

ET SI LES SOINS HOSPITALIERS POUVAIENT ETRE ADMINISTRES DANS DE MEILLEURES CONDITIONS MEDICALES A L'ETRANGER ?

ENQUETE SUR LES AUTORISATIONS PREALABLES ACCORDEES PAR LES MUTUELLES BELGES¹

PAR | **RITA BAETEN* ET DALILA GHAILANI****

*Senior Policy Analyst, Observatoire social européen (OSE)

**Senior Researcher, Observatoire social européen (OSE)

INTRODUCTION²

Les droits des patients au remboursement de soins prodigués dans un autre Etat membre de l'Union européenne ont subi de profonds changements au cours des deux dernières décennies. Là où la procédure de remboursement classique se fondait sur le règlement européen portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après le Règlement)³, plusieurs arrêts de la Cour de Justice de l'UE (CJEU) ont ouvert une deuxième procédure basée sur les principes de la libre circulation des services au sein du marché interne, consignés dans le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Les principes de remboursement des soins basés sur la libre circulation des services diffèrent fondamentalement de ceux que fixe le Règlement.

(1) Le présent article est basé sur : Baeten, R. et Ghailani, D. (2016). Etude effectuée pour le compte de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

(2) Nous remercions Chris Segaert de l'INAMI pour son soutien durant l'étude. Nous remercions également les personnes des mutuelles qui nous ont prêté assistance, ainsi que le Dr John Willems pour avoir révisé le texte.

(3) Règlement n° 883/2004/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO L 2007 juin 2004, pp. 1-49).

La jurisprudence a été en grande partie codifiée dans la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (ci-après la Directive)⁴, qui devait être transposée dans la législation nationale en octobre 2013 au plus tard. La Directive donne aux patients plus de liberté de choix pour se faire soigner à l'étranger. Beaucoup craignaient qu'elle n'entraîne un exode incontrôlé de patients et, plus encore, qu'elle ne vide de leur substance les principes et conditions de remboursement des systèmes de soins nationaux.

En Belgique aussi, les patients qui sont affiliés à l'assurance maladie - obligatoire peuvent, dans certaines conditions, obtenir le remboursement de soins de santé dont ils ont bénéficié dans un autre pays. Pour les soins de santé et autres prestations ambulatoires impliquant un appareillage médical lourd, l'autorisation préalable de leur mutuelle ou organisme assureur (OI) est⁵ exigée. Outre les directives incluses dans la législation européenne, la législation belge prévoit le droit à une autorisation préalable pour des soins hospitaliers si le traitement peut être prodigué dans de meilleures conditions médicales à l'étranger (dans le monde entier)⁶. De plus, diverses réglementations spécifiques assouplissent, dans les régions frontalières, les conditions d'attribution d'une autorisation préalable pour les soins de santé à l'étranger.

La législation belge a été revue à l'occasion de la transposition de la Directive. Les conditions d'obtention de l'autorisation pour un traitement à l'étranger ont été clarifiées et les marges d'interprétation réduites, ce qui a entraîné une réorganisation des procédures internes d'évaluation et d'octroi d'autorisations préalables au sein des organismes assureurs.

(4) Directive 24/2011/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO L 88, 4 avril 2011, pp. 45-65).

(5) Par souci de lisibilité, nous utilisons indifféremment, dans le présent article, les concepts de « mutuelle » et d'« organisme assureur » bien que la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et RailCare (la Caisse des soins de santé de HR Rail) ne soient pas à proprement parler des mutuelles, mais elles remplissent les mêmes fonctions en ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire.

(6) Article 294, § 1, 2^e de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 1996022344 du 31 juillet 1996, p. 20285). (ci-après: l'AR du 3 juillet 1996).

Si l'impact de l'afflux de patients étrangers sur le système de soins belge a fait l'objet de plusieurs études (De Mars et al., 2011 ; Glinos et al., 2006 ; Kiasuwa et Baeten, 2013), les recherches au sujet du flux sortant d'assurés belges vers d'autres Etats membres de l'UE ou en dehors pour des soins de santé planifiés (Jorens et al., 2005) sont plus rares.

Notre étude visait à évaluer les conséquences des modifications du cadre légal belge pour l'accès à des soins de santé planifiés à l'étranger. Nous voulions vérifier comment les procédures de délivrance d'autorisations préalables étaient appliquées en pratique dans les diverses mutuelles. L'étude visait à répondre aux questions suivantes :

- Comment se déroule le traitement des demandes d'autorisation préalable au sein des mutuelles : qui est impliqué, quels sont les critères utilisés dans l'évaluation de la demande et comment les informations permettant d'étayer la décision sont-elles collectées ? Comment la décision est-elle communiquée à l'assuré ?
- Quels problèmes surgissent lors de l'application de la réglementation, et existe-t-il des recommandations en vue d'une adaptation du cadre ?

Pour répondre à ces questions, nous avons commencé par explorer le cadre réglementaire applicable. Nous avons ensuite demandé aux directions médicales de sept unions nationales d'organismes assureurs (UOA)⁷ quelles personnes, au sein de leur UOA, étaient les mieux placées pour une entrevue dans le cadre de la présente enquête. Nous avons établi une grille d'interview et avons mené, entre novembre 2015 et mars 2016, dix entretiens semi-structurés auprès de 17 personnes au total. Dans toutes les UOA, nous avons interviewé des personnes en charge du traitement des demandes d'autorisation préalable, ou de leur contrôle, en tant que médecin-conseil (MC)⁸, auxiliaire de soins ou membre de la direction médicale.

(7) Dans cette étude, nous établissons une distinction entre les organisations faitières, que nous désignerons par l'abréviation UOA, et les organismes assureurs, les OA, qui sont directement en contact avec le patient. Nous distinguons les UOA suivantes : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités neutres, l'Union nationale des mutualités socialistes, l'Union nationale des mutualités libérales, l'Union nationale des mutualités libres, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, et la Caisse des soins de santé de HR Rail. La part de marché des UOA varie d'environ 40 % pour l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes à moins de 1 % pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail. Les parts de marché respectives des UOA diffèrent fortement d'une région à l'autre.

(8) Les médecins-conseils sont responsables du contrôle médical des prestations de soins de santé auprès des organismes assureurs, conformément à la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé.

Un répondant était également responsable du suivi général et juridique des soins transfrontaliers, et un autre était impliqué dans la prise en charge financière des soins à l'étranger.

Toutes les interviews ont été enregistrées en format numérique. Sur base de ces auditions et des notes, chaque entretien a été retranscrit structuré en fonction des thèmes de l'interview et analysé.

Le questionnaire était axé sur des demandes d'autorisation pour des traitements hautement spécialisés ou des soins pour des affections rares pour lesquels l'expertise est parfois insuffisante en Belgique. Les réglementations spécifiques pour l'accès aux soins dans les régions frontalières n'ont été abordées que dans la mesure où il existait une interaction entre ces réglementations et la réglementation pour les soins pouvant être prodigués dans de meilleures conditions médicales à l'étranger. Nous nous sommes limitées aux décisions pour lesquelles les médecins-conseil sont compétents. Les demandes pour lesquelles la décision incombait au Collège des médecins directeurs de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ne relevaient pas de l'inventaire, contrairement aux décisions de renvoi au Collège.

Le présent article est structuré comme suit. Nous commençons par décrire dans la première section le cadre légal applicable en Belgique pour le remboursement des frais médicaux pour les soins planifiés à l'étranger. La seconde section donne un aperçu du nombre d'assurés qui ont bénéficié d'un tel remboursement dans les divers systèmes. Nous donnons ensuite un aperçu (section 3), sur base de l'information disponible, des réglementations des autres États membres de l'UE qui couvrent des coûts comparables à la réglementation belge. Dans la quatrième partie, nous présentons les résultats des entretiens portant sur la manière dont les organismes assureurs (OA) traitent les demandes d'autorisation de soins à l'étranger. Nous clôturons cet article par quelques conclusions et commentaires.

1. LE CADRE LEGAL

Le cadre juridique qui fixe les conditions de remboursement de soins de santé à l'étranger est fondé sur l'application belge du règlement européen portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (883/2004/CE), la transposition de la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (24/2011/UE) et la législation nationale.

1.1. LE DROIT EUROPEEN

La législation européenne est d'application pour la prise en charge du coût des soins de santé qu'un patient a reçus dans un Etat membre de l'Espace Economique Européen (EEE)⁹ différent de celui où le patient est socialement assuré. Il existe plusieurs différences importantes dans les principes de remboursement des frais médicaux sur la base du Règlement et de la Directive :

- En vertu du Règlement (article 20), le remboursement a lieu sur base des conditions et tarifs en vigueur dans l'Etat membre où le patient est traité comme si le patient était assuré dans le pays où les soins sont prodigués. Le Règlement s'applique uniquement aux soins de santé prodigués par des prestataires de soins travaillant dans le cadre du régime de soins de santé public dans le pays où les soins sont dispensés.
Un assuré qui se rend dans un autre Etat membre de l'EEE pour y recevoir des prestations durant son séjour doit en demander l'autorisation à son organisme de paiement. L'autorisation préalable et la prise en charge des prestations médicales reçues à l'étranger ne peuvent être refusées si les prestations faisant l'objet de la demande sont reprises dans la législation de l'Etat compétent (ou du pays de résidence pour les assurés qui ne résident pas dans l'Etat compétent), et ne sont pas délivrées dans le pays de résidence dans un délai médicalement raisonnable, compte tenu de l'état de santé du demandeur et de l'évolution de la maladie.
- La Directive (Chapitre III) garantit le remboursement des frais médicaux sur base des conditions et tarifs fixés par la législation du pays où le patient est socialement assuré comme s'il était traité dans cet Etat.

(9) Les Etats membres de l'UE ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. La Belgique a en outre décidé unilatéralement d'étendre les principes de la Directive, pour les assurés belges, aux prestations en Suisse.

Sur la base de la Directive, le patient peut recevoir des soins de tous les prestataires de soins et hôpitaux qui sont légalement habilités à prodiguer des soins dans le pays où les soins sont administrés, y compris des prestataires de soins qui ne sont pas actifs dans le régime public.

Le remboursement des soins sur la base de la Directive ne peut être soumis à une autorisation préalable que dans des cas exceptionnels énumérés à l'article 8,2°. Dans les autres cas, l'assuré peut obtenir, sans autorisation préalable, un remboursement de soins à l'étranger auprès de son OA.

Les dispositions du Règlement sont directement applicables sans transposition dans la législation nationale. La Directive a été transposée dans le droit belge dans l'article 294, §1er, 13° de l'AR du 3 juillet 1996 pour ce qui concerne les prestations ne nécessitant pas d'autorisation préalable et 14° pour celles qui exigent une. Nous examinons cette transposition dans la section suivante.

1.2. LEGISLATION NATIONALE

Les conditions dans lesquelles les assurés belges peuvent se faire soigner à l'étranger sont fixées à l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. De plus, les organismes assureurs, les établissements de soins belges, les assureurs et les prestataires étrangers ont conclu plusieurs conventions en vue de simplifier l'accès transfrontalier aux prestations médicales. Ces conventions ont été ratifiées par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Pour les soins prodigués au sein de l'EEE, tous ces arrangements suivent la Directive et/ou le Règlement pour ce qui est : du règlement financier des soins, de la disposition du paquet assuré applicable et, des prestataires entrant en ligne de compte. Certains arrangements permettent également de traiter les patients hors de l'EEE. Nous donnons ci-dessous un aperçu des réglementations applicables aux soins de santé planifiés et requérant une hospitalisation.

1.2.1. La règle générale

Les assurés belges qui souhaitent se faire soigner à l'étranger pour un traitement planifié requérant une hospitalisation, ou pour des soins ambulatoires requérant l'utilisation d'appareillage médical lourd ne peuvent bénéficier d'un remboursement de l'assurance-maladie belge que s'ils ont obtenu au préalable une autorisation délivrée par le médecin-conseil de leur mutuelle¹⁰.

(10) Arrêté ministériel du 24 juin 2014 fixant la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable en vertu de l'article 294, § 1er, 14°, deuxième alinéa, sous a), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 2014022399 du 22 juillet 2014, p. 54874) (ci-dessous : « AM du 24 juin 2014 »)

Cette autorisation ne peut être délivrée que si le soin est repris dans le paquet assuré belge et que les conditions de remboursement sont remplies. Cela signifie qu'il doit dans tous les cas s'agir de soins remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire belge auprès des prestataires de soins établis en Belgique.

Une autorisation de traitement dans un pays de l'EEE doit être obtenue si le traitement ne peut être prodigué en Belgique dans un délai médicalement raisonnable, compte tenu de l'état de santé de l'assuré au moment de la demande, de son historique médical et de l'évolution probable de la maladie¹¹. Si le traitement peut être administré en Belgique dans un tel délai, l'autorisation est en principe refusée¹².

Mais si le MC juge qu'en vue du rétablissement de la santé de l'ayant droit, le traitement peut avoir lieu dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qu'une hospitalisation dans un établissement de soins est requise à cette fin, le MC peut malgré tout délivrer une autorisation¹³. Dans ce cas, l'autorisation peut également être accordée pour les soins de santé prodigués hors de l'EEE.

Les critères permettant de juger si les prestations médicales peuvent être réalisées « dans des meilleures conditions médicales » sont les suivants :

- la technique médicale utilisée,
- l'expertise médicale des médecins étrangers, et
- la valeur ajoutée à constater avec une certitude raisonnable du traitement à l'étranger telle qu'attestée par une évaluation clinique¹⁴.

L'évaluation ne peut tenir compte de circonstances non médicales telles que le fait de préférer être soigné dans sa langue maternelle ou la proximité de la famille et/ou d'amis¹⁵. Les femmes enceintes qui souhaitent accoucher à l'étranger pour des motifs personnels peuvent en revanche obtenir une autorisation pour raisons sociales¹⁶.

Le médecin-conseil (MC) délivre une autorisation préalable sur la base du

(11) Pour compléter cette disposition, l'article 20,§2 du Règlement (CE) n° 883/2004 est directement d'application. Plus précisément, une autorisation préalable pour soins ambulatoires doit être accordée s'ils ne sont pas possibles dans le pays du demandeur dans un délai médicalement raisonnable, compte tenu de l'état de santé du demandeur et du décours de la maladie.

(12) Sur la base de l'article 294, §1er, 14° ou de l'article 20 du Règlement.

(13) En vertu de l'article 294, §1er, 2°.

(14) INAMI - Service des soins de santé, circulaires aux Organismes assureurs n° 2014/440 du 14 novembre 2014.

(15) Circulaire OA n° 2014/440.

(16) Circulaire OA n° 2014/440.

formulaire « S2 » conformément à l'article 20 du Règlement si le prestataire ou l'établissement de soins pour lequel l'autorisation est accordée fait partie du système de soins de santé public dans l'Etat membre de l'EEE ou de la Suisse. Dans ce cas, les coûts pourront être remboursés sur la base des tarifs appliqués dans l'Etat membre où le patient est traité. L'assuré ne paie que le ticket modérateur à l'étranger.

Si le prestataire ou l'établissement de soins ne fait pas partie du système de soins de santé public (= prestataire ou hôpital privé), ou si l'autorisation est accordée pour des soins hors de l'EEE ou de la Suisse, le MC accorde une autorisation préalable sur la base d'un *document ad hoc*. Dans ce cas, les frais médicaux seront remboursés sur la base des tarifs de remboursement applicables aux mêmes soins prodigués en Belgique. L'assuré devra d'abord payer les frais médicaux à l'étranger lui-même, et il percevra ensuite une intervention de l'assurance-maladie belge.

1.2.2. Situations particulières

Il existe de très nombreuses exceptions à cette règle générale, principalement pour les habitants des régions frontalières. Nous en donnons un aperçu schématique dans l'annexe I.

a. Pour les prestations de revalidation à l'étranger, l'assuré n'a pas besoin d'autorisation préalable de sa mutuelle¹⁷. Dans ce cas, il a droit à une intervention dans les frais aux tarifs et conditions de remboursement belges¹⁸. Les assurés belges des Cantons de l'Est peuvent toutefois obtenir une autorisation préalable, sur la base du formulaire S2, pour un traitement dans un centre de revalidation en Allemagne repris sur une liste de centres situés à moins de 100/150 km d'Eupen / de Saint-Vith¹⁹.

(17) Sur la base de l'article 294 § 1er, 8°. S'il s'agit de prestations qui requièrent une nuitée dans l'établissement de soins, la priorité est donnée à 8° par rapport à 14°.

(18) INAMI, commentaires concernant l'accès et le remboursement de prestations médicales prodiguées dans un autre Etat membre de l'Union européenne, tant au cours d'un séjour provisoire que pour des soins de santé planifiés, selon la transposition de la directive 2011/24 UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, version du 30 avril 2014. INAMI, service des soins de santé, 2014.

(19) INAMI - Service des soins de santé, circulaires aux Organismes assureurs n° 2015/391 du mardi 22 décembre 2015. Cette circulaire est valable jusqu'au 31 décembre 2016. Sachant que la plupart de ces prestations ont été transférées aux entités fédérées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, une éventuelle prolongation de cette réglementation doit se fonder sur un accord avec la Communauté germanophone.

b. Les assurés qui habitent soit au maximum à 15 km de la frontière, soit sur le territoire de la Communauté germanophone peuvent obtenir de la part du médecin traitant une autorisation préalable pour se faire admettre ou dialyser dans un établissement de soins situé à 25 km maximum de cette frontière, à condition qu'il n'existe pas d'établissement similaire plus proche en Belgique²⁰.

c. Les assurés qui résident dans certaines zones frontalières (définies au point 9° de l'article 294, §1er) peuvent percevoir une indemnisation pour certaines prestations médicales en France (dans un rayon de 50 km de la résidence de l'assuré) ou au Grand-Duché de Luxembourg. Il s'agit ici de prestations de médecine spécialisée et d'obstétrique, d'assistance infirmière hospitalière et de médecine dentaire, et de prestations pharmaceutiques prescrites dans le cadre de ce traitement. Si l'assuré se fait soigner à l'étranger sans autorisation préalable conformément à l'article 294, 14°, c'est le paquet assuré belge repris dans la nomenclature belge des prestations médicales qui s'applique pour le remboursement des soins²¹.

d. Les assurés des Provinces de Limbourg et de Liège, y compris la Communauté germanophone pouvaient (jusqu'au 30 juin 2017) bénéficier de soins de santé dans les régions limitrophes des Pays-Bas et d'Allemagne sur la base du projet « Geneeskundige verzorging zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn », mieux connu sous l'acronyme IZOM²². Les dispositions légales en matière d'assurance-maladie et les tarifs et procédures (p. ex. traitement, principes dans les soins de santé, etc.) de chaque pays sont d'application. L'autorisation de traitement passe par la délivrance administrative d'un formulaire EMR E.112+1 dont la validité peut aller d'un trimestre à une année au maximum.

(20) Sur la base de l'article 294, 7° de l'AR du 3 juillet 1996, précisé plus en détail dans la circulaire VI 2014/440.

(21) La nomenclature des prestations médicales est une liste codée reprenant les prestations médicales que l'assurance-maladie (assurance pour soins de santé) rembourse partiellement ou intégralement.

(22) Convention de coopération pour les soins de santé transfrontaliers dans le cadre de la mise en place du projet « Geneeskundige zonder grenzen in de Euregio Maas-Rijn », signé par les organismes assureurs belges, néerlandais et allemands concernés et, pour la Belgique, approuvé par le Comité de l'assurance conformément à l'article 136 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé. L'INAMI n'a pas prolongé la convention IZOM, et celle-ci ne s'applique donc plus aux assurés belges depuis le 30 juin 2017. Pour les habitants des Cantons de l'Est et quelques communes limitrophes, elle a été remplacée depuis le 1er juillet par une réglementation « Ostbelgien ».

Le règlement financier des prestations a lieu sur la base du Règlement. L'accord de coopération porte sur les prestations ambulatoires spécialisées, les médicaments et les dispositifs médicaux prescrits dans le cadre du traitement et des soins hospitaliers découlant du traitement à l'étranger. Une autorisation préalable reste requise pour l'accès direct aux soins hospitaliers et aux prestations ambulatoires reprises dans l'AM du 24 juin 2014²³.

e. Sur la base d'un accord-cadre relatif aux soins de santé transfrontaliers entre la Belgique et la France²⁴, sept zones organisées pour l'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST ou GTGZ) ont été créées à la frontière belgo-française. Les accords ZOAST visent à simplifier les procédures administratives donnant accès aux soins transfrontaliers dans une zone médicale donnée. Les assurés d'une zone ont accès aux traitements ambulatoires et intra-muros des établissements de soins de l'autre côté de la frontière auxquels l'accord s'applique. Les patients reçoivent une autorisation administrative a posteriori (S2 administratif) pour la prise en charge des prestations médicales. Le règlement financier des prestations a lieu sur la base du Règlement.

f. Huit autres accords donnent droit à des soins de santé spécifiques dans un établissement de soins précis aux Pays-Bas et en France²⁵. Il s'agit généralement de projets de coopération entre hôpitaux visant à répondre à des besoins de soins spécifiques, sur une base de complémentarité.

1.2.3. Intervention du Fonds spécial de solidarité

Le Fonds spécial de solidarité (FSS) est un filet de sécurité supplémentaire qui s'ajoute à la couverture ordinaire fournie par l'assurance-maladie obligatoire²⁶. Ce fonds peut, sous certaines conditions, fournir aux patients présentant une affection très grave une intervention financière pour certaines prestations médicales non remboursées par l'assurance-maladie obligatoire.

(23) INAMI - Service des soins de santé, circulaire aux Organismes assureurs n° 2007/132 du vendredi 20 avril 2007.

(24) Accord cadre entre le Gouvernement du Royaume de Belgique et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005.

(25) INAMI, accords de coopération transfrontalière en matière de soins de santé - état des lieux 1er juillet 2015. Service soins de santé - Comité de l'assurance, note CGV 2015/285 corr., Bruxelles, 28 septembre 2015 (non publiée).

(26) Art. 25 sexies de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé.

Le Fonds peut rembourser indifféremment des soins de santé et des médicaments, tant en Belgique qu'à l'étranger. De plus, il peut rembourser des frais de voyage et de séjour des assurés disposant d'une autorisation préalable pour un traitement à l'étranger et, le cas échéant, de la personne qui les accompagne.

Les décisions sont prises au cas par cas, par le Collège des médecins directeurs, en fonction du budget disponible. Ce Collège est un organe de l'INAMI qui réunit les médecins directeurs des MCs dans les divers organismes assureurs.

2. L'AUTORISATION DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER EN CHIFFRES

Sur la base des données statistiques communiquées par les mutuelles à l'INAMI, les OA belges ont accordé 19.793 autorisations de soins dans un autre pays en 2015 (contre 19.309 en 2014).

Près de 96 % des autorisations (19.177) ont été accordées dans le cadre de réglementations spécifiques dans les régions frontalières. 132 autorisations ont été accordées à des femmes enceintes pour qu'elles accouchent dans un autre Etat membre de l'EEE. Seules 335 autorisations, soit 1,7 % du total, ont été délivrées au motif que le traitement à l'étranger est possible dans de meilleures conditions médicales. Notre étude porte sur ces 335 derniers cas.

Les chiffres mentionnent également 149 autorisations accordées pour d'autres raisons non précisées. Il est difficile de concilier ce chiffre avec les informations recueillies lors des entretiens selon lesquelles aucune autorisation n'est accordée pour d'autres motifs. Certaines de ces 149 autorisations concernent sans doute des cas de traitement dans des meilleures conditions médicales à l'étranger.

Il n'y avait aucune autorisation d'office (celles-ci sont accordées lorsqu'une décision n'est pas prise dans le délai maximal de 45 jours).

Au total, 434 demandes ont été refusées, dont 105 avaient été introduites sur la base des dispositions relatives aux « meilleures conditions médicales » à l'étranger. Ce nombre ne porte que sur les dossiers officiellement introduits et complétés. Il n'inclut pas les assurés qui se sont entendu dire dans une phase ultérieure que leur dossier n'entrait pas en ligne de compte pour une autorisation préalable, par exemple au guichet ou au service social de la mutuelle.

TABLEAU 1 : DEMANDE D'AUTORISATIONS PREALABLES POUR UN TRAITEMENT A L'ETRANGER EN 2015

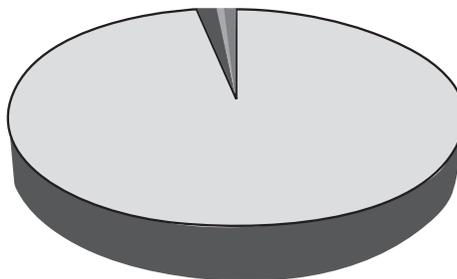
	Approuvées	Refusées
Réglementations spécifiques dans les régions frontalières	19 177	20
S2 – zone transfrontalière	987	6
S2 – revalidation en Allemagne	282	10
IZOM-accord de coopération	17 779	4
ZOAST	129	0
Meilleures conditions médicales	335	105
S2 “meilleures conditions médicales”	304	82
Document “ad hoc” (article 294, §1, 2° AR 3 juillet 1996)	31	23
Femmes enceintes	132	1
Autres	149	308
S2 – article 20 du Règlement (UE) 883/2004	115	288
Document “ad hoc” – article 294, §1, 14°, AR 3 juillet 1996	34	20
TOTAL	19 793	434

Une présentation visuelle donne le résultat suivant :

FIGURE 1 : NOMBRE DE DEMANDES APPROUVEES, 2015

Source : INAMI, 2016.

- Réglementations spécifiques dans les régions frontalières
- Meilleures conditions médicales
- Femmes enceintes
- Autres



Source : INAMI, 2016.

La plupart des autorisations (86 %) ont été accordées pour des soins en Allemagne (17.034) D'autres concernent des traitements aux Pays-Bas (1605), au Luxembourg (721) et en France (364). Pour les autres pays, le nombre d'autorisations est inférieur à 20.

Sur les 335 autorisations de traitement à l'étranger pour meilleures conditions médicales, près de la moitié (160) ont été accordées pour des soins aux Pays-Bas, 106 pour la France, 49 pour l'Allemagne et 7 pour le Royaume-Uni. 304 de ces 335 autorisations ont été délivrées pour un traitement dans un établissement de soins du système public. Un formulaire S2 a donc été délivré. 31 autorisations ont été consenties sur la base d'un « formulaire ad hoc », dont 30 pour des soins auprès d'un prestataire privé et un seul pour un traitement hors de l'EEE et de la Suisse.

TABEAU 2 : AUTORISATIONS ACCORDEES PAR PAYS, 2015

	Total	Meilleures conditions médicales
Allemagne	17 034	49
Pays-Bas	1 605	160
Luxembourg	721	1
France	364	106
RU	20	7
Espagne	12	3
Suisse	11	3
Autres pays	26	6
TOTAL	19 793	335

Source : INAMI, 2016.

3. RÉGLEMENTATIONS DANS D'AUTRES ETATS MEMBRES DE L'UE

C'est la législation belge qui définit qu'un assuré INAMI a droit à un traitement dans un autre pays « lorsque le rétablissement de sa santé nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger » si les conditions de remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire sont remplies.

On dispose de peu d'informations sur l'existence de telles possibilités dans d'autres Etats membres. D'après les recherches effectuées par l'INAMI dans les pays voisins (PB, DE, LU, FR et RU)²⁷, aucun d'entre eux ne propose de disposition similaire. Par contre, les législations luxembourgeoise, néerlandaise et allemande prévoient le remboursement d'un traitement à condition qu'il soit conforme à l'état de la science médicale internationale. Cela peut signifier implicitement que les patients peuvent être renvoyés à l'étranger s'ils ne peuvent pas être traités conformément aux dernières avancées médicales dans leur pays.

Dans un rapport établi pour la Commission européenne en 2014 (Pacolet et De Wispelaere, 2014), les Etats membres ont également été invités à mentionner des réglementations nationales spécifiques autorisant les patients à se faire soigner dans un autre pays. Les règlements suivants y sont mentionnés:

- En République tchèque, le patient peut obtenir l'autorisation de se faire soigner à l'étranger si c'est la seule option, compte tenu de son état de santé.
- En Estonie, un patient peut obtenir l'autorisation pour un traitement qui n'est pas administré dans son propre pays et qui est thérapeutiquement justifié et efficace. Les chances de réussite du traitement via la technique médicale envisagée doivent être d'au moins 50 %. En Hongrie, une autorisation est accordée s'il y a une chance réelle d'améliorer la qualité de vie du patient.
- L'assurance-maladie néerlandaise prévoit une couverture mondiale. Le patient peut donc choisir un prestataire étranger pour les prestations qui sont reprises dans le paquet assuré.
- Au Portugal, le patient a droit à des soins de santé spécialisés à l'étranger si les soins ne peuvent être administrés dans son propre pays par manque de moyens techniques ou humains.

Pour les autres pays, soit il n'y pas de réglementation similaire, soit aucune information claire n'est disponible.

(27) INAMI, Le concept de « meilleures conditions médicales » (article 294, §1er, 2° de l'AR du 3 juillet 1996). Collège des médecins directeurs, document de travail – vs. 1 – 20 janvier 2015.

4. REGLEMENT DES DEMANDES DANS LES ORGANISMES ASSUREURS

Dans cette section, nous présentons les résultats des entretiens avec les acteurs des mutualités et des unions nationales quant au règlement des demandes d'autorisation préalable.

4.1. PROCEDURE INTERNE : TENDANCE A LA CENTRALISATION DES DECISIONS

Dans six des sept unions d'organismes assureurs (UOA), le médecin-conseil (MC) traite localement les demandes d'autorisation préalable pour soins à l'étranger pour les assurés qui ont recours à une réglementation spéciale dans les régions frontalières. Pour le traitement des autres demandes, toutes les UOA connaissent une forme de centralisation, en particulier pour les soins pouvant être prodigués dans de meilleures conditions médicales à l'étranger. La forme et les proportions que prend cette centralisation varient en fonction des UOA, et parfois, la procédure diffère selon les groupes linguistiques (NL-FR-DE).

Nous pouvons distinguer les formes de centralisation suivantes :

- Dans deux UOA, les demandes provenant d'une des trois communautés linguistiques (respectivement, française, néerlandophone ou germanophone) sont traitées de façon autonome par le MC de l'organisme assureur (OA) auquel l'assuré est affilié. En cas de doute, le MC peut prendre l'avis d'un ou deux MC désignés au niveau central par l'UOA.
- Dans les autres communautés linguistiques de ces UOA, et dans toutes les autres UOA, toutes les demandes sont transmises au niveau central. Dans la plupart des cas, les demandes sont examinées au niveau central par un nombre limité de MC, désignés par l'UOA (ci-après : les MC de référence). Ces MC de référence émettent un avis contraignant au MC de la mutuelle qui a reçu la demande et prend la décision formelle. Cet avis porte sur la décision positive ou négative ainsi que la formulation de la motivation de la décision, à reprendre dans le formulaire d'autorisation ou de refus. Deux UOA prennent elles-mêmes la décision au niveau central.
- Dans toutes les UOA, les MC (de référence) qui examinent le dossier peuvent s'adresser à un « MC de troisième ligne » ou à la direction médicale en cas de doute ou de problèmes d'interprétation.
- La décision finale quant à la demande est prise par le MC de la mutuelle de l'assuré.

Dans une UOA, il subsiste un doute quant au fait que les demandes sont effectivement toujours transmises au niveau national ou si elles sont malgré tout parfois traitées localement. Les interviewés de certaines UOA ont également signalé qu'ils ne savaient pas si le MC qui attribue formellement

l'autorisation suit aussi réellement l'avis contraignant. Nombre d'entre eux n'avaient encore jamais vu les formulaires de décision. Dans une seule UOA, les MC de la direction médicale (troisième ligne) exercent un contrôle post hoc sur les avis des MC de référence à l'aide d'un logiciel.

Les motifs suivants sont invoqués pour justifier la centralisation du règlement :

- la centralisation permet de centraliser les connaissances et d'assurer plus d'uniformité dans les décisions. L'on a constaté des différences trop importantes entre les décisions des MC. Avant 2013, on s'en remettait souvent au jugement du médecin référant. S'il estimait qu'il y avait impératif médical pour un traitement à l'étranger, une autorisation préalable était accordée. On ne vérifiait pas systématiquement si le traitement était repris dans la nomenclature belge, ni si le traitement était disponible en Belgique (éventuellement de l'autre côté de la frontière linguistique). De même, les demandes pour des raisons autres que strictement médicales, comme la langue ou les raisons sociales, étaient traitées avec plus de souplesse. Depuis 2013, le cadre légal est beaucoup plus clair, avec une interprétation stricte des dispositions, ce qui a eu pour effet de renforcer la complexité. D'importantes connaissances sont requises pour pouvoir évaluer les dossiers, et la matière évolue constamment.
- Au niveau local, la pression pour une décision favorable est souvent forte : insistance des patients, pression politique et pression des prestataires locaux ou étrangers. La concurrence entre mutuelles fait que l'on cède plus facilement à la pression au niveau local. Le niveau central est moins exposé à ces pressions, et les décisions peuvent donc être prises de façon plus indépendante.

**« La diversité des décisions entre les médecins-conseils
était trop importante »**

Cette centralisation et la différence de taille entre les UOA entraînent une très grande disparité entre le nombre de demandes que traite un MC (de référence). Certains traitent quelques demandes par an, d'autres le font chaque jour.

4.2. **CONCERTATION INTERMUTUALISTE : LA PLATFORME « CONVENTIONS INTERNATIONALES »**

Pour qu'il y ait concertation au sujet des demandes pour lesquelles un doute subsiste, une plateforme de concertation intermutualiste informelle a vu le jour : la plateforme « conventions internationales » (ci-après : la plateforme). Celle-ci se réunit toutes les quatre à six semaines et un ou deux MC de référence par UOA en font partie. Le consensus est recherché dans la mesure du possible. La grande majorité des demandes font l'objet d'une concertation par e-mail, entre les réunions. Des spécialistes peuvent être invités aux réunions. La plateforme traite aussi de questions spécifiques, indépendantes d'un dossier concret, par exemple d'un traitement spécifique ou de prestations de soins à l'étranger spécifiques.

Les objectifs de la plateforme sont les suivants :

- assurer un traitement plus uniforme des demandes entre les diverses UOA. Cette mesure évite également la concurrence entre les mutuelles ;
- mutualiser les connaissances en matière de réglementation et du paysage belge des prestataires de soins, par-delà les frontières linguistiques. Ceci permet d'émettre des avis mieux fondés ;
- créer une sorte de « médiprudence » : les cas et avis discutés au sein de la plateforme sont enregistrés afin que l'on puisse, par la suite, s'y référer dans un cas similaire ;
- au final, fournir des avis permettant de modifier la législation ou la nomenclature.

Les avis de la plateforme peuvent porter sur :

- des suggestions quant à des spécialistes en Belgique qui administrent probablement aussi le traitement ou des spécialistes à consulter pour une seconde opinion ;
- un code de nomenclature belge pour le traitement ;
- certains aspects insuffisamment développés dans le projet de décision.

Le recours à cette plateforme varie selon les différentes UOA. Certaines UOA de grande taille traitent la plupart des demandes en interne. Seuls des cas douteux très spécifiques sont transmis pour avis à la plateforme. Dans d'autres UOA, toutes les demandes délicates à trancher sont envoyées à la plateforme pour avis, avant décision finale. Le MC de référence prépare le dossier, rassemble les informations nécessaires et examine le cas, formule éventuellement une proposition de décision, et transmet le cas pour feedback. Généralement, les MC de référence s'informent mutuellement sur la plateforme, y compris au sujet de la suite qu'ils ont donnée à la demande.

Les membres de la plateforme réagissent très rapidement aux questions posées par e-mail. L'émetteur de la question reçoit généralement tout le feedback dans les 48 heures.

« Tout le monde aime la plateforme »

Les interviewés étaient très positifs au sujet du fonctionnement de la plateforme. Elle est efficace et rapide, a permis de rapprocher les points de vue, et les participants passent par un processus d'apprentissage commun et réciproque. La plateforme mène une réflexion sur son éventuelle formalisation (voir section problèmes et solutions).

4.3. OUTILS DE SOUTIEN

Dans la mesure où la plupart des demandes sont insuffisamment étayées pour fonder une décision, la plateforme a développé un formulaire de demande standard à compléter par le médecin référant. Ce formulaire est utilisé par six UOA sur huit. Certaines UOA ne font remplir le formulaire que si la demande est incomplète ou manque de clarté, d'autres l'utilisent systématiquement.

Le formulaire requiert des données sur :

- la problématique médicale ;
- les soins demandés ;
- le médecin et l'établissement de soins étrangers ;
- les soins post-traitement attendus ;
- les autres médecins spécialistes consultés en Belgique ;
- la disponibilité médico-technique des soins concernés en Belgique ;
- le (pseudo) code de nomenclature ;
- le motif du transfert ;
- l'insistance éventuelle du patient quant à la demande.

Les référants sont priés de joindre les rapports médicaux, les rapports des collègues et autres documents pertinents.

La plupart des UOA ont également élaboré leurs propres directives et/ou outils de soutien, tels que des arborescences décisionnelles ou des check-lists. Deux UOA ont développé un logiciel permettant l'échange systématique d'informations entre les OA et les UOA. Les centres d'expertise et les

spécialistes à l'étranger vers lesquels les patients sont régulièrement renvoyés sont également cartographiés et référencés.

4.4. MOTIFS D'AUTORISATION ET DE REFUS D'UNE DEMANDE

Si nous laissons de côté les réglementations spéciales des régions frontalières, dans la mesure où elles donnent lieu à une autorisation (plutôt administrative) sans que la demande ne doive être motivée, toutes les autorisations sont accordées sur la base de l'article 294, §1er, 2° pour les traitements dans de meilleures conditions médicales à l'étranger.

L'examen de la requête portera sur la question de savoir si la prestation :

- est reprise dans le paquet assuré belge ;
- est disponible dans un délai acceptable en Belgique ;
- peut s'effectuer dans un hôpital étranger dans de meilleures conditions médicales.

Il existe sur la plateforme une tendance à évaluer si le traitement en Belgique « n'est pas assez bon » plutôt que de voir s'il est meilleur ailleurs. Le formulaire de demande invite le médecin référant à motiver la nécessité de déroger aux soins de santé disponibles en Belgique.

Faut-il accorder une autorisation si le traitement en Belgique est « assez bon » ?

Le coût du traitement à l'étranger n'est jamais pris en compte, et aucune information n'est collectée à ce sujet. L'on ignore généralement ce que coûte un traitement à l'étranger. En principe, l'âge du patient n'est pas un critère d'évaluation. Il arrive cependant que des prestataires de soins manquent d'expertise et d'expérience, par exemple pour un traitement spécifique pour un enfant, alors qu'une expertise suffisante pour un adulte est disponible en Belgique.

Si les soins sont disponibles en Belgique dans un délai médicalement acceptable ou s'ils ne sont pas inclus dans le paquet assuré, la demande sera refusée. Les interviewés étaient unanimes pour dire qu'il n'y a pas de temps d'attente inacceptables en Belgique et qu'en cas d'urgence absolue, il est toujours possible de trouver une solution dans le pays.

Parfois, les demandes refusées portaient sur la poursuite d'un traitement auprès d'un prestataire spécifique, par exemple si le prestataire de soins avait déménagé à l'étranger ou si le patient avait subi une intervention médicale durant un séjour temporaire à l'étranger.

Il arrive que les motifs financiers jouent un rôle dans le chef du demandeur, par exemple si un supplément est facturé en Belgique pour une technique spécifique ou si un implant n'est pas remboursé en Belgique. Parfois, ces prestations sont remboursées à l'étranger. Ces demandes sont refusées.

4.5. EVALUATION DE LA DEMANDE

4.5.1. Le formulaire de demande rempli par le médecin référant constitue la base

Les informations de base pour la demande proviennent du médecin référant, d'après le formulaire standard. En règle générale, on se fie au dossier de ce médecin pour ce qui concerne l'état médical du patient, le caractère adéquat du traitement demandé et la qualité du prestataire de soins étranger. Normalement, le MC n'examine pas l'assuré, bien que cela puisse arriver. Un seul interviewé a signalé que quelques patients avaient été examinés par un MC parce qu'ils avaient tous été envoyés au même spécialiste étranger pour un même traitement.

4.5.2. Recherches complémentaires si nécessaires

Si nécessaire, le MC (de référence) collecte des informations supplémentaires sur d'autres aspects, ou contre-vérifie les informations fournies. La mesure dans laquelle le MC (de référence) fait ses propres recherches dépend d'une part de la qualification du médecin référant et, de l'autre, de la nature du dossier de demande. Si elle provient d'un spécialiste réputé travaillant dans un hôpital universitaire, il se fiera en principe à son jugement. La plateforme a choisi de ne pas demander systématiquement de deuxième avis dans le dossier de demande, mais le MC peut le faire. Si la demande provient d'un médecin travaillant dans un hôpital périphérique, il examinera plus minutieusement si tous les critères de la demande sont remplis, et demandera généralement au référant d'ajouter un second avis d'un spécialiste d'un centre universitaire. Le MC (de référence) peut aussi demander par lui-même un avis (seconde opinion) à un spécialiste pour certains aspects du dossier.

Souvent, les patients sont envoyés dans les mêmes centres d'expertise étrangers. Les demandes de traitement dans un centre pour lequel une requête antérieure a déjà été approuvée sont plus rapidement traitées.

4.5.3. Analyse critique de la demande souvent indiquée

Il existe plusieurs raisons pour soumettre la demande du spécialiste référant à une analyse critique. La concurrence entre les établissements de soins en Belgique constitue un incitant pour renvoyer des patients à l'étranger. Plusieurs répondants ont signalé que certains médecins préfèrent envoyer des patients à l'étranger que chez un prestataire concurrent ou un hôpital concurrent en Belgique. L'on rechigne souvent à envoyer des patients dans un établissement de soins de l'autre côté de la frontière linguistique, et les patients préfèrent souvent être soignés dans leur propre langue à l'étranger que dans une autre langue dans leur propre pays. Pour les médecins, il est souvent difficile d'admettre qu'ils n'ont pas l'expertise nécessaire pour un traitement donné, mais que cette expertise est présente dans un autre hôpital belge. Il peut alors être plus simple de renvoyer au « superspécialiste » à l'étranger. Certains spécialistes renvoient à des collègues à l'étranger au sein de leur propre réseau : des centres où ils ont suivi une formation ou des spécialistes rencontrés à un congrès. Souvent, on renvoie aussi à des prestataires de soins étrangers qui ont acquis une notoriété parce qu'ils se sont consacrés à une approche spécifique, alors que le traitement qu'ils proposent n'est pas nécessairement basé sur des preuves. Parfois, les patients échangent des informations sur un prestataire qui utiliserait une méthode innovante.

4.5.4. Sources d'information pour l'enquête

Afin de vérifier si le traitement est disponible en Belgique dans un délai médicalement acceptable et s'il existe en Belgique une expertise suffisante pour le cas concerné, le réseau personnel des MC (de référence) est important. Des contacts téléphoniques sont pris avec des amis spécialistes, pour demander si et où le traitement est administré en Belgique et dans quel délai. Grâce à la centralisation des décisions au sein des UOA et à la fonction consultative de la plateforme, les réseaux de plusieurs MC et de plusieurs UOA fusionnent, ce qui permet de contacter des spécialistes de manière plus ciblée. Plusieurs interviewés signalent également que grâce à la plateforme, ils se voient suggérer des noms de spécialistes de l'autre côté de la frontière linguistique, où ils ont moins de contacts. Un MC de référence a également donné l'exemple d'un cas pour lequel le comité de direction des centres d'expertise belge a été consulté pour une affection donnée.

« Vous ne pouvez pas faire cela ? »

Il arrive que l'on fasse appel à ces réseaux pour évaluer l'expertise du spécialiste étranger. L'on peut demander un avis à un spécialiste belge quant à l'expertise pour un problème donné dans un établissement étranger spécifique. Parfois, on cherche le CV du prestataire étranger et on consulte ses publications scientifiques. Cela peut entraîner des questions supplémentaires au médecin référent. Il arrive aussi que l'on demande au prestataire étranger de démontrer son expertise. L'on recherche aussi sur internet des informations au sujet de l'établissement de soins vers lequel le patient est renvoyé, par exemple si l'on suppose que c'est un lieu de cure.

Souvent, des demandes sont émises pour un traitement à très court terme (« demain à Paris »). Dans une telle situation, le MC (de référence) prend parfois contact lui-même avec le spécialiste étranger pour lui demander son avis.

Pour pouvoir décider s'il faut remettre un S2 ou un formulaire ad hoc, l'on demande au médecin référant si le prestataire étranger est ou non intégré dans le système public. Les MC de référence signalent qu'il n'est pas toujours facile de déterminer si les médecins travaillent ou non dans le système public. Les médecins des institutions publiques travaillent aussi parfois dans le domaine privé pour des patients étrangers, et à l'inverse, il existe des établissements privés qui acceptent un S2.²⁸ Il arrive que l'on demande à une mutuelle étrangère si le prestataire fait partie du système public, ou que l'on cherche sur internet si l'établissement est une clinique privée, où le patient devra peut-être payer une participation personnelle élevée.

Selon différents répondants, déterminer si l'intervention est reprise dans la nomenclature constituait l'aspect le plus complexe de l'évaluation. Si la procédure médicale appliquée à l'étranger n'est pas exactement la même que celle qui est utilisée d'ordinaire en Belgique, il peut être difficile d'évaluer si le traitement existe dans le paquet assuré belge. Pour un code de nomenclature très général, qui définit plutôt pour quelle affection un traitement est remboursé, il est relativement simple d'évaluer si la prestation en fait partie.

(28) Pour une analyse détaillée des difficultés à distinguer les prestataires publics et privés dans les Etats membres de l'UE, voir Commission européenne (2017).

Mais si le code de nomenclature décrit une procédure ou une technique médicale spécifique et que la technique à l'étranger ne correspond pas exactement à la description de la nomenclature, l'évaluation est plus difficile. Selon certains MC de référence interviewés, une demande ne peut être approuvée que si le traitement est exactement identique à la description de la nomenclature. Selon d'autres, tout dépend de la mesure dans laquelle la technique diffère : s'agit-il d'un seul détail au sein d'un ensemble, ou d'une technique entièrement neuve ? Les implants doivent figurer sur la liste belge. Mais si un implant différent de celui qui figure sur la liste belge est utilisé dans le cadre d'un traitement, certains affirment que le traitement global peut être remboursé. Il est aussi possible de vérifier si une procédure en Belgique est appliquée de facto et sous quel code de la nomenclature elle sera alors facturée (par exemple si la prestation décrite dans la nomenclature a évolué suite à des développements scientifiques). En cas de doute, la demande est présentée à la plateforme, et l'on cherche un consensus. La plateforme peut évaluer si une prestation est une variante d'une prestation reprise dans la nomenclature, ou demander l'avis d'un spécialiste belge à ce sujet. Il arrive aussi que le groupe de travail « interprétation de la nomenclature » du Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI soit consulté. Le CTM est compétent pour formuler des propositions de modification de la nomenclature des prestations médicales. Le groupe de travail « interprétation » peut indiquer si la prestation figure dans la nomenclature et quel code peut être utilisé.

De nombreuses demandes concernent des traitements dont l'action est insuffisamment démontrée. Le médecin référant lui-même signale régulièrement qu'il s'agit d'une prestation expérimentale. Il n'est pas toujours facile d'évaluer de telles demandes. Souvent, il s'agit d'une nouvelle technique, parfois prometteuse, dont les spécialistes belges estiment qu'il est encore trop tôt pour l'appliquer. Les patients qui font du shopping trouvent quant à eux un prestataire disposé à l'envoyer à l'étranger. S'il existe une supposition qu'il s'agit d'une prestation expérimentale, le MC (de référence) vérifie dans quelle mesure elle est basée sur des preuves dans la littérature scientifique. Il consulte également des spécialistes belges, éventuellement sur la suggestion de la plateforme. Ces demandes proviennent généralement d'assurés présentant des affections lourdes. Si l'on estime en Belgique que poursuivre le traitement est inutile, ils mettent leur dernier espoir dans un traitement expérimental à l'étranger (De Morgen, 2017). Le formulaire de demande vérifie si la demande a lieu à l'insistance du patient ou à l'initiative du médecin référant.

Dans le premier cas, c'est souvent une indication qu'il s'agit d'une procédure médicale qui est encore insuffisamment évaluée sur le plan scientifique, et dont le patient aura par exemple eu connaissance par internet.

4.6. DELAI DE DECISION

Tous les répondants ont souligné que les demandes sont traitées très rapidement. Souvent les rendez-vous dans le centre de traitement étranger sont déjà pris avant que la demande ne soit remise à la mutuelle. On se trouve rarement dans un cas d'urgence médicale.

Dans la plupart des UOA, les dossiers sont traités chaque jour ou du moins plusieurs fois par semaine. Si le demandeur doit fournir des informations supplémentaires, le délai est interrompu. La plateforme fournit elle aussi des avis très rapidement. Le délai maximal de 45 jours pour une autorisation ou un refus n'est que rarement dépassé, voire jamais, et l'on reste largement en-deçà de ce délai dans la quasi-totalité des cas.

« Les mutuelles sont derrière pour que cela aille vite »

4.7. RENVOI POUR FINANCEMENT PAR LE FONDS SPECIAL DE SOLIDARITE

Les MC de référence peuvent transférer les demandes de traitement ne figurant pas dans la nomenclature belge au Collège des médecins-directeurs afin d'examiner si la demande entre en ligne de compte pour un remboursement par le Fonds spécial de solidarité (FSS). Mais les critères de ce type de remboursement ne sont généralement pas remplis. Les demandes de financement des frais de transport sont souvent envoyées au Collège.

4.8. REGLEMENTATIONS POUR LES REGIONS TRANSFRONTALIERES

Dans la plupart des UOA, ce sont les mutuelles qui traitent d'un bout à l'autre les demandes de soins à l'étranger pour les assurés qui bénéficient de règlements spéciaux dans les régions frontalières. Ces décisions ne sont pas centralisées.

Pratiquement tous les interviewés étaient très critiques vis-à-vis des réglementations spécifiques des régions frontalières, et estimaient qu'elles créent une discrimination injustifiée entre les assurés qui peuvent en faire usage et les autres. Selon eux, il est aussi fait usage de ces réglementations pour contourner le paquet assuré belge, les contributions propres et les dispositions

relatives à l'autorisation préalable. Pour la majeure partie des assurés, la réglementation est très stricte, tandis que ceux qui résident dans les régions frontalières bénéficient d'un régime de faveur. Plusieurs répondants estimaient que les habitants de la Communauté germanophone sont particulièrement privilégiés. Dans cette communauté, le critère linguistique est par exemple accepté comme motif d'autorisation de soins à l'étranger.

Il a également été signalé que ces réglementations rendent les applications désespérément complexes. « Pour certaines réglementations frontalières (règle des 15/25 km), il faut prendre un mètre pour voir qui y a droit ou pas ». Plusieurs interviewés signalent que la communauté germanophone n'acquiert plus d'expertise parce que les patients peuvent trop facilement partir se faire soigner à l'étranger.

***« Il faut prendre un mètre pour voir qui a droit au
remboursement ou pas »***

Les OA qui sont actifs dans la région frontalière sont sous pression : les patients affirment que « la concurrence » leur donne, elle, l'autorisation. Les réglementations des régions frontalières créent aussi des attentes pour les assurés hors de ces régions, et accroissent la pression sur les MC pour qu'ils accordent aussi à d'autres assurés l'autorisation de se faire traiter à l'étranger.

Certains répondants ont signalé qu'il n'y a que très peu de contrôle sur la conformité des autorisations accordées dans le cadre de ces réglementations, qu'il n'existe aucune transparence à leur sujet et que le contrôle post-hoc est quasi inexistant. Certaines UOA « n'ont pas la moindre idée de ce qui se passe sur le terrain ». De même, le fait que l'INAMI ne soit qu'à peine impliqué dans les projets des régions frontalières et soit insuffisamment informé de ce qui s'y passe est perçu comme un problème. Ils doutent fortement que les autorisations de soins à l'étranger des régions frontalières soient soumises à une vérification stricte du fait que la prestation soit bien reprise dans le paquet assuré belge. Ces assurés peuvent faire du shopping à l'étranger si le remboursement d'une prestation donnée est soumis à des restrictions en Belgique. De ce fait, le paquet assuré belge est de facto élargi, et ces personnes bénéficient d'un double paquet : l'allemand et le belge.

« Certaines UOA n'ont pas la moindre idée de ce qui se passe sur le terrain ».

Un interviewé a émis la formulation suivante : « On construit des annexes, mais sans jamais rien démolir : la vieille législation continue d'exister. Certaines dispositions sont complètement obsolètes, mais on continue à les utiliser. Par exemple, la réglementation des 15-25 km.

Dans le cadre de ces accords, il arrive souvent que des prestataires étrangers renvoient les patients vers des établissements de soins hors de la zone où ils ont accès aux soins. C'est ainsi que les réglementations existantes sont contournées. »

4.9. PROBLEMES ET SOLUTIONS

4.9.1. Complexité

Depuis 2013, les conditions de délivrance d'une autorisation préalable sont décrites plus clairement et sont strictement appliquées, ce qui rend le traitement des demandes très complexe. Chaque demande est spécifique et doit être examinée « sous toutes les coutures » avant de pouvoir prendre une décision. Des MC de référence qui analysent des dossiers chaque jour ont eux aussi signalé que cela reste du tâtonnement pour eux, qu'ils ne sont jamais certains de leur fait. La multitude de réglementations pour la revalidation, les Cantons de l'Est, l'IZOM, les ZOAST, Transcart, la règle des 15/25 km, les essais cliniques... rendent tout cela très obscur.

« Je ne suis jamais certain de mon fait »

Plusieurs répondants ont trouvé que les directives de l'INAMI et certaines dispositions de l'article 294 de l'AR du 3 juillet 1996 sont très difficiles à comprendre. Selon eux, même l'INAMI n'a bien souvent pas de réponse claire aux questions spécifiques concernant l'application des règles.

Comme il est fréquent que des demandes qui auraient été acceptées jadis ne le soient plus aujourd'hui, de plus en plus de patients font appel de la décision auprès d'un tribunal du travail. Chez une UOA, en 2015, près de 1 % des refus d'autorisation préalable a fait l'objet d'un recours. Les décisions sont encore

très rares, mais selon les interviewés, le tribunal donne très souvent raison au patient. Habituellement, les patients qui saisissent le tribunal sont plutôt aisés.

Il a été suggéré que les juges ne connaissent pas toujours suffisamment la réglementation, voire qu'ils ne consultent pas la législation. Une décision retient par exemple la distance la plus courte par rapport au prestataire étranger (15 km au lieu de 120 km comme critère de « meilleures conditions médicales ». L'on a aussi mentionné qu'il existe une jurisprudence dans laquelle la situation psychosociale du patient intervient dans les considérants.

4.9.2. Applicabilité

Plusieurs répondants estimaient que le système ne fonctionne pas correctement à l'heure actuelle. La législation relative à la revalidation et les réglementations des régions frontalières sont pour eux particulièrement problématiques. Par ailleurs, selon eux, le concept de « temps d'attente médicale acceptable » est difficilement applicable en Belgique : il n'existe pas d'instruments pour mesurer ces temps d'attente. Dans le même ordre d'idées, les résultats des interventions ne sont pas évalués, et il est donc difficile de dire si l'expertise est supérieure à l'étranger. C'est pourquoi les MC continuent bon gré mal gré à se fier aux propos du médecin référant et à la décision rendue dans un premier dossier pour les demandes similaires ultérieures.

4.9.3. Les médecins-conseils sont sous pression

Certains MC de référence signalent qu'il n'est pas facile de « garder à l'œil » tous les MC ni de faire passer la nouvelle approche. Pendant des années, les MC ont travaillé autrement, de manière moins stricte, et ils sont directement en contact avec le patient. C'est pourquoi ils sont plus enclins à adhérer à son histoire. Les répondants de grandes UOA où les décisions sont centralisées expriment leur préoccupation que les UOA de plus petite taille et celles où les décisions ne sont pas centralisées ont plus de mal à appliquer strictement la réglementation, à cause de cette pression que subissent les MC et de la complexité de la matière.

Certains établissements commerciaux étrangers ou médecins qui travaillent dans des hôpitaux privés à l'étranger menacent de saisir la justice si le patient n'obtient pas d'autorisation pour se faire traiter chez eux. Certains encouragent aussi le patient à prendre des mesures juridiques, avec un soutien juridique fourni par l'établissement de soins. On a signalé quelques cas de filières pour

un traitement spécifique auprès d'un prestataire spécifique à l'étranger, et de recrutement agressif de la part d'un centre de soins commercial à l'étranger.

Si tous les OA n'appliquent pas la réglementation avec la même rigueur, la porte est ouverte à des précédents que tant les patients que les prestataires étrangers pourront exploiter au cours des procès. C'est pourquoi de nombreux interviewés plaident pour une centralisation des demandes pour toutes les UOA, et éventuellement une centralisation supplémentaire dans la plateforme. Si un prestataire ou un patient veut vraiment jouer le jeu du procès, une « solution pragmatique » pourrait parfois être trouvée.

4.9.4. Manque de connaissances de la réglementation parmi les prestataires de soins

Selon les interviewés, de nombreux médecins référants connaissent insuffisamment la réglementation. Ils présument trop souvent et de manière trop évidente que si une prestation n'existe pas en Belgique, on peut renvoyer à l'étranger. Ils pensent qu'il leur suffit de remplir le formulaire, et c'est ainsi qu'ils présentent les choses au patient. Souvent, les rendez-vous avec le prestataire étranger sont déjà pris avant que le patient n'introduise sa demande.

Certains spécialistes référants de centres universitaires comprennent mieux le système de demandes et les critères, surtout depuis que les référants doivent compléter le questionnaire.

4.9.5. Propositions formulées

a. Mieux définir les « meilleures conditions médicales »

Il a été suggéré de mieux définir les « meilleures conditions médicales » dans l'AR du 3 juillet 1996 pour éviter que les tribunaux décident de leur interprétation.

Certains estiment qu'il faut davantage tenir compte de la réalité du besoin de soins à l'étranger. Il faudrait pouvoir refuser une autorisation si les soins de base sont suffisants en Belgique. Ils estiment qu'il ne faut pas nécessairement accorder une autorisation pour « les meilleurs soins possibles ». Certains se disent préoccupés du fait que le remboursement des soins à l'étranger prodigués avec un meilleur encadrement du personnel ou du matériel plus coûteux entraîne la dilution du paquet assuré belge. En utilisant les dispositions

relatives aux « meilleures conditions médicales », on esquive les restrictions de la nomenclature belge.²⁹

Quelques exemples illustrant la zone de tension entre « meilleurs soins possibles » et « bons soins » :

- Les diverses prestations pour le traitement de cas très lourds d'œdèmes lymphatiques sont disponibles en Belgique. Or, un centre de soins étranger propose une cure avec drainage lymphatique et support pour les soins autonomes. De plus, les patients reçoivent du matériel de soins (bandages) pour une année entière, et ce matériel est plus coûteux que celui utilisé en Belgique, alors que le remboursement est limité en Belgique. C'est un motif important incitant les patients à demander une approbation de traitement dans un tel centre. Si les mêmes ressources sont mises à disposition en Belgique pour ces soins, le traitement en Belgique est tout aussi bon.
- Les centres à but lucratif de traitement des assuétudes à l'étranger, avec un meilleur encadrement, de meilleures infrastructures hôtelières, et plus attentifs à l'intégration par le travail auraient un pourcentage de réussite plus élevé que les centres belges.
- Parfois, les soins à l'étranger sont mieux structurés ou intégrés, ou l'expertise est plus centralisée. Il existe des cliniques pour des traitements spécifiques alors que la même pathologie est traitée en Belgique sans qu'une équipe ne s'y consacre spécifiquement.

Il a aussi été suggéré d'objectiver l'expertise « suffisante » ou « minimale nécessaire » du prestataire. « Plus » d'expérience n'est pas un critère en soi. Il a aussi été estimé souhaitable de développer des instruments pour définir le « délai raisonnable » dans lequel les soins sont disponibles en Belgique et mesurer la qualité des soins.³⁰

(29) Des questions similaires quant au droit d'accès aux « soins adéquats » ou aux « meilleurs soins possibles » ont fait l'objet de l'arrêt Petru, C-286/13. Pour une discussion sur les implications de cet arrêt pour les systèmes de santé, voir Frischhut et Fahy (2016).

(30) Une étude réalisée à la demande de la Commission européenne a permis de constater que la plupart des Etats membres de l'UE appliquent une définition des temps d'attente acceptables et fournissent des informations en ligne sur les temps d'attente moyens par traitement (Commission européenne, 2015).

b. Supprimer une grande partie des accords dans les régions transfrontalières

En règle générale, les répondants sont favorables au fait de supprimer une grande partie des accords dans les régions frontalières et d'appliquer la même réglementation à tous. Certains émettent des réserves :

- les accords pour les traitements spécifiques pour lesquels les patients devraient voyager trop loin s'ils ne peuvent plus en bénéficier à l'étranger ;
- les soins de santé mentale pour les patients de la Communauté germanophone, étant donné que la langue est un aspect important pour la qualité des traitements dans ce type de soins.

D'autres ont observé que des allophones hors de la Communauté germanophone n'ont pas non plus le droit de se faire traiter dans leur propre langue à l'étranger.

c. Poursuivre la centralisation des décisions

La plupart des répondants étaient partisans d'une centralisation des décisions relatives aux demandes au niveau de l'UOA ou, mieux encore, de la plateforme. En effet, les MC sont vulnérables aux pressions et les décisions ont un impact sur le paquet assuré belge.

La demande d'officialisation de la plateforme est partagée par toutes les UOA, même si de nombreuses questions entourent encore cette éventuelle formalisation.

5. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Nous avons, par la présente étude, souhaiter examiner comment les diverses procédures de délivrance d'une autorisation préalable sont appliquées dans la pratique au sein des diverses mutuelles.

Nous avons constaté que la grande majorité des autorisations sont accordées dans le cadre des réglementations spécifiques dans les régions frontalières.

Les autorisations accordées pour un traitement au motif de « meilleures conditions médicales » à l'étranger ne constituent qu'une petite fraction du total³¹. Selon nos répondants, les autres raisons possibles pour la délivrance d'une autorisation n'ont jamais été invoquées.

Les autorisations sont donc presque exclusivement accordées sur la base de la législation nationale plutôt qu'en vertu du droit européen. Nous pouvons donc nous demander si l'affirmation d'un des répondants, selon laquelle « notre modèle social est en danger à cause de ce que la réglementation européenne nous impose » est correcte. La compétence pour garantir la cohérence entre les réglementations incombe à l'autorité belge, non pas européenne.

La législation européenne joue néanmoins un rôle dans la manière dont les coûts des soins sont remboursés à l'étranger, du moins pour les soins de santé prodigués au sein de l'Union européenne.

Il est paradoxal que ce soit précisément la transposition de la directive UE portant sur les soins transfrontaliers, qui a pour but d'élargir la liberté de choix des patients, qui ait entraîné une révision en profondeur de l'application du cadre législatif existant pour donner lieu à un rétrécissement des marges d'interprétation et à une application stricte des conditions.

C'est toutefois conforme aux constatations dans d'autres Etats membres. Les analyses nationales relatives à la transposition de la directive concluent en effet que les autorités nationales ont compensé les éventuels risques de déstabilisation liés à l'application des principes de la libre circulation en transposant la directive et la jurisprudence de la manière la plus restrictive possible dans leurs législations nationales (Vollaard, 2017; Greer et Rauscher, 2011; Kowalska-Bobko et al., 2016; Obermaier, 2009).

(31) Sur la base de l'article 294, §1er, 2° de l'arrêté royal du mercredi 3 juillet 1996.

Même des pays où la promotion de la liberté du choix du prestataire de soins est une priorité politique, comme le Royaume-Uni, n'ont pas utilisé ladite directive pour élargir la liberté de choix des patients (Greer et Rauscher, 2011).

Dans notre enquête sur la Belgique, nous constatons une régularisation des pratiques, autrefois appliquées par les MC individuels. La crainte de procès et la nécessité de transparence et de critères plus objectifs ont déterminé dans une large mesure ces développements.

Cette évolution a entraîné la mise en marche d'une machine à évaluer, avec une forte tendance à la centralisation. Dans ce processus, le rôle des directions médicales des OA gagne sans cesse en importance, et l'évaluation des demandes de soins à l'étranger est devenue un élément important de leurs tâches. Cette tendance à la centralisation de l'expertise et des décisions d'autorisation préalable de soins dans un autre Etat membre, visant à garantir plus d'uniformité dans les décisions se manifeste aussi dans d'autres pays (République française, 2016).

La plupart, voire la totalité, des MC de référence interviewés évaluaient les dossiers de manière très approfondie. Mais il reste d'énormes disparités entre les UOA quant au nombre de dossiers que les MC (de référence) traitent. Certains n'en traitent que quelques-uns par an, d'autres plusieurs par jour. Cet état de fait a des conséquences pour la connaissance qu'ils acquièrent et a sans aucun doute un impact sur la qualité de l'évaluation et de la décision.

La plupart des interviewés étaient bien conscients de la zone de tension entre d'une part l'intérêt du patient et de l'autre l'intérêt collectif pour :

- ne pas vider de sa substance le périmètre du paquet d'assurances belge ;
- ne financer à l'aide des deniers publics que les traitements suffisamment évalués du point de vue scientifique ;
- ne pas créer de dichotomie dans le système de soins de santé entre les patients ayant suffisamment de ressources financières, qui peuvent se permettre de suivre un traitement à l'étranger, et les autres, et
- acquérir suffisamment d'expérience dans leur propre pays.

Pourtant, les interviewés sont également confrontés à la difficulté de tenir simultanément compte de la spécificité de chaque cas individuel et de la nécessité d'appliquer des critères objectifs et mesurables. Il en découle d'une part une demande d'instruments supplémentaires pour mesurer les temps d'attente, l'expertise et la qualité, et d'autre part une demande pour

plus de souplesse pour les affections graves non potentiellement mortelles et l'application de critères sociaux.

En dépit de la tendance à la centralisation, la plupart des MC de référence n'avaient que peu de visibilité sur les décisions finales et la manière dont elles étaient communiquées aux patients. L'on se fait au fait que toutes les demandes arrivaient au niveau central et que l'avis contraignant était suivi, mais sans certitude. Sachant que la compétence décisionnelle est légalement attribuée aux MC, il est sans doute difficile d'aller plus loin dans le contrôle.

La concurrence dans le régime de soins belges, entre mutuelles mais aussi entre hôpitaux, accroît la pression favorisant l'autorisation du remboursement de soins à l'étranger. Les hôpitaux et les médecins hospitaliers renvoient parfois trop facilement à l'étranger plutôt que vers un prestataire concurrent belge. Les mutuelles sont sous pression pour autoriser un traitement à l'étranger, par crainte que les assurés ne passent à la concurrence. Dans cet environnement concurrentiel, il est judicieux que l'on ait explicité le cadre légal et renforcé le contrôle de son application, notamment en centralisant les décisions d'autorisation préalable.

Le fait que presque tous les répondants demandent à l'unanimité que la barre soit mise au même niveau pour tout le monde s'inscrit dans le même souhait d'une application plus uniforme de la législation. Si l'apparition de ces réglementations dans les régions frontalières résulte dans une large mesure de la concurrence entre les mutuelles et les prestataires de soins dans le système de soin belges (Glinos et al., 2006 ; Kiasuwa et Baeten, 2013), ces mêmes mutuelles, à un niveau plus central, sont demandeuses de la suppression d'une bonne partie de ces réglementations. Cette question est induite par le souci de ne pas créer de discrimination entre assurés, et de ne pas vider le paquet assuré belge de sa substance. Une objectivation plus poussée des critères d'autorisation des soins à l'étranger et de rendre l'approche plus cohérente pour toute la population, y compris les régions frontalières, semble indiquée. Les réglementations dans les régions frontalières qui ne sont pas basées sur des besoins spécifiques rendent plus difficile de justifier le refus d'autorisations préalables dans le reste du pays vis-à-vis des assurés, des tribunaux et au final de la Cour de Justice de l'UE. Un meilleur contrôle sur l'application des règles dans les régions frontalières semble également souhaitable.

Le recrutement agressif par certains centres à but lucratif de soins à l'étranger dont nous avons fait état requiert une attention particulière. Bien que de telles

pratiques semblent constituer l'exception à l'heure actuelle, il existe un risque de précédent. Il est important que tous les MC adoptent la même attitude vis-à-vis des demandes de soins dans ce type de centres.

Enfin, si l'on souhaite mieux définir la législation relative aux « meilleures conditions médicales » et mieux tenir compte de la question de savoir s'il existe un réel besoin de se faire soigner à l'étranger, il serait peut-être bon de reprendre la formulation des arrêts de la Cour de Justice de l'UE (CJUE) dans la législation belge. La Cour a stipulé à diverses reprises que « l'institution compétente est tenue de délivrer à l'assuré social l'autorisation nécessaire à la prise en charge du coût de ce traitement lorsque le traitement alternatif pouvant être prodigué en temps opportun dans l'Etat membre de sa résidence ne présente pas le même degré d'efficacité. »³² Cette formulation semble parfaitement répondre aux préoccupations de la logique sous-tendant les dispositions relatives aux « meilleures conditions médicales ». Il est donc quelque peu étonnant que cette disposition ne soit reprise ni dans le Règlement ni dans la Directive. Elle pourrait être complétée par « conformément à l'état de la science médicale internationale », comme l'indique la réglementation de plusieurs de nos voisins basée sur l'arrêt Smits et Peerbooms.

(32) Voir les arrêts Müller-Fauré et Van Riet, C385/99 ; Smits et Peerbooms, C-157/99 ; Inizan, C56/01 ; Watts, C-372/04 et Elchinov C-173/09.

6. BIBLIOGRAPHIE

Baeten, R. et Ghailani, D., Geplande geneeskundige zorg in het buitenland: Toestemmingen verleend door de Belgische ziekenfondsen, *OSE Paper Series*, Research Paper n° 31, novembre 2016, 57 p., 2016.

Commission européenne, *Analytical report 2016 on access to healthcare in cross-border situations*, Fresco report, Strban, G. et al., 101 p., 2017.

Commission européenne, *Final report - Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU)*, Rapport établi par KPMG Advisory Spa, Technopolis Group, empirica GmbH, 28 mai 2015.

De Mars, B. et al., *Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (CFE), CFE Reports 169A. D/2011/10.273/71, 180 p., 2011.

De Morgen, Als alleen nog het buitenland soelaas biedt. Hoe ver moeten we gaan in begeleiding van ongeneeslijk zieke Belgen?, *De Morgen*, 31 août 2017.

Frischhut, M. et Fahy, N., Patient Mobility in Times of Austerity: A Legal and Policy Analysis of the Petru Case, *Eur J Health Law*, 2016, 23(1), pp. 36-60. 2016.

Glinos, I. A., Baeten, R. et Boffin, N., Cross-border contracted care in Belgian hospitals, in Rosenmöller, M., McKee, M. et Baeten, R. (éds.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen, World Health Organization, pp. 97-118, 2006.

Greer, S.L. et Jarman, H., Managing risks in EU health services policy: Spot markets, legal certainty and bureaucratic resistance, *Journal of European Social Policy*, 22(3), pp. 259-272, 2012.

Greer, S.L. et Rausche, S., Destabilization rights and restabilization politics: Policy and political reactions to European Union healthcare services law, *Journal of European Public Policy*, 18:2, mars 2011, pp. 220-240, 2011.

Jorens, Y., De Schuyter, B. et Salomon, C., *Naar een rationalisatie van de EG-Coördinatieverordeningen inzake sociale zekerheid*, Gand, Academia Press, 2005.

Kiasuwa, R. et Baeten, R., Strategic positioning and creative solutions: French patient flows to hospitals and polyclinics in the Belgian Ardennes (Belgium–France), in Glinos, I. et Wismar, M. (éds.), *Hospitals and borders: Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*, Copenhague, WHO Organisation, 2013, pp. 51-74, 2013.

Kowalska-Bobko, I., Mokrzycka, A., Sagan, A., Włodarczyka, C. et Zabdyr-Jamróza, M., Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad?, *Health Policy*, volume 120, n° 11, novembre 2016, pp. 1233-1239, 2016, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.07.011>.

Obermaier, A. J., *The End of Territoriality: The Impact of ECJ Rulings on British, German, and French Social Policy*, Aldershot, Ashgate, 2009, 234 p. 2009.

Pacolet, J. et De Wispelaere, F., *Planned cross-border healthcare*, PD S2 *Questionnaire*, Network Statistics FMSSFE, Commission européenne, juin 2014, 29 p. 2014.

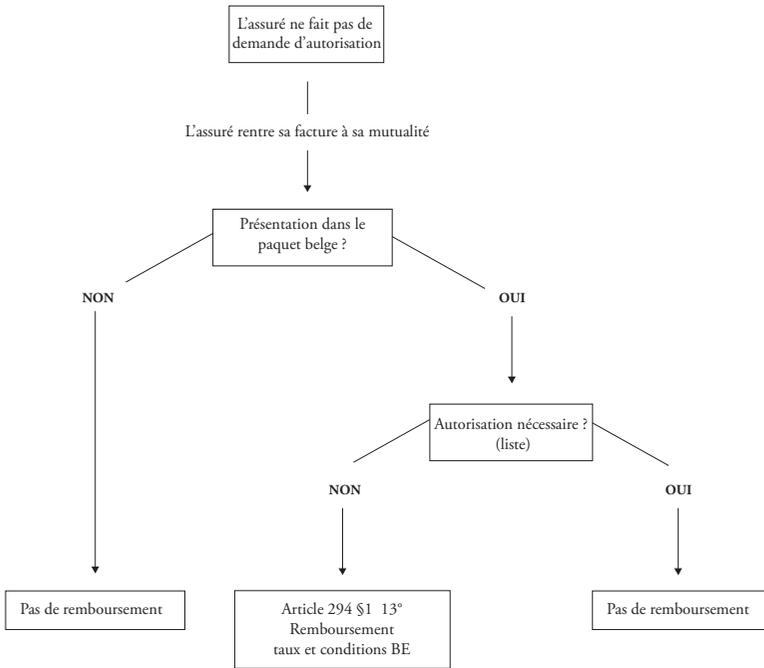
République française, *Revue des dépenses, Les soins à l'étranger des assurés sociaux* IGAS, Rapport n° 2015-170R - IGF n° 2015-M-096, établi par Caussat, L., Martin Saint Léon, V. et Vachey, L., 2016.

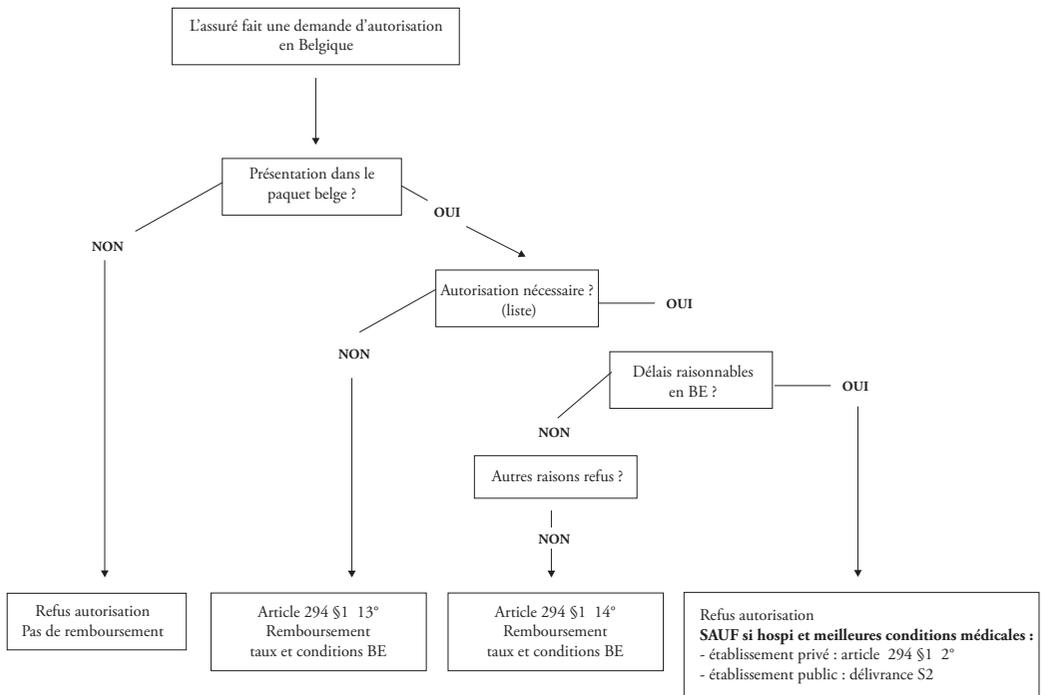
Vollaard, H., Patient mobility, changing territoriality and scale in the EU's internal market, *Comparative European Politics*, volume 15, n° 3, mai 2017, publié en collaboration avec Palgrave Macmillan, pp. 435-458, 2017.

7. ANNEXES

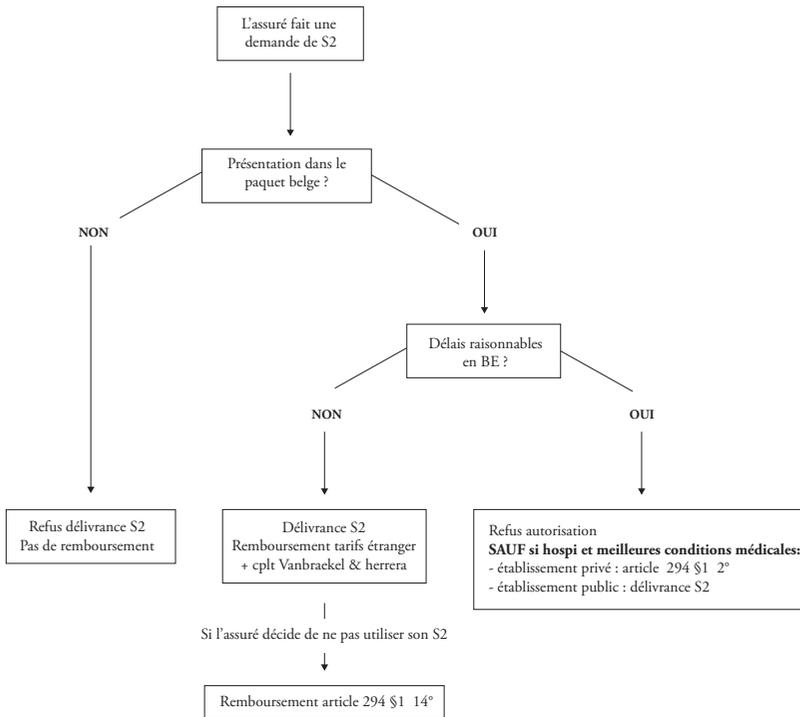
ANNEXE 1 : ARBRES DECISIONNELS POUR LES SOINS PROGRAMMES A L'ETRANGER

SCHEMA 1 : SOINS PROGRAMME : ASSURE BELGE ET MEMBRES DE LA FAMILLE VIVANT EN BE, DIRECTIVE 2011/24/UE





SCHEMA 2 : SOINS PROGRAMME : ASSURE BELGE ET MEMBRES DE LA FAMILLE VIVANT EN BE, REGLEMENT (UE) 883/04 ART. 20



Source : INAMI, Eclaircissements concernant l'accès et le remboursement des interventions médicales dispensées dans un autre état membre de l'Union européenne, soit pendant un séjour temporaire soit lors de soins planifiés, suite à la transposition de la Directive 2011/24/EU du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en cas de soins de santé transfrontaliers, version du 30 avril 2014.

ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PROGRAMMÉS À L'ÉTRANGER

	Règlements (CE) 89/269 et 98/7209	Directive 2011/24/UE	« Meilleures conditions médicales »	Revalidation fonctionnelle	Revalidation fonctionnelle l'Est	Règle des 15/25 km	Régions frontalières de l'arrondissement de Luxembourg et France	Soins de santé sans frontières dans l'arrondissement Meuse-Rhin	Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOST)	Femmes enceintes
Couverture d'assurance d'application	Belge	Belge	Belge	Belge	Belge	Belge	Belge	Du pays de prestation	Du pays de prestation	Avec S2 : du pays de prestation Avec formulaire ad hoc : Belge
Prestations prises en compte	Toutes les prestations	Toutes les prestations	hospitalisation	Revalidation fonctionnelle	Revalidation fonctionnelle	Hospitalisation ou dialyse	Médecine spécialisée, obstétrique, soins hospitaliers, arr dentaire, prestations pharmaceutiques	Prestations ambulatoires spécialisées et, dans le suivi de ce traitement les médicaments prescrits, dispositifs médicaux, et soins hospitaliers	Toutes les prestations	Accouchement
Base juridique	Applicable directement	Art. 294 § 1, 13 ^e et 14 ^e , AR 3/7/1996	Art. 294 § 1, 2 ^e , AR 3/7/1996	Art. 294 § 1, 8 ^e , AR 3/7/1996	Règlement CE et circulaire OA 2015/391	Art. 294 § 1, 7 ^e , AR 3/7/1996	Art. 294 § 1, 9 ^e , AR 3/7/1996	Accord de coopération Euregio Meuse-Rhin, ratifié par le Comité de l'assurance	Accord-cadre relatif aux soins de santé transfrontaliers entre la Belgique et la France, et convention ZOST individuelle ratifiée par le Comité de l'assurance	Interprétation lors de la 254 ^e séance de la Commission administrative

TABLE DES MATIERES

**ET SI LES SOINS HOSPITALIERS POUVAIENT ETRE ADMINISTRES DANS DE MEILLEURES
CONDITIONS MEDICALES A L'ETRANGER ?
ENQUETE SUR LES AUTORISATIONS PREALABLES ACCORDEES PAR LES MUTUELLES
BELGES**

INTRODUCTION	51
1. LE CADRE LEGAL	55
1.1. LE DROIT EUROPEEN	55
1.2. LEGISLATION NATIONALE	56
2. L'AUTORISATION DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER EN CHIFFRES	61
3. REGLEMENTATIONS DANS D'AUTRES ETATS MEMBRES DE L'UE	64
4. REGLEMENT DES DEMANDES DANS LES ORGANISMES ASSUREURS	65
4.1. PROCEDURE INTERNE : TENDANCE A LA CENTRALISATION DES DECISIONS	65
4.2. CONCERTATION INTERMUTUALISTE : LA Plateforme « CONVENTIONS INTERNATIONALES »	67
4.3. OUTILS DE SOUTIEN	68
4.4. MOTIFS D'AUTORISATION ET DE REFUS D'UNE DEMANDE	69
4.5. EVALUATION DE LA DEMANDE	70
4.6. DELAI DE DECISION	74
4.7. RENVOI POUR FINANCEMENT PAR LE FONDS SPECIAL DE SOLIDARITE	74
4.8. REGLEMENTATIONS POUR LES REGIONS TRANSFRONTALIERES	74
4.9. PROBLEMES ET SOLUTIONS	76
5. DISCUSSION ET CONCLUSIONS	81
6. BIBLIOGRAPHIE	85
7. ANNEXES	87