analyse. Avant de parler des solutions possibles, il est essentiel d'effectuer une analyse approfondie (*facts & figures*) de la problématique dans ces pays.

Les outils statistiques des établissements de soins doivent intégrer les mesures d'évaluation des capacités disponibles et enregistrer les prestations délivrées aux patients étrangers de la même manière que pour les nationaux tout en permettant des extractions de données spécifiques pour garantir la sécurité de l'accès aux soins et leur tarification respectueuse des règles de régulation.

1. Dans un second temps, il conviendrait de développer un système d'enregistrement des données relatives à l'accès aux soins à l'étranger.

Il faut s'assurer que :

- l'enregistrement de toutes les admissions hospitalières permettent un contrôle de l'accessibilité des soins de santé pour les personnes assurées selon la législation de sécurité sociale du pays d'accueil.
- l'accueil de patients étrangers par les hôpitaux subventionnés par le système de solidarité ne crée pas artificiellement des listes d'attente et ne débouche pas sur une accessibilité aux soins de santé différente pour les patients autochtones.
- la mise en œuvre d'un système d'enregistrement des données relatives à l'accès aux soins à l'étranger soit adoptée.
- l'octroi aux hôpitaux de soigner des patients étrangers sans faire appel à des subventions mais en respectant toutes les normes de qualité.
- la définition d'un processus de dédommagement financier du pays d'accueil et une non-pénalisation du pays d'origine du patient.

La création d'un Network of References pourrait constituer une piste à suivre. Ce *Network of References* pourrait constituer une forme de collaboration entre les hôpitaux, les spécialistes et le personnel médical des différents États membres. Outre un inventaire du « potentiel médical » de chaque État membre, un tel réseau permettrait de savoir où aller pour quel traitement. A l'instar des listes de « professions critiques » existant dans certains secteurs (comme la construction), une liste pourrait être établie pour les soins de santé. Le réseau permettrait aux spécialistes de travailler plus facilement (temporairement ou non) dans d'autres États membres (par exemple en supprimant la condition d'agrégation dans le pays du traitement - une sorte de principe restreint de « country of origin ») et d'envoyer les patients avec un minimum de formalités administratives dans les hôpitaux disposant d'équipements de haute technologie, appelés dès lors des *centres d'excellence*. Une certaine forme de coordination des investissements pour les appareils médicaux entre les États membres, dans le cadre de ce réseau, offrirait une meilleure garantie de répartition des

infrastructures médicales (onéreuses). La Commission européenne pourrait explorer une telle piste :

Par ailleurs, pour ce qui concerne les centres diagnostiques et thérapeutiques de haute technologie (centres d'excellences):

- une définition de ces unités de soins est nécessaire
- les conditions d'accès à ces unités doivent être définies en toute transparence
- des quotas par Etats devraient être définis en respectant, suivant les traitements d'excellence réservés à des pathologies spécifiques, une forme de programmation à l'échelle de l'UE, afin d'assurer à chaque citoyen européen un accès égal et équitable à ces unités de soins, en fonction de ses besoins de santé
- une tarification spécifique devrait être définie; elle inclurait la part de l'investissement nécessaire au développement d'une telle unité technique

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

Quand on parle de déplacement temporaire des travailleurs de la santé, on ne peut absolument pas oublier les services aux personnes, comme par exemple les soins à domicile. Compte tenu du vieillissement de la population, ce service est essentiel. Dans les Cantons germanophones de Belgique, il n'y a pas assez d'infirmiers s'exprimant en allemand pour garantir les soins à domicile. Les infirmiers allemands sont cependant désireux de passer la frontière pour venir soigner les personnes âgées à domicile en Belgique mais la procédure que doit parcourir les infirmiers allemands pour pouvoir travailler en Belgique (notamment pour l'agrégation INAMI) est (trop) rébarbative et le problème ne trouve pas de solution.

Le non-conventionnement⁷ des prestataires étrangers peut poser problème, en ce qu'il favorise les inégalités de situations (dépassements d'honoraires ou alignement sur les prestataires nationaux conventionnés) et constitue donc un frein à l'installation de professionnels de santé ou à l'accès à des soins dispensés à l'étranger.

Dans le même ordre de constat, les normes de qualité ou de maîtrise des dépenses de santé ne sont pas applicables aux prestataires non conventionnés et les médecins exerçant dans le cadre de la libre prestation de services sont en général assimilés à des prestataires non conventionnés. En conséquence, naît une différenciation de traitement entre les prestataires soumis aux dispositions nationales et les prestataires étrangers exerçant en libre prestation de services non soumis aux normes de qualité et de maîtrise des dépenses.

⁷ Prestataires qui n'ouvrent pas le droit au remboursement des prestations de la sécurité sociale

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

1. Les règlements 1408/71 et 574/72 sont d'excellents textes juridiques. Mais l'application pratique demande souvent un complément ou une interprétation au niveau national, tout comme l'application concrète de la jurisprudence européenne. L'application peut souvent différer considérablement d'un État membre à l'autre. Une interprétation plus uniforme des règlements européens est recommandée.

Outre la Cour européenne de Justice, la Commission administrative joue un rôle essentiel dans l'interprétation des règles européennes. Mais les travaux de la Commission administrative avancent lentement et ne permettent pas toujours de réagir rapidement aux problèmes actuels d'application ou d'interprétation. Une méthode de travail plus rapide serait intéressante.

Dans la proposition de révision du règlement 574/72 (2006 - 0006), cet élément a été pris en considération. L'article 5 de cette proposition stipule que les institutions des différents États membres peuvent s'adresser à la Commission administrative si au bout d'un mois, elles n'ont pas atteint de consensus concernant l'interprétation de l'application des règles européennes. La Commission administrative doit alors donner une réponse dans les six mois.

Théoriquement, cette procédure semble adéquate. Cependant la Commission administrative pourra-t-elle réaliser ces ambitions en fonction de sa composition et de ses procédures actuelles, sachant que le fonctionnement de cette instance souffre de carences budgétaires, il est inévitable que des problèmes surgiront.

Pour la sécurité juridique des assurés et pour les mutualités, il est essentiel que la Commission administrative fonctionne correctement. Une analyse au niveau européen du fonctionnement futur de cette Commission est souhaitable. En effet, lors de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements européens, la Commission administrative sera en charge d'un travail énorme.

2. Un domaine important, où une sécurité juridique doit être approfondie est le dossier médical du patient. Il est évident que le patient doit répondre, dans ce domaine, aux conditions administratives de son pays d'affiliation mais que toutes les autres informations obtenues dans un autre État membre puissent être transmises en toute sécurité juridique. Cela implique de la part des autorités du pays d'accueil de transmettre les informations au pays d'origine sur base de critères et de procédures définies de commun accord entre les différentes parties en tenant compte des dispositions législatives dans ce domaine.

2. Afin d'assurer un haut niveau d'information et d'échanges de données entre les États membres dans le cadre de la régulation des soins à l'étranger, il conviendrait de développer :

- Dans un premier temps un réseau de communication entre les prestataires hospitaliers et les organismes de gestion de l'assurance maladie des différents pays sur l'ouverture du droit aux prestations pour le patient.
- Dans un second temps, il conviendrait de développer un système d'enregistrement des données relatives à l'accès aux soins à l'étranger. La mobilité des prestataires devrait également être enregistrée en collaboration avec les ordres nationaux des médecins.

Question 8 : de quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants concernés dans les États membres ? Envisagez-vous des domaines d'action qui n'auraient pas été évoqués ci-dessus ?

Pour pouvoir continuer à garantir à l'avenir le niveau actuel des soins de santé, les États membres européens devront collaborer, notamment pour pallier les conséquences du vieillissement de la population.

Pour pouvoir effectuer de nouveaux investissements et garantir l'accès d'un maximum de personnes aux nouvelles techniques onéreuses, il faut regarder qu'elles sont les possibilités de prestations transfrontalières afin d'aboutir à davantage d'efficacité et de complémentarité.

La création du Network of references est une possibilité. Il s'agit de soutenir et d'encourager l'innovation dans les soins de santé : c'est une priorité absolue. La carence en personnel médical et en spécialistes peut être compensée partiellement par la télémédecine. EuradConsul, une entreprise belge constituée d'une équipe de radiologues analyse en permanence les images qui leur sont envoyées par mail du monde entier pour établir et renvoyer dans les 24 heures un diagnostic, en est un bon exemple. L'un de ses principaux clients est le NHS britannique. Dans de telles applications, il convient de soutenir la R&D et d'échanger dans ce domaine les expériences entre États membres. Nous devons relever le défi de la technologie et pouvoir faire un usage optimal de toutes les techniques.

L'UE peut intervenir efficacement dans le domaine des soins à l'étranger en développant :

- La continuité des actions menées dans le cadre de la santé:

- des programmes d'actions concernant la coopération transfrontalière : évaluation des besoins aux frontières, évaluation des capacités disponibles (cf. études faites avec le soutien d'Interreg), études de faisabilité de développement de projets de complémentarité et de projets spécifiques, soutien à la formation, la communication, développement d'études juridiques, évaluation d'expérimentations, la réalisation d'outils de comparaison etc. ;
- Un observatoire européen et un forum permanent des coopérations transfrontalières ;

- Une communication de la Commission sur les coopérations transfrontalières pour la diffusion de bonnes pratiques ;

Question 9 : quels seraient les instruments appropriés pour faire face aux différents enjeux liés aux services de santé au niveau européen ? Quels seraient les points à aborder dans la législation communautaire et ceux à traiter par des voies non législatives ?

La mise en œuvre du principe de libre prestation de services ainsi que de libre circulation des biens médicaux peut faire émerger des conséquences graves pour l'accès aux soins de certaines catégories de population, parmi lesquels les personnes les plus défavorisées, les plus fragiles. L'application de ces principes sans régulation adaptée peut produire des effets pervers lourds de conséquence tels que l'inflation des coûts de certains soins, la sélection des bons risques, l'exclusion de patients pauvres etc. Par ailleurs, il n'est pas admissible que les normes de planification des matériels lourds, des pharmacies soient remises en question sur base uniquement des principes de la libre circulation des marchandises.

Le fond du problème, ce n'est pas la Cour de Justice (qui ne peut qu'interpréter les textes existants), mais c'est l'existence, dans les traités européens, d'une asymétrie entre les objectifs économiques et les objectifs sociaux de l'Union, ces derniers se situant à un niveau inférieur (dans les constitutions nationales, il y a symétrie entre ces deux catégories d'objectifs).

1. Dans le secteur de la santé, le principe de reconnaissance de l'intérêt général s'impose. Cependant le traité ne lui accorde pas une telle base légale. C'est la raison pour laquelle il apparaît indispensable d'envisager de réformer le Traité lors de la prochaine Conférence Intergouvernementale pour donner une base juridique spécifique au secteur de la santé (soins de santé notamment) et l'élever au rang de Service d'Intérêt Général permettant une application adaptée et adéquate des règles de concurrence.
2. En référence aux travaux communautaires et notamment à la Communication sur les Services Sociaux d'Intérêt Général du 26 avril 2006, les services de santé pourraient d'ores et déjà faire l'objet d'une directive qui définirait leurs missions d'intérêt général en répondant ainsi au souci de la Cour de Justice qui s'est prononcée sur la question des services par un rééquilibrage nécessaire par rapport à l'application des règles du marché intérieur.
3. L'UE devrait intégrer dans le dispositif qu'elle compte mettre en œuvre dans le cadre de la régulation de la mobilité des patients les dispositifs bilatéraux conclus entre des États membres pour améliorer leur conditions d'accès aux soins transfrontaliers dans leur espace frontalier (accord cadre franco-allemand, accord cadre franco-belge).

4. Au niveau européen, une initiative pourrait être prise pour recueillir de manière uniforme des données relatives à la quantité et à la qualité des soins dans les différents États membres. Il existe peu de statistiques relatives aux soins de santé transfrontaliers et lorsque c'est le cas, elles sont difficilement comparables. Le développement d'une méthodologie et d'une standardisation du matériel statistique pour les États membres de l'Union européenne semblent recommandés.
5. Pour permettre à la Commission administrative de remplir pleinement son rôle, tout en tenant compte de la nature transversale des problématiques de la coordination des systèmes de sécurité sociale, il conviendrait de renforcer l'analyse et le traitement des dossiers ou des litiges dans des séances spécifiques réservées à chaque branche et en particulier à la maladie, l'incapacité et l'invalidité. Par ailleurs, pour permettre à la Commission administrative d'améliorer son efficacité, dans le contexte d'une UE en élargissement constant, il serait, à notre sens, nécessaire de revoir la procédure décisionnelle en abandonnant l'adoption des décisions à l'unanimité pour lui substituer celle à la majorité qualifiée.
6. Sur le plan des droits des patients, une initiative législative européenne nous semble requise. La plupart des États membres ont une charte qui définit les droits des patients. En Belgique, c'est la « Charte de l'assuré social ». Si celle-ci existe dans chaque État membre, il est logique qu'il y ait au niveau européen un tel document qui protège les droits des patients des membres de l'UE dans le cadre des soins de santé transfrontaliers comme le droit à la qualité, le droit à l'information, le droit à des règles bien définies en matière de responsabilité.
7. Il serait également intéressant que la Commission européenne lance des initiatives qui accompagnent le dynamisme dans le secteur des soins de santé:
 - Un Forum européen des "Best Practices": information facile à consulter pour le patient et les médecins concernant les traitements et les techniques pouvant être considérés comme les "best practices" dans l'UE;
 - Les systèmes d'accréditation en vigueur dans les différents pays de l'UE pourraient faire l'objet d'une reconnaissance mutuelle d'un niveau de qualité des prestataires de soins. Il conviendrait d'utiliser ces systèmes comme une labellisation à l'échelle de l'UE., impliquant une communication et une information (site web européen,...) à l'égard de tous les acteurs concernés et en priorité du patient.
 - Une base de données européenne avec les organismes et prestataires « publics »: grâce à cette base, les patients et les acteurs du secteur pourraient savoir qui accepte les documents européens (comme le formulaire E112 et la carte d'assurance maladie européenne) au sein de l'UE (voir réponse à la question 2).
 - La mise en place d'un médiateur européen pour traiter les conflits d'interprétation de la réglementation et favorisait une meilleure articulation avec la Commission administrative.

- La mise en place d'une plate forme EU d'information aux patients sur les soins de santé dans le cadre d'un programme d'action financé par l'Union Européenne (sorte de B Health européen).
8. Les deux modes d'accès aux soins à l'étranger, d'une part, la voie traditionnelle de l'article 22 du règlement 1408/71, et d'autre part, celle issue de la jurisprudence et de la mise en œuvre des règles relatives à la libre prestation de services, ont créé une insécurité juridique pour le patient et ont alourdi les procédures administratives. Ce sont parfois les différences de tarifs entre les États membres qui conditionnent le choix du patient quant à la procédure à suivre. Selon que le niveau de prise en charge de l'État de séjour, le patient aura intérêt ou non à solliciter une autorisation préalable pour accéder à des soins ambulatoires de l'autre côté de la frontière . Il existe en particulier des différences de prise en charge entre la France et la Belgique (remboursement partiel de certains actes ou de médicaments, suppléments d'honoraires exclus de la part obligatoire). Une réconciliation entre ces deux procédures s'impose pour assurer une meilleure sécurité d'application des règles communautaires au patient.

ETAT DES COOPERATIONS TRANSFRONTALIERES FRANCO-BELGES fin 2005

Les réalisations

Intitulé	Partenaires	Objet	Etat d'avancement
Dialyse / Maladies infectieuses	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM	Accueil de patients français insuffisants rénaux chroniques au CH de Mouscron Accueil de patients belges en consultation ou hospitalisation de jour dans le service des Maladies infectieuses du CH de Tourcoing	En vigueur depuis <u>juin 1995</u>
IRM / Scintigraphie	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM, ARH	Utilisation de l'IRM de Tourcoing par les médecins belges pour leurs patients. Examens de scintigraphie à Mouscron pour les patients français.	En vigueur au <u>1^{er} novembre 2004</u>
Urologie	CH de Tourcoing, de Roubaix et de Mouscron, AM, ARH	Consultations et chirurgie conventionnelle à Tourcoing par les médecins belges. Lithotripsie au CH de Mouscron Chirurgie lourde à Roubaix.	En vigueur au <u>1^{er} mars 2005</u> entre les CH de Tourcoing et de Mouscron.
Soins intensifs	CH de Maubeuge et de Mons, AM, ARH	Accueil de patients en soins intensifs par manque de place.	En vigueur au <u>1^{er} octobre 2004</u>
Médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités coûteuses (Soins Intensifs, cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, réanimation polyvalente)	CH de Charleville-Mézières et de Dinant, CPAM des Ardennes, ARH	Assurer à la population des cantons de Givet et de Fumay un accès aux soins hospitaliers dans un délai raisonnable et dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français, à la suite de la fermeture de la maternité de Revin et de l'arrêt de l'activité chirurgicale de la clinique de Givet.	En vigueur en <u>juillet 2004</u>
Dialyse	CHR Jan Yperman, CPAM d'Armentières	Accueil de patients français au CHR J. Yperman.	Depuis <u>2000</u>

Déclaration de coopération interhospitalière (projet LUXLORSAN).	Association Hospitalière du Bassin de Longwy, CH de Luxembourg (L), Cliniques du Sud Luxembourg (B)	Convention cadre permettant la mise en place de filières de soins entre les différents secteurs hospitaliers des établissements concernés	Convention signée le <u>16 juin 2004</u>
Zone Organisée d'Accès aux Soins	Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	Offre de soins des huit établissements accessibles : <i>Versant français</i> : aux affiliés de la CPAM de Maubeuge habitant les communes de Trelon, Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud et aux affiliés de la CPAM de Saint Quentin habitant les communes de Vervins, Aubanton, Hirson, Le Nouvion, La Capelle <i>Versant belge</i> : aux assurés sociaux belges habitant les communes de Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine et Froidchapelle Utilisation des cartes Vitale en Belgique et SIS en France.	Convention CNAMTS-INAMI mise en œuvre en <u>mai 2000</u> et pérenne depuis le <u>22/11/2002</u> .

Les projets en cours de validation

Intitulé	Partenaires	Objet	Etat d'avancement
Soins intensifs	CH de Valenciennes et de Tournai, AM, ARH	Accueil de patients en soins intensifs par manque de place.	Convention finalisée en cours de validation
Soins de Suite et de Réadaptation	CH de Valenciennes, RHMS (site de Péruwelz), ARH, AM	Accueil de patients français en SSR sur le site de Péruwelz du RHMS	Convention finalisée en cours de validation
Psychiatrie	EPSM Lille Métropole d'Armentières, Psychiatrisch Centrum de Menin, AM, ARH	Accueil en France de patients belges en hospitalisation de jour en psychiatrie générale. Accueil en Belgique de patients français en hospitalisation complète. Limite à 3 patients de chaque côté	- Convention validée en Belgique - Texte transmis à la CNAMTS avec motivation écrite de l'ARH.
Convention de coopération sur la prise en charge des grands brûlés	CH de Charleville Mézières, IMTR de Loverval, UGECAM NORD EST, AM, ARH	Donner la possibilité aux grands brûlés français d'être traités en soins aigus au centre des grands brûlés de Loverval et aux patients belges d'être traités en soins de réadaptation fonctionnelle dans les établissements de	Avis favorable de l'Assurance Maladie belge et française. Attente de

		l'UGECAM Nord Est dans le département des Ardennes. Cette convention permet au SMUR d'orienter les grands brûlés vers l'IMTR de Loverval.	l'autorisation du Ministère français de la santé
Zone Organisée d'Accès aux Soins	CH de Tourcoing, de Roubaix, de Wattrelos et de Mouscron	Offre de soins des quatre hôpitaux proposée aux affiliés des CPAM de Tourcoing et Roubaix ainsi qu'à une partie des affiliés des CPAM d'Armentières et de Lille. Utilisation des cartes Vitale et SIS (Duplication du système Transcards en Thiérache).	Convention finalisée : - validée par le CIN (B) - transmise pour avis à la CNAMTS.
Zone Organisée d'Accès aux Soins	PARTIE BELGE : CH de Dinant et Polycliniques situées à Gedinne et Ciney, Cliniques univ de Mont Godinne, Polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville PARTIE FRANÇAISE : CH de Charleville, de Sedan, Hôpital local de Fumay, Polyclinique du Parc de Charleville, Clinique du Dr l'Hoste de Villers Semeuse, Clinique de Revin et HL de Nouzonville	Accès aux soins hospitaliers sans autorisation médicale préalable dans la zone concernée pour l'ensemble de l'offre de soins hospitalière. Utilisation des cartes Vitale et SIS (Duplication du système Transcards en Thiérache).	Convention finalisée : - signée par l'INAMI - à la signature du Directeur de l'UNCAM.

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.