



# La coopération transfrontalière dans le secteur de santé en Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat

## – Rapport 2007 –



## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Préface</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>1. La coopération transfrontalière dans le secteur de la santé de 2000 à 2007 (extrait)</b> .....  | <b>7</b>  |
| 1.1 Activités, conférences, études.....   | 7         |
| 1.2 Sites internet.....   | 14        |
| 1.3 Excursion 1: La Commission Régionale et les quatre sous-groupes de travail sur les soins médicaux.....  | 16        |
| <b>2. Opinions d’experts</b> .....  | <b>18</b> |
| 2.1 Entrevues avec des spécialistes et 4 tables rondes: Sarre-Lor-Lux- Rhénanie-Palatinat ..  | 18        |
| 2.1.1 Composition et déroulement des tables rondes.....   | 18        |
| 2.1.2 Résultats.....  | 20        |
| 2.2 Excursion 2: Manque de personnel qualifié – partout? .....  | 22        |
| <b>3. Potentiel de coopération dans le domaine de la santé</b> .....  | <b>25</b> |
| 3.1 Motivation pour la coopération transfrontalière .....   | 25        |
| 3.1.1 Le primat de la liberté de circulation .....  | 25        |
| 3.1.2 Le groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux de l’UE.....   | 26        |
| 3.1.3 Composantes de la planification: la géographie des régions frontalières .....   | 28        |
| 3.1.4 La spécialisation croissante des soins .....  | 31        |
| 3.1.5 Marché de la santé: le patient décidera.....  | 31        |
| 3.2 Obstacles à la coopération .....  | 32        |
| 3.3 Fondement juridique et état des lieux sur l’accord cadre franco-allemand sur la coopération dans le domaine de la santé .....                         | 35        |
| 3.4 Coopérations « véritables ».....  | 37        |
| 3.5 Un sujet récurrent: identifier des potentiels de réduction des coûts au niveau transfrontalier – mais où? .....                                       | 40        |
| <b>4. La coopération transfrontalière via INTERREG dans le secteur de la santé 2007- 2013</b> .....   | <b>41</b> |
| 4.1 Un ! projet sanitaire transfrontalier de référence pour la grande- région.....  | 41        |
| 4.2 Les possibilités du programme INTERREG IV 2007-13: 1 sujet général qui regroupe 7 thématiques – une recommandation pour une proposition commune ..... | 43        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ANNEXE</b> .....  | <b>51</b> |
| A. Programme de la conférence „European Health Policy“, 5-6 mars 2007, à Düsseldorf. ....          | 51        |
| B. Recommandations pour le développement de coopérations transfrontalières (même conférence) ..... | 53        |
| C. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen (Integralfassung).....                                     | 55        |
| D. Réaction du Gouvernement Allemand à une note de la Commission Européenne.....                   | 65        |
| E. Organismes et personnes contactés entre 2006 et mars 2007 (extrait) .....                       | 74        |



## Préface

Dans le cadre des projets sur la région Sarre-Lorraine-Luxembourg-Rhénanie-Palatinat (SLLR), la « coopération transfrontalière dans le domaine de la santé » occupe une place particulière. Tous les états concernés se voient confrontés à d'importants bouleversements que subissent leurs systèmes de santé respectifs en vue de leur performance, leur financement et à propos de la répartition des parts publiques et privées nécessaires au maintien d'une couverture médicale universelle pour l'ensemble des citoyens. Une réaction type consiste à déclarer que tous les pays subissent cette évolution et qu'il en revient, par conséquent, à chaque citoyen d'assumer sa propre couverture médicale de façon individuelle .

Cela signifie, en clair, une augmentation des charges de l'individu et l'abandon de l'idée d'une couverture médicale garantie à vie par l'état. Il est donc naturel que la recherche de potentiels de réduction de coûts dans les régions frontalières – et il en sera question, tout en maintenant la qualité des services – mènent à l'idée de coopérations transfrontalières qui permettraient, par exemple, de rentabiliser des appareils coûteux en les mettant à disposition des deux côtés de la frontière. Dans quel cas les frontières ne devraient plus représenter d'obstacles – ce qui est, évidemment, faux. Tout soin appliqué à un « étranger » requiert une base juridique.

Jamais aura-t-on vu un si grand nombre de conférences, d'études, de rapports et de coopérations (proposées ou réalisées) dans le domaine de la santé entre la France, l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg que ces trois années passées ! Le manque de clarté dans la définition de ce qu'est la « Grande-Région » restera certes l'un des problèmes à résoudre. La Grande-Région est définie, au sens le plus large, par la coopération politique transfrontalière entre la Sarre, la Lorraine, le Luxembourg, la Rhénanie-Palatinat et la Wallonie (la Communauté Germanophone incluse). Ce sont donc, en gros, six régions – qui se sont associées au niveau opérationnel dans un comité économique et social de la Grand-Région (CESGR).

Dès son invention, cette Grande-Région aura été qualifiée de trop grande par des représentants politiques, des chercheurs, des commentateurs et par les médias. Il n'existe entre ses parties composantes ni liens économiques ou culturels, ni de cohérence directe politique ou autre en qualité ou quantité représentatives et vérifiables. On notera à ce propos un commentaire très pointu du professeur Christian Schulz dans la presse luxembourgeoise au début de l'année 2007. Ce débat ne relève pas du domaine de ce rapport, mais il le concerne de par le fait que le rapport couvre la région Sarre-Lorraine-Luxembourg-Rhénanie-Palatinat (SLLR), qui reflète le rayon d'action de l'EURES-Transfrontalier SLLR et qui en est le commanditaire.

Pour la réalisation d'une étude globale sur la coopération transfrontalière dans la Grande-Région, il s'agira de prendre en compte les possibilités du dernier programme INTERREG 2007-2013 mis en place récemment et qui ne sera probablement opérationnel qu'en 2008. Le présent rapport devra être compris comme un travail préliminaire en vue d'une telle étude qu'il prépare en déterminant les questions prioritaires pour, les coopérations en cours et les opportunités pour la région de projet SLLR.

La politique de santé, comme la politique sociale, ne fait pas partie des thèmes politiques communautaires de l'UE ; le domaine du social est généralement perçu comme relevant entièrement de la responsabilité des gouvernements nationaux. Néanmoins, l'UE, par la mise en place du « Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux », s'accorde une importance croissante dans le cadre de la jurisprudence sociale des Etats Membres. La récente discussion à propos de la directive sur les services et le combat mené pour en exclure les soins et services médicaux démontrent bien cette tendance.

Joachim Geppert  
MKW Wirtschaftsforschung

## **1. La coopération transfrontalière dans le secteur de la santé de 2000 à 2007 (extrait)**

### **1.1 Activités, conférences, études**

Afin de donner un aperçu de la multitude de projets de tous genres réalisés dans ce domaine, nous en proposons dans ce chapitre une liste, sans classement ni évaluation. Tous ces projets ont en commun la considération de géographies et de zones transfrontalières réduites, à l'intérieur de la Grande-Région.

La plupart des exemples sont de durée limitée, les quelques travaux d'envergure plus large auront été alimenté par des moyens de l'UE. Seuls quelques exemples prennent en compte les quatre régions de l'EURES-T SLLR. Cela montre bien que les problèmes diffèrent et qu'ils apparaissent de qualité variable (et sont donc traités avec des priorités différentes) selon les zones; les accords bilatéraux sont très importants.

Les types d'activités différentes sont notamment des conférences, des analyses de court terme, des sites d'information ou des études de projets de coopération transfrontalière. Les programmes financés par des moyens UE-INTERREG auront en règle générale une durée de trois ans et comprennent des activités spécifiques – par exemple des accords formels ou informels sur des coopérations partielles dans certains domaines spécialisés ou des publications communes. Dans le meilleur des cas, s'en suivent de bonnes relations personnelles entre les acteurs sur le terrain – un élément aussi fondamental à la poursuite du travail de coopération que la définition des contenus et la connaissance des démarches nécessaires au financement.

Nous proposons ci-dessous 39 exemples en notant leur principaux sujets et leur rayon d'action sur les régions concernées dans SLLR. Ceci représente la première liste de la sorte pour le domaine de la santé.

| N° | Description   | Sarre | Lor | Lux | RP |   |
|----|---|-------|-----|-----|----|---|
| 1  | L'accord cadre franco-allemand sur la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé du 22.07.2005 et l'arrangement administratif consécutif du 9.3.2006 – abouti notamment grâce à l'intervention des services compétents de la Rhénanie-Palatinat. Il faut considérer cet acte juridique comme extrêmement important à terme pour toutes les coopérations formelles qui suivront.   | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  | ✓ |
| 2  | Le projet modèle « Carte d'assurance maladie Rhénanie-Palatinat » et ses répercussions sur le Luxembourg. Un projet pilote allemand qui constitue une expérience internationale dans le domaine et qui exploite des possibilités de coopération à l'intérieur de l'Union – de plus, il met en place une plate-forme d'évaluation pour de nouvelles infrastructures télématiques.  |       |     | ✓   | ✓  |   |
| 3  | Le service de garde alterné pour les transports d'urgences entre les communes de Wissembourg (Alsace) et de Bad Bergzabern (Rhénanie-Palatinat), réglé de manière informelle et efficace.   |       | ✓   |     | ✓  |   |
| 4  | Les obstacles à la mobilité surpassés (bien que persistant pour des cas individuels) grâce à l'évacuation d'urgence par les hélicoptères de sauvetage Christoph 77 (Mayence), Christoph 16 (Sarrebruck), Samu 57 (Nancy) et LX-HMD / LX-HRC / LX-HPG / LX-HMS (Luxembourg).   | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  |   |
| 5  | Les obstacles à la mobilité retenus par le « Rapport de Mobilité EURES Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat » de 2004/5 élaboré par MKW ; p.ex. les obstacles n° 5, 8 et 13 dans le domaine de la santé : les compétences différentes des caisses à propos de la prise en charge des frais peuvent causer des remboursements partiels ; le droit aux indemnités d'invalidité est évalué d'après des barèmes différents ; la prise en charge de prestations en nature est réglée différemment etc. | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  |   |
| 6  | Les travaux du « Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux » de la Commission Européenne ; ses rapports réguliers et ses suggestions pour une politique commune de santé  | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  | ✓ |



|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 7  | La publication du rapport de projet « Anerkannte Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen als Mobilitätschance » du groupe de travail sur la mobilité (AG mobil) en coopération avec l'université de Trèves en mars 2004. Prof. Gonon et son équipe furent appelés à l'université de Zurich à la suite de ces travaux. |   |   | ✓ | ✓ |   |
| 8  | Le séminaire de AG mobil à Trèves le 4.3.2004 concernant la formation continue dans les métiers de la santé en région Trèves-Luxembourg ; comparaison des formations d'infirmiers en hôpital.   |   |   | ✓ | ✓ |   |
| 9  | L'étude « L'emploi transfrontalier dans le domaine de la santé » de 2001/2 dans le cadre EURES-T SLLR. La première étude à l'aspect transfrontalier dans la région de projet.   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 10 | Le portail bilingue « Sozial InformationsDatenbank – SID » sur la protection sociale dans la région de projet, suivi de dépliants à propos de la retraite et de l'assurance maladie. Mise-à-jour fin 2006.<br><b><u>www.sid-sllr.org</u></b>  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 11 | La conférence EURES-SLLR sur la santé dans la Grande-Région le 19.01.2005 à Mondorf-les-Bains, avec plus de 100 participants, titrée « l'accès libre aux prestations de santé dans la Grande-Région et l'impact sur les marchés du travail transfrontaliers ». Conçue et réalisée par MKW et ses partenaires.           | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 12 | L'étude EURES-T « Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion », état des lieux du secteur de santé en Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat, publiée en mai 2006 par MKW et financée par des moyens du ministère de la santé de la Rhénanie-Palatinat et de l'UE.                             | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 13 | La conférence « Santé transfrontalière - Quels outils pour quelles réalisations ? » organisée par différents acteurs sous l'enseigne de LuxLorSan, le 28 novembre 2005 à Strasbourg avec le colloque « Intégration Européenne et santé » sur le plateau du Kirchberg le 30 novembre 2004.                               |   | ✓ | ✓ |   | ✓ |

|    |   |   |   |   |   |  |
|----|---|---|---|---|---|--|
| 14 | Le projet transfrontalier entre LAGS (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland) et CLTS (Centre Lorrain des Technologies de la Santé) 2002-2007, financé par des moyens INTERREG avec pour objectifs notamment la collecte d'informations sur l'offre et la demande de soins dans la zone frontalière Sarre-Moselle. Les données rassemblées sont mises à disposition du public et des professionnels par un rapport et sur le site <a href="http://www.gesundheit-saar-moselle.org">www.gesundheit-saar-moselle.org</a> . Publication de 10 éditions du périodique « Santé transfrontalière » . | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 15 | La conception et la réalisation de la cartographie par MKW pour le projet de coopération LAGS-CLTS. Les cartes représentent les implantations d'hôpitaux et la répartition de l'équipement médical dans la région de projet Sarre et Moselle sous forme interactive.  | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 16 | Les conférences (LAGS et CLTS) « Les Accords-Cadres Franco-Allemands : un nouvel outil pour développer la prise en charge des patients entre la Sarre et la Moselle » le 27.03.2006 et « La démographie médicale en Sarre et en Moselle » du 7.10.2004, toutes deux au Centre des Congrès du Burghof à Forbach, ainsi que la manifestation finale du projet le 28.11.2006 au siège de la radio-télévision sarroise au Halberg à Sarrebruck, lors de laquelle les résultats du projet ont été présentés et évalués.  | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 17 | La journée hospitalière « Quel avenir économique pour le secteur hospitalier de la Grande Région ? » du 23.05.2005 à Mondorf-les-Bains, organisée par l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL)  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 18 | L'étude du Centre d'Etudes Prospectives (CEPROS) Luxembourg, titrée « Le secteur de la santé de la Grande- Région en 2020 » de l'année 2005 qui avait pour objectif de formuler une vision de futures coopérations hospitalière dans la Grande-Région.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 19 | Le « groupe de prévention contre la dépendance de Mondorf » existe depuis 1992 et se constitue des régions Rhénanie-Palatinat, Sarre, Luxembourg, Lorraine et Communauté Germanophone de Belgique. Son objectif est la coopération transfrontalière dans le domaine de la prévention des toxicomanies, notamment pour jeunes et adolescents.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 20 | Le développement de structures de soins transnationales intégrées entre l' Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) Luxembourg / Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) et le centre de réadaptation Median Reha - Zentrum Bernkastel-Kues  |   |   | ✓ | ✓ |  |

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 21 | Le projet LUXLORSAN, une coopération entre la Lorraine, le Luxembourg et la province belge de Luxembourg pour l'amélioration des soins transfrontaliers ; des analyses et rencontres régionales furent organisées par les caisses maladies, les institutions régulatrices et des instituts de recherche dans le cadre d'un projet INTERREG 2002-2005.   |   | ✓ | ✓ |   |   |
| 22 | La coopération prévue entre 2000 et 2002 des écoles d'infirmiers de Trèves et du Luxembourg ; sur l'initiative d'EURES, une courte étude fut menée avec la chaire de prof. Gonon ; l'étude na pas été poursuivie.   |   |   | ✓ | ✓ |   |
| 23 | Le registre commun de places d'hospitalisation (nombre de lits) entre la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, l'Alsace et certains cantons suisses avec pour objectif l'amélioration des services d'urgence.   | ✓ |   |   | ✓ | ✓ |
| 24 | La bourse de coopération HEALTHCARE Saar-Lor-Lux pour entreprises et instituts de recherche, organisé par LAGS et CLTS avec la chambre de commerce sarroise IHL/ZPT). Tenue jusqu'ici le 01.06.2005 à Sarrebruck, le 01.06.2006 à Metz et le 04.10.2006 à Sarrebruck.   | ✓ | ✓ |   |   |   |
| 25 | L'EUREGIO des dentistes Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat, un rassemblement informel des ordres de médecins dentistes respectifs ; diverses rencontres à propos de sujets spécifiques ont mené à l'organisation de séminaires communs – le dernier datant du 15.03.2006 à Sarrebruck.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 26 | Le travail de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales pour la région Lorraine à Nancy, qui participe à des projets transfrontaliers à propos de la collecte et l'interprétation de données sur la démographie médicale.  |   | ✓ |   |   |   |
| 27 | La conférence „Politique Européenne de santé » les 5-6.3.2007, à Düsseldorf . De nombreuses initiatives transfrontalières européennes (notamment de la zone Allemagne-Pays Bas) ont présenté et discuté leur travail et leurs résultats. Ont également été présentées les perspectives d'une politique de santé commune de la Commission Européenne. Conférence organisée à l'occasion de la présidence allemande au Conseil de l'Europe. |   |   |   |   | ✓ |

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 28 | Le congrès de la zone frontalière le 5 juillet 2006 à Sarrebruck. Sur invitation du premier ministre sarrois Peter Müller, des représentants politiques et des experts de régions frontalières européennes ont discuté des possibilités d'intensifier la coopération transfrontalière et ont signé la « déclaration de Sarrebruck ».  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 29 | La publication par l'INSEE de « Territoires de santé en Lorraine » (2005) , avec ses aspects transfrontaliers   |   | ✓ |   |   |   |
| 30 | Le congrès „Santé sans frontières – coopération dans le domaine hospitalier » du 28.9.2005 à l'hôpital universitaire de Bâle pour la région sous mandat de la Conférence du Rhin Supérieur. L'objectif était de décrire des bonnes pratiques pour réduire les obstacles à la coopération.   |   |   |   | ✓ | ✓ |
| 31 | La coopération des services de secours Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat avec l'accord sur le transport des grands brûlés vers l'hôpital de Ludwigshafen.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 32 | Atelier de travail de l'AGSWN (Groupe de travail des médecins secouristes du Sud-Ouest de l'Allemagne) sur la coopération transfrontalière dans les secours d'urgence le 28/29.04.2006 à Leinsweiler (Palatinat) avec des participants de Rhénanie-Palatinat, de la Sarre, d'Alsace et de Lorraine.   | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓ |
| 33 | La carte d'assurance maladie commune dans la région EUREGIO Maas-Rhin, qui facilite l'accès aux soins transfrontaliers aux citoyens de cette région depuis le projet initial IZOM en 1997. Ce projet est souvent cité comme modèle pour la carte européenne d'assurance maladie.  |   |   |   |   | ✓ |
| 34 | La coopération entre l'état français et la commune de Sarrebruck dans le cadre du projet Métropole Moselle-Est (Sarreguemines, Forbach, St Avold, Freyming-Merlebach) de l'année 2006. En plus d'un échange d'informations à propos de bonnes pratiques, on prépare des projets pour l'échange transfrontalier de personnel qualifié. Le projet Métropole est programmé de 2007 à 2013. | ✓ | ✓ |   |   |   |
| 35 | Le traitement de dialyse de patients lorrains par des hôpitaux sarrois.   | ✓ | ✓ |   |   |   |
| 36 | Le groupe de travail sur la santé de la Commission Régionale a décidé lors de sa reunion du 1 <sup>er</sup> mars 2007 de préparer un contrat de coopération entre les hôpitaux de Nancy/Metz et Sarrebruck au niveau de services de neurochirurgie.   | ✓ | ✓ |   |   |   |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 37 | Le contrat de coopération entre les services de neurochirurgie des hôpitaux de Nancy/Metz et Sarrebruck (en cours de préparation)  | ✓ | ✓ |   |   |   |
| 38 | Conférence internationale à propos de la mise en œuvre de l'accord cadre franco-allemand sur la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé, le 26.09.2007 à Karlsruhe.   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 39 | La mise en place du groupe de travail sur la santé par la Commission Régionale Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat-Wallonie. Les sous-groupes suivants ont été installés à la mi-2006 :<br>SG 1 : observation et état des lieux, direction : Sarre<br>SG 2 : soins d'urgence et services de secours, direction : Luxembourg<br>SG 3 : filières de soins, direction : Lorraine<br>SG 4 : métiers de la santé, direction : Rhénanie-Palatinat | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |

## 1.2 Sites internet

Une partie des actions, conférences et études nommées ci-dessus possèdent des sites Internet plus ou moins connus – nous en proposons également la liste pourvue de brefs commentaires et complétée par quelques sites hors de la région de projet SLLR, entre autres le site de l'UE. Ceci montre bien que l'organisation de la santé publique et la politique de santé en Europe ne seront plus uniquement des sujets traités au niveau national, mais aussi aux niveaux européen et transfrontalier.

### **Portail de santé de la DG santé et protection des consommateurs**

<http://ec.europa.eu/health-eu/>

### **Santé – Gesundheit Saar-Moselle**

Projet de coopération entre le Centre Lorrain des Technologies de la Santé (CLTS) et du LAGS (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung im Saarland e.V.) visant à répertorier l'offre et la demande des services médicaux en région frontalière Sarre-Moselle ; bilingue.

<http://www.gesundheit-saar-moselle.org/>

### **Protection sociale en Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat**

Informations concernant la structure, les institutions et les prestations des systèmes de protection sociale en Allemagne, en France et au Luxembourg ; bilingue en allemand et français.

<http://www.sid-sllr.org/>

### **Institut Universitaire International Luxembourg**

Formations et recherche dans le domaine de la gestion des services publics de santé ayant pour but d'optimiser le fonctionnement des institutions concernées.

<http://www.iuil.lu/>

### **Lux-Lor-San**

Projet INTERREG à propos des services de santé en Belgique (Province du Luxembourg), en France (Alsace-Moselle) et au Luxembourg.

<http://www.luxlorsan.xdir.org/>

### **Conférence du Rhin Supérieur**

Le groupe de travail a pour but d'éclaircir les structures des services publics de santé dans les trois pays, de promouvoir la coopération et de contribuer à la solution de problèmes. Le groupe fondé en 1996 tente également de contrer la croissance des coûts de la santé par le moyen de coopérations, entre autres.

<http://www.conference-rhin-sup.org/>

### **Portail de santé EUREGIO**

Ce portail informe sur les soins et services médicaux en région frontalière entre la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas.

<http://www.euregiogesundheitsportal.de/euregioportal/index.php?id=5&L=0>

On constate lors de la recherche une forte représentation, notamment sur Internet, des zones frontalières entre les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg et la Belgique. Ceci s'explique d'une part par les structures établies et juridiquement définies des EUREGIOS ; mais également par le fait qu'il s'agit là de pays co-fondateurs de l'UE, dans lesquels la coopération transfrontalière est aujourd'hui une tradition vieille de 40 ans.

### 1.3 Excursion 1: La Commission Régionale et les quatre sous-groupes de travail sur les soins médicaux

Sur la proposition du Préfet de Lorraine, la Commission Régionale a décidé, le 18 novembre 2005 à Mayence, de l'instauration du groupe de travail sur la santé Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat-Wallonie. Le groupe, dirigé par le président de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), est constitué des organismes de santé compétents de chaque région. Les sous-groupes suivants furent installés en 2006 :

|       |  |                                |
|-------|--|--------------------------------|
| SG 1: | SG 1 : observation et état des lieux   | direction : Sarre              |
| SG 2: | soins d'urgence et services de secours | direction : Luxembourg         |
| SG 3: | filières de soins                      | direction : Lorraine           |
| SG 4: | métiers de la santé                    | direction : Rhénanie-Palatinat |

Ce travail de coopération transfrontalier repose sur un traité trilatéral entre les gouvernements français, allemand et luxembourgeois, ratifié lors d'un échange de notes entre les ministres des affaires étrangères respectifs le 16.10.1980. L'échange de notes prévoit la coopération politique entre les gouvernements régionaux respectifs. L'article 2 prévoit comme organes la Commission Gouvernementale Franco-Germano-Luxembourgeoise et la Commission Régionale Sarre-Lor-Lux/Trêves-Palatinat Occidental.

Cet accord a permis d'ancrer juridiquement une coopération qui existe depuis 1971. Le principe de la coopération transfrontalière avait été adopté auparavant lors du sommet franco-allemand des 13 et 14 mars 1969. La Commission Gouvernementale décida en 1971 la mise en place de la « Commission Régionale Sarre-Lor-Lux/Trêves-Palatinat Occidental ». Un accord conséquent réglant la coopération entre les trois états fut signé en 1980 par les gouvernements nationaux.

Appartiennent à la Commission Régionale les délégations des organes exécutifs des quatre régions, accompagnées de la région Wallonie ainsi que des Communautés Germanophone et Francophone de Belgique, qui rejoignent cette institution en observateurs le 9 décembre 1998. Sont également invités à participer au développement de coopérations multilatérales par le biais de la Commission le Conseil Régional de Lorraine et les départements lorrains.



Lors de sa dernière séance en date, le 1<sup>er</sup> mars 2007, le groupe de travail a notamment cherché à élaborer des pratiques permettant une amélioration de la couverture médicale dans les régions frontalières. Les sous-groupes, qui se sont constitués dès octobre 2006, se sont en partie déjà fixé des objectifs opérationnels. Ces objectifs doivent être formulés de façon pratique afin de pouvoir être réalisés dans des délais acceptables. Le sous-groupe n°1 s'est ainsi engagé à rendre un état des lieux complet sur l'offre des prestations médicales ainsi qu'une étude comparative des systèmes de santé et des modes de planification hospitalière. Le sous-groupe n°3 prévoit d'analyser les procédés dans le domaine des soins d'urgences neurochirurgicaux, afin d'établir les principes d'une éventuelle coopération entre la Sarre et la Lorraine.

Le groupe de travail sur la santé de la Commission Régionale rendra compte de son travail et des résultats de façon régulière au sommet de la Grande-Région, ce qui permettra grâce à une cohérence accrue d'éviter les travaux doubles.

## **2. Opinions d'experts**

### **2.1 Entrevues avec des spécialistes et 4 tables rondes: Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat**

De nombreuses entrevues avec des experts ont été organisées de 2006 à la fin mars 2007 dans la région de projet ; les objectifs étaient notamment :

- d'analyser la demande dans le domaine de la santé
- d'établir un constat de la nécessité et de la volonté de coopération
- d'identifier des projets phares (best practices) et
- de déterminer la position individuelle par rapport à la coopération transfrontalière

Les experts en matière de santé ne manquent pas – en ce qui concerne l'observation de chacune des quatre régions en soi. Il est nettement plus difficile, en revanche, de trouver des spécialistes du transfrontalier ayant l'expertise et l'expérience leur permettant de commenter la situation dans la Grande-Région de manière vérifiable et sérieuse. La plupart des intéressés hésitent à s'exprimer officiellement sur le sujet ou insistent à être autorisés par une instance supérieure au préalable.

Cette situation s'est avérée être un véritable obstacle à la collecte d'informations ; il a donc été prévu de rassembler des spécialistes lors de quatre tables rondes, soit une par région concernée. Le recherche précédant les invitations avait déjà occasionné diverses entrevues téléphoniques et par courriel avec les personnalités intéressées, dont les résultats ont pu être pris en compte lors des discussion dans les groupes de travail.

#### **2.1.1 Composition et déroulement des tables rondes**

Il était prévu de rassembler – au mieux – des experts originaires d'au moins quatre domaines différents du secteur de santé : les ministères de santé, les associations ou ordres des médecins (en tant que prestataires) en Allemagne, au moins une caisse d'assurance maladie engagée dans la coopération transfrontalière ainsi qu'un organisme de gestion ou de planification hospitalières. Un médecin de ville était généralement présent également. Cette répartition idéale n'a malheureusement pu être réalisé que lors de la table ronde au Palatinat, qui s'est tenue le 26.02.2007 à Trèves.

**Table ronde n° 1: Rhénanie-Palatinat , KV-Trier, 26.2.2007, 14-max 17 Uhr**

|   |  |
|---|--|
| Ministère                                 | Dr. Jürgen Faltin, MASGFF Mainz                        |
| Ordre des médecins                        | Prof. Peter Schwerdtfeger, Bezirksärztekammer Trier    |
| Association des médecins praticants       | Dr. Schäffner, Trier                                   |
| Caisse d'assurance maladie                | Norbert Dixius, Barmer Ersatzkasse                     |
| Organisme hospitalier                     | Andreas Wermter, KGRP Mainz                            |
| Invité                                    | Alexander Heinz, Uni Trier Lehrstuhl Prof. Goldschmidt |
| Organisation: MKW<br>Wirtschaftsforschung | Joachim Geppert<br>Fabian Dussing                      |

Les autres tables rondes n'ont pourtant pas souffert de leur composition en ce qui regarde l'apport d'informations. Le nombre restreint de participants s'est avéré fortement avantageux par rapport au temps d'intervention de chacun – souvent un problème lors de grandes conférences. De même, le fait qu'aucun compte rendu détaillé n'était été prévu a permis l' expression de commentaires et d'avis officiels.

Les autres tables rondes ont eu lieu au dates suivantes :

**Table ronde n° 2: Sarre, bureaux MKW Wirtschaftsforschung Saarbrücken, 12.3.2007, 11 - max 14 Uhr**

**Table ronde n° 3: Lorraine, bureaux MKW Wirtschaftsforschung Saarbrücken, 12.3.2007, 14-max 17 Uhr**

**Table ronde n° 4: Luxembourg, Luxembourg, 14.3.2007, 12-max 15 Uhr**

## 2.1.2 Résultats

### **Erkenntnisse aus der Recherche nach Aktionen, Konferenzen, Studien**

Les projets nommés dans le chapitre 1.1 et comprimés à la liste que nous avons nommée « coopérations véritables » dans le tableau sous le chapitre 3.4 représentent en principe la majeure partie des questions ouvertes, des travaux et des résultats. Tous les participants partagent l'avis qu'ils n'existent plus de complications ou d'obstacles majeurs pour un citoyen de la région de projet qui désire se faire soigner de l'autre côté de la frontière. Des traités conséquents régleront désormais la prise en charge des urgences et d'une partie des soins généraux. Néanmoins, ces traités ne sont en règle générale que des contrats bilatéraux et ne couvrent donc pas l'ensemble de la région de projet.

### **Manque d'informations**

Il est certain qu'aucun organisme n'incite les patients d'avoir recours à des prestations médicales dans un pays voisin. Mais on a également remarqué qu'aucun organisme – excepté les associations de frontaliers – n'informait activement les citoyens sur les droits, les devoirs et les conditions cadre dans lesquelles ils peuvent se faire soigner à l'étranger. Certes, les assureurs, associations de médecins, agences d'hospitalisation, services publics et ministères offrent des informations en versions imprimées et en ligne. Le potentiel des patients susceptibles de « tenter l'expérience » de se faire soigner dans le pays voisin est estimé à 20% de la population totale de la région de projet, frontaliers inclus. Par rapport au nombre effectif de soins administrés à des étrangers dans les hôpitaux – 1% en moyenne – cela représenterait une quantité remarquable.

Il est important dans ce contexte de savoir si le patient attend un remboursement par une caisse d'assurance maladie publique ou s'il prend les frais à sa charge. Inutile de mentionner le fait que les patients auront moins d'appréhension à consulter un médecin de ville dans le pays voisin que d'y subir une hospitalisation – ceci est non seulement dû aux problèmes de langue, mais également à la confiance en les systèmes de santé nationaux respectifs et la méconnaissance du niveau de qualité et des coûts à l'étranger. S'y ajoutent l'insécurité sur la manière dont d'éventuelles « réclamations » sont traitées, par exemple lors de complications après une intervention chirurgicale.

### **La coopération ne dépasse pas le court terme – est-elle obligeante?**

Beaucoup de coopérations transfrontalières naissent par un manque, lorsqu'un pays n'offre pas une certaine prestation ou lorsque cette même prestation est moins coûteuse et géographiquement plus proche du patient dans le pays voisin – voire l'exemple des patients lorrains venant à Sarrebruck pour la dialyse.

Une autre raison est l'enthousiasme d'un certain nombre d'individus de participer à la construction européenne en pratiquant l'échange lors de conférences et de rencontres transfrontalières qui génèrent à leur tour des contacts personnels. Cette volonté de comprendre et d'accepter le voisin dans sa différence – autrement dit, ce que le milieu universitaire appellerait la « communication interculturelle » – est essentiel pour le bon fonctionnement des relations entre états. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les coopérations risquent d'être de courte durée et que les résultats restent maigres – parfois même en deçà des objectifs formulés au préalable.

Peu avant l'achèvement de ce rapport, nous a été communiqué l'intention de créer un centre d'urologie spécialisé Sarre-Lor-Lux. Des premiers pourparlers auront lieu au printemps 2007 entre les hôpitaux Caritas-Kliniken Rastpfuhl et Dudweiler de Sarrebruck d'une part et l'hôpital de Freyming-Merlebach en Moselle de l'autre. Cette coopération a pour objectif d'étendre un tel service sur toute la région.

### **Accords sur les services d'urgence**

Divers accords bilatéraux formels et informels devraient offrir entre temps une réglementation assez claire pour l'accès transfrontalier aux soins d'urgence (cf. chap. 1.1). Reste à noter qu'ils n'ont été signés que lors des dernières 3 à 5 années – de la première déclaration ministérielle aux réglementations concrètes, en passant par les procédés parlementaires, peuvent facilement s'écouler 2 ans.

Les EUREGIOS et d'autres structures transfrontalières de l'UE ont servi de modèles pour ces accords ; les soins d'urgences transfrontaliers sont désormais organisés de façon si satisfaisante que d'autres régions reprennent nos modèles. On constate néanmoins une rivalité assez courante entre les secours aériens et automobiles, ce qui peut mener à des frais supplémentaires pour les assureurs, notamment en l'absence de définitions claires à cet égard.

### **Les flux de patients et de frontaliers sont à l'ordre du jour – pour certains**

La majorité des plus de 140.000 frontaliers préfère recourir à des soins médicaux dans leur pays d'origine. Cette tendance ne risque pas de s'inverser. Mais, plus des familles, voire des communes entières auront pris l'habitude – sur des années – de franchir la frontière pour travailler, plus cette attitude disparaîtra. Est à prendre en compte également le fait que la réduction du nombre de prestations prises en charge par les assureurs anime ceux qui résident à proximité de la frontière à la comparaison de l'offre.

Dans le domaine des cures et du « wellness » (qui est loin d'être restreint aux personnes âgées), le recours aux prestations transfrontalières est chose commune – à tendance croissante. Le bouche-à-oreille et les annonces publicitaires d'hôtels et de centres

spécialisés dans tous les grands quotidiens de la Grande-Région le démontrent régulièrement.

### **Un centre interrégional de formation pour la Grande-Région – avec combien d’implantations?**

Le constat que le manque de personnel qualifié dans les métiers de la santé restera un problème dans les années à venir n’est pas nouveau. De même, le domaine complexe de l’équivalence des diplômes pour ce secteur reste toujours vague, à défaut de réponses précises. La reconnaissance mutuelle de diplômes se présente inévitablement comme partie intégrante de toute réflexion sur un éventuel institut de formation commun. Dans la même optique, se pose la question de normes de qualité telles ISO, auxquelles on attache une grande importance en Allemagne.

## **2.2 Excursion 2: Manque de personnel qualifié – partout?**

La politique sociale relève du domaine des états nationaux. En fait partie la reconnaissance des diplômes pour les métiers de la santé, domaine loin d’être défini, notamment pas au niveau Européen, contrairement à ce que pourrait laisser supposer la nomenclature CEDEFOP. Evidemment, le Luxembourg, avec la Sarre, représente un pôle d’attraction pour le personnel qualifié dans les métiers de la santé, notamment pour les résidents Lorrains. En l’absence de statistiques à ce propos pour la région, on se référera aux commentaires des agences hospitalières et des associations de médecins, qui s’attendent à voir cette tendance croître dans le futur proche.

Ce sont justement le manque d’harmonisation pour l’équivalence des diplômes et les critères de rémunération différents dans les pays en question qui mènent à une mobilité transfrontalière croissante du personnel médical. Le sentiment d’une dégradation des conditions de travail et une rémunération souvent perçue comme « injuste » suite à des mesures de réduction de coûts animent un nombre croissant de personnes qualifiées à travailler au Luxembourg (cf. p. 40), où ils verront souvent leur salaire multiplié par deux.

Ces fortes différences ont déjà été publiées par MKW sur la base de propres recherches dans l’étude « L’emploi transfrontalier dans le domaine de la santé » en 2001 (tableau ci-contre) – à l’époque

|                                       | Saarland   | Lothringen | Luxemburg  |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|
| Krankenschwester, ledig               |            |            |            |
| Laufbahnbeginn                        | 1 902 EURO | 1 615 EURO | 2 654 EURO |
| Laufbahnende                          | 2 449 EURO | 2 405 EURO | 5 003 EURO |
| Krankenschwester, verheiratet, 1 Kind |            |            |            |
| Laufbahnbeginn                        | 2 002 EURO | 1 615 EURO | 2 654 EURO |
| Laufbahnende                          | 2 638 EURO | 2 405 EURO | 5 003 EURO |

Stand: März 2001; Quelle: eigene Recherche

ces chiffres avaient suscité de l'étonnement. Cet ordre de grandeur reste, en fait, toujours d'actualité.

L'Observatoire Interrégional du Marché de l'Emploi (OIE) constate également dans son rapport annuel 2006, que le besoin croissant en prestations médicales et paramédicales (qui est notamment dû à l'évolution démographique) se répercutera sur le marché de l'emploi et les flux transfrontaliers de la région de projet.

Ces frontaliers représentent en moyenne 10% de la clientèle des caisses d'assurances maladie, contrairement aux hôpitaux qui n'enregistrent que 1% de patients venant des pays voisins (avec quelques exceptions pour des établissements très proches de la frontière, tels à Prüm ou à Sarrebruck, où les taux sont supérieurs). Ces employeurs sont confrontés à l'évaluation de diplômes nouveaux ou inconnus quasiment à chaque poste vacant adjudgé à un étranger. Par conséquent, le travail du sous-groupe n°4 « métiers de la santé » de la Commission Régionale est aussi indispensable et important que les réglementations nationales diffèrent.

Les chiffres suivants, de source officielle Luxembourgeoise, confirment la tendance à propos de l'évolution du marché de l'emploi dans le domaine de la santé.

## Luxembourg, pôle d'attraction d'emplois: évolution des frontaliers et des emplois dans le secteur de la santé

### Liste der größten Unternehmen und öffentlichen Arbeitgeber

(Stand am 1.1.2006)

| Name   | Art der Tätigkeit                             | Beschäftigte |
|--|---|--------------|
| Staat  |   | 21514        |
| Stadt Luxemburg                                      |   | 3372         |
| 1. ARCELOR AG  | Stahlerzeugnisse                              | 5910         |
| 2. Groupe Cactus                                     | Supermärkte                                   | 3860         |
| 3. Goodyear Luxembourg                               | Reifenherstellung                             | 3530         |
| 4. Groupe Entreprise des P&T                         | Post und Telekommunikation                    | 3240         |
| 5. Groupe DEXIA BIL                                  | Bank  | 3190         |
| 8. Groupe Luxair                                     | Personenluftverkehr                           | 2450         |
| 9. Groupe Pedus                                      | Gebäudereinigung, Catering                    | 2260         |
| 10. Centre Hospitalier de Luxembourg                 | Krankenhaus                                   | 1860         |
| 11. Banque et Caisse d'Epargne de l'Etat             | Bank  | 1780         |
| 18. Groupe Clearstream                               | Clearinggesellschaft                          | 1120         |
| 19. SERVIOR  | Alten- und Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste | 1110         |
| 20. Groupe 4 Falck                                   | Überwachung, elektrische                      |              |
| 26. Groupe Saint-Paul Luxembourg                     | Druckerei, Herausgeber, Versand               | 920          |
| 27. ISS Servisystem Luxembourg AG                    | Gebäudereinigung, Catering                    | 910          |
| 28. Groupe CERATIZIT                                 | Metalverarbeitung und Mechanik                | 870          |
| 29. Sodexho Luxembourg AG                            | Catering, Verwaltung von Altenheimen          | 860          |
| 30. Nettoservice AG                                  | Gebäudereinigung, Catering                    | 850          |
| 31. Fondation François-Elisabeth (Hôpital Kirchberg) | Krankenhaus                                   | 830          |

Quelle: „Luxembourg in Zahlen 2006“,

[http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/horizontales/luxChiffresDE/Luxembourg\\_in\\_Zahlen\\_2006.pdf](http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/horizontales/luxChiffresDE/Luxembourg_in_Zahlen_2006.pdf)

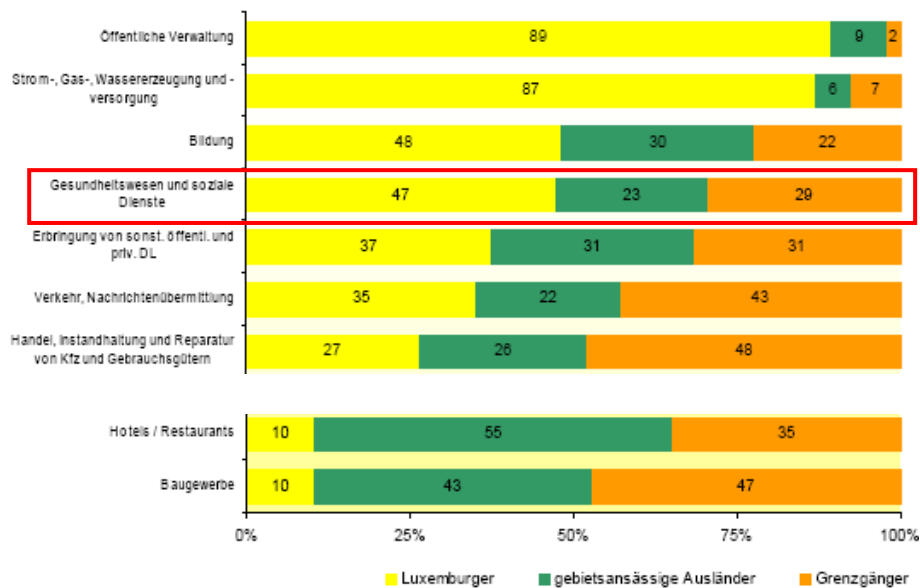
### Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

|  | 1995                        | 2000  | 2004  | 2005  |
|--|-----------------------------|-------|-------|-------|
|  | x 1000 (Jahresdurchschnitt) |       |       |       |
| 1. Erwerbstätige insgesamt (am Arbeitsort) | 213.8                       | 264.8 | 301.6 | 311.2 |
| Arbeitnehmer                               | 197.7                       | 245.4 | 280.7 | 286.7 |
| 2. Grenzpender (Netto)                     |                             |       |       |       |
| (a) - (b) - (c)                            | 47.0                        | 78.9  | 103.2 | 109.3 |
| a. Nichtansässige Grenzpender              | 55.5                        | 87.4  | 111.9 | 118.3 |
| davon aus: Frankreich                      | 28.6                        | 46.5  | 57.8  | 60.6  |
| Belgien                                    | 16.9                        | 24.3  | 30.3  | 31.6  |
| Deutschland                                | 10.0                        | 16.5  | 23.7  | 26.1  |
| b. Ansässige Grenzpender                   | 0.7                         | 0.7   | 0.7   | 0.7   |
| c. Internationale Beamte und Angestellte   | 7.8                         | 7.8   | 7.9   | 8.3   |

### Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen

|  | 1999   | 2000  | 2004  | 2005  |
|--|--------|-------|-------|-------|
|  | x 1000 |       |       |       |
| 1. Landwirtschaft  | 4.0    | 4.0   | 3.8   | 3.8   |
| 2. Industrie   | 34.7   | 34.9  | 34.4  | 34.1  |
| 3. Bau   | 25.4   | 25.9  | 29.1  | 30.0  |
| 4. Handel  | 68.0   | 70.6  | 77.8  | 79.1  |
| 5. Kreditinstitute und Versicherungen, Vermietung unternehmensbezogener Dienstleistungen | 63.1   | 70.5  | 83.9  | 88.6  |
| 6. Erbringung sonstiger Dienstleistungen   | 54.7   | 57.8  | 69.4  | 71.4  |
| 6.1 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung                             | 13.2   | 13.8  | 16.2  | 16.5  |
| 6.2 Erziehung und Unterricht   | 11.4   | 12.1  | 14.0  | 14.3  |
| 6.3 Gesundheits-, Veterinär und Sozialwesen  | 15.6   | 16.6  | 21.6  | 22.4  |
| 6.4 Sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen                                | 8.9    | 9.4   | 10.2  | 10.5  |
| 6.5 Private Haushalte  | 5.6    | 5.9   | 7.5   | 7.8   |
| 7. Insgesamt   | 249.9  | 263.8 | 298.4 | 307.1 |

### In Luxemburg beschäftigte Arbeitnehmer nach Wirtschaftssektoren am 31. März 2005



Quelle: IGSS Doc. Cellule EURES de l'ADEM

In: 4. Bericht der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA), April 2006, [http://www.grandregion.net/de/files/IBA\\_4\\_BERICHT\\_APRIL\\_2006\(1\).pdf](http://www.grandregion.net/de/files/IBA_4_BERICHT_APRIL_2006(1).pdf)



### 3. Potentiel de coopération dans le domaine de la santé

#### 3.1 Motivation pour la coopération transfrontalière

##### 3.1.1 *Le primat de la liberté de circulation*

Les décisions dans le procès dit « Kohll / Decker » de 1998 – qui ont confirmé que la nécessité d'une autorisation par les caisses maladies préalable à un traitement médical (ambulatoire) à l'étranger de l'assuré était contraire au principe de liberté de circulation – a forcé les services médicaux à prendre en compte des procédés transfrontaliers et à les définir de façon satisfaisante pour le patient.

L'objectif de la politique commune de santé consiste à garantir le droit fondamental au traitement médical à l'étranger ainsi que le remboursement sans complications d'un tel traitement :

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/04/508&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en>

Il est donc probable que dans les années à venir, ce droit fondamental du patient l'emporte également sur les « restrictions » nationales au niveau des soins stationnaires, non mentionnés jusqu'ici.

Dans le procès dit « Freskot » (2003), la Cour Européenne a même convenue que les caisses d'assurance maladies étaient à traiter comme prestataires de services dans le sens de la directive sur les services – une décision qui remet en cause le principe même du système d'assurance maladie publique en Allemagne, par exemple.

Un document vidéo très instructif à ce propos est mis à disposition par la Commission Européenne :

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/movies/access\\_to\\_cross-border\\_health\\_care\\_in\\_the\\_eu\\_high.wmv](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/movies/access_to_cross-border_health_care_in_the_eu_high.wmv)

Le « Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux » de l'UE constate dans son rapport annuel de 2006 –

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/highlevel\\_2006\\_007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/highlevel_2006_007_en.pdf) – que

Die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung“ der EU stellt in ihrem Jahresarbeitsbericht 2006 –

- malgré le nombre croissant de cas transfrontaliers dans le domaine de la santé, les Pays Membres n'ont toujours pas de base commune pour répertorier ces cas, et que
- malgré la similarité de tous les systèmes de protection sociale, la complexité des structures nationales respectives représente un obstacle pour les patients qui veulent se faire traiter à l'étranger, surtout au niveau du remboursement.

Les recommandations à la Commission Européenne qui suivent ce constat indiquent que la politique sanitaire, jusqu'ici domaine de compétence nationale, subit une influence croissante de la part de l'UE et que certaines approches visant à l'harmonisation et la transparence en faveur du patient sont probables.

L'installation même de cet organisme fait preuve de cette tendance – la controverse à propos de l'exclusion des soins médicaux de la directive sur les services ne peut être considérée comme terminée, il faut s'attendre à une suite du débat et à des changements du statu quo.

Dans cette optique, la coopération transnationale est donc plus qu'un simple moyen de faciliter les démarches aux patients. Elle représente surtout une opportunité pour tous les acteurs d'accroître la transparence et l'interopérabilité entre les systèmes afin de réduire, voire d'éviter les frais supplémentaires causés par le traitement de cas relatifs à des modes de règlements différents.

### **3.1.2 Le groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux de l'UE**

Le travail du groupe de haut niveau et ses objectifs se retrouvent dans le cadre ci-dessous. De nouveaux rapports pourront être téléchargé sur le site de l'UE.

## Domaines de travail du Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux

### Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux

Le rapport de 2003 relatif au processus de réflexion sur la mobilité des patients a représenté un tournant politique en reconnaissant la valeur potentielle de la coopération européenne pour aider les États membres à atteindre leurs objectifs en matière de santé. La Commission a présenté sa réponse à ce rapport dans la communication COM (2004) 301 du 20 avril 2004. Le mécanisme principal pour mettre en œuvre les initiatives exposées dans la communication passait par l'établissement d'un groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux. Ce groupe de haut niveau a débuté ses travaux en juillet 2004. Il rassemble des experts de tous les États membres et s'occupe des sept principaux domaines suivants:

#### Achat et fourniture de soins de santé transfrontaliers:

Les travaux se concentrent sur une analyse approfondie de la viabilité et des répercussions financières des systèmes de soins transfrontaliers, sur l'élaboration d'un cadre pouvant servir à l'achat de soins de santé transfrontaliers, sur l'étude des causes de la mobilité et de la nécessité d'acheter des soins à l'étranger, sur la mise à la disposition des patients d'informations concernant la qualité, la sécurité et la continuité des soins ainsi que sur les droits et les responsabilités des patients, sur la prise en considération des questions de responsabilité dans les soins transfrontaliers et sur le recueil d'informations permettant de contrôler l'achat et la fourniture de soins de santé transfrontaliers;

#### Professionnels de la santé:

Les travaux devraient se poursuivre par un échange d'informations en matière de perfectionnement professionnel continu pour garantir la qualité des prestations, en veillant à ce que les données de base sur la migration des professionnels de la santé soient fournies par tous les États membres, en étudiant les répercussions de la migration à partir des États membres et en partageant les informations sur les pratiques de recrutement afin de voir s'il est possible d'établir des principes communs;

#### Centres de référence:

Un certain nombre de principes ont été définis concernant les centres européens de référence, leur rôle dans le traitement des maladies rares ou d'autres maladies nécessitant des soins spécialisés et un certain nombre de patients; les critères auxquels ces centres doivent répondre ont été arrêtés. De même, les possibilités et les procédures de désignation des centres européens de référence pour des périodes de temps limitées au niveau européen sont en cours d'élaboration, sur la base de listes approuvées de pathologies, de technologies et de techniques. Le groupe de haut niveau se penchera sur une approche commune qui pourrait ensuite être mise en œuvre dans le cadre d'activités pilotes;

#### Évaluation des technologies de la santé:

L'utilité de mettre sur pied un réseau européen viable pour évaluer les technologies de la santé a été reconnue. Ce réseau devrait étudier des méthodes permettant d'élaborer des dossiers communs d'informations de base, de soutenir la transférabilité des évaluations, d'identifier et de hiérarchiser les sujets et de commander des rapports, d'adapter les informations de base communes aux procédures des politiques nationales de santé et de partager les méthodologies, l'expertise et les questions concernant les pratiques. Ce réseau pourrait, dans un premier temps, être établi dans le cadre du programme de santé publique;

#### Information et santé en ligne:

Une stratégie globale d'information sur les systèmes de santé dans un contexte européen s'impose, étant donné la mobilité des citoyens et la disponibilité de services de santé en ligne à l'échelle européenne. Les travaux futurs devraient se concentrer sur le développement d'une telle stratégie d'information et sur la présentation d'activités en vue de la mise en œuvre du plan d'action « Télésanté », en étudiant les informations qui devraient être mises à la disposition des patients, des professionnels et des responsables politiques, ainsi que les structures appropriées en vue de la coopération en matière d'informations et de santé en ligne;

#### Évaluation de l'impact sur la santé et les systèmes de santé:

L'influence de l'Union européenne sur la santé passe en grande partie par des politiques autres que celles qui sont spécifiquement liées à la santé publique. Des travaux sont nécessaires pour garantir une approche cohérente de l'évaluation des répercussions des autres politiques communautaires sur la santé. Il n'existe toutefois aucune méthodologie européenne permettant d'aborder de façon prospective et systématique les impacts potentiels des politiques non liées à la santé sur les systèmes de santé. Des travaux sont actuellement entrepris, par d'autres organisations internationales également, qui serviront à développer des instruments agréés pour mesurer les impacts sur la santé des politiques européennes non liées à la santé au moyen de leurs effets sur les systèmes de santé: ultérieurement, la fiabilité et la validité de ces instruments pourraient être testées.

#### Sécurité des patients:

Les interventions médicales, bien que prévues pour améliorer l'état des patients, peuvent dans certains cas leur nuire. Un réseau ou un forum européen sur la sécurité des patients, œuvrant en collaboration avec d'autres organisations internationales, pourrait constituer un centre des travaux visant à améliorer la sécurité des soins dispensés aux patients dans tous les États membres de l'Union, grâce à un échange d'informations et d'expertise.

Le groupe de haut niveau a également contribué aux autres travaux concernant les services de santé et les soins médicaux, ainsi qu'à la méthode ouverte de coordination sur les soins de santé et les soins de longue durée, présentée dans la communication COM(2004) 304. Le groupe de haut niveau transmet un rapport annuel au Conseil EPSCO (Emploi, politique sociale, santé et consommateurs).

Quelle: [www.ec.europa.eu/comm/health/ph](http://www.ec.europa.eu/comm/health/ph)

### 3.1.3 Composantes de la planification: la géographie des régions frontalières

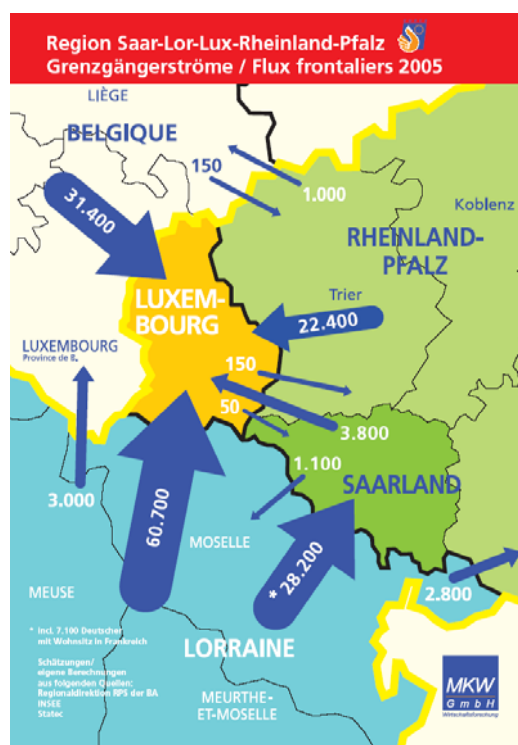
Comme certains experts ont remarqué lors des tables rondes, l'objectif et la méthode de coopérations transfrontalières ne peut consister dans la simple extension des zones de planification nationales existantes « au-delà de la frontière ».

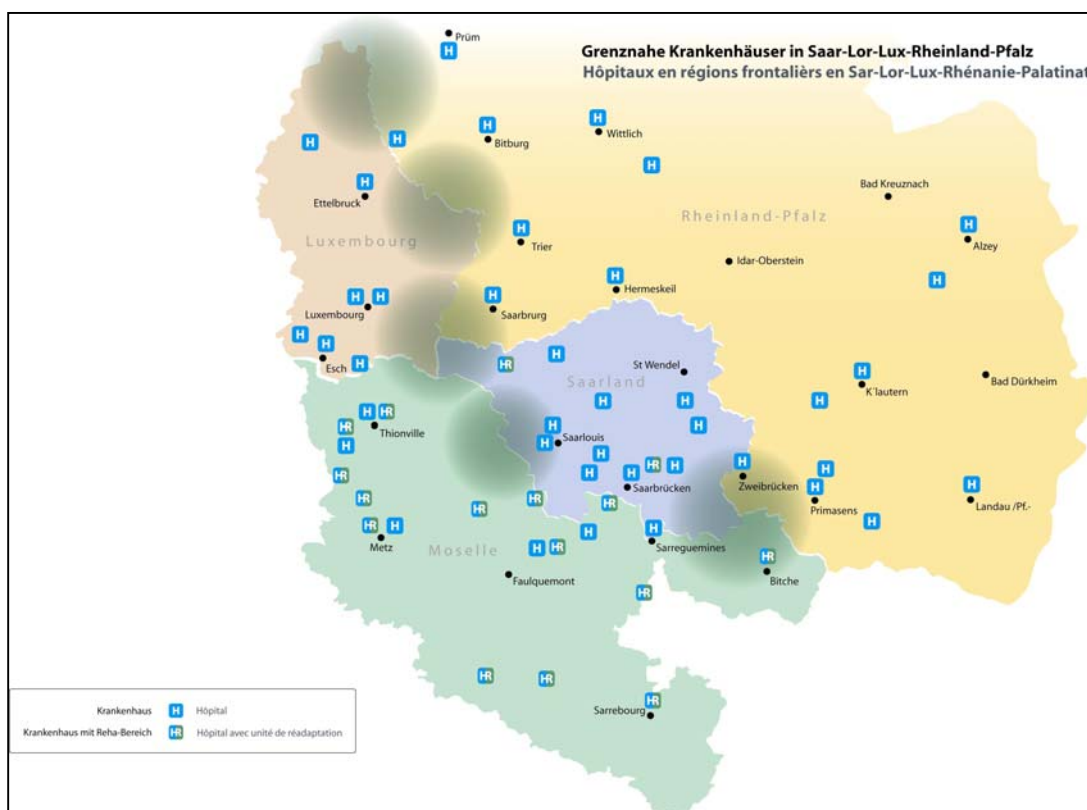
Dores et déjà, les organismes chargés de la planification sanitaire dans chacune des régions concernées coopèrent forcément avec leurs homologues de régions avoisinantes du même pays, afin d'agir de façon complémentaire. Ceci n'est évidemment pas toujours possible et la question se pose de savoir si, et comment, une telle coopération pourrait être élargie aux institutions des pays voisins.

Reste à ne pas négliger l'attente légitime de flux de patients transfrontaliers croissants – notamment par rapport à l'évolution positive des flux frontaliers dans la région (carte ci-contre) ; la motivation principale pour la coopération transfrontalière reste donc de prendre en compte ce phénomène et d'anticiper son développement afin d'obtenir une meilleure efficacité dans l'exploitation des ressources, tout en sécurisant le niveau de qualité présent des soins.

Compte tenu de cette situation, la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé n'est donc pas à concevoir comme une volonté politique octroyée, mais comme une opportunité qui permettrait d'approfondir l'échange qui s'opère déjà dans la région de projet au profit d'un progrès dans le secteur de la santé.

Les discussions nous ont amené à développer le projet de carte suivant ; elle se prête à être complétée avec l'aide de spécialistes lors d'un travail consécutif à ce rapport.





Hôpitaux en région frontalière (extrait): la planification commune et l'utilisation commune de ressources sont-elles possibles?

La cartographie correspondante a été accomplie pour une partie de la région dans le cadre du projet Santé-Gesundheit Saar-Moselle. Elle inclut également d'autres sujets comme l'équipement en matériel technique des établissements et pourrait servir de base pour un suivi couvrant toute la région de projet.

### Medizintechnische Großgeräte an Krankenhäusern im Saarland und im Département Moselle

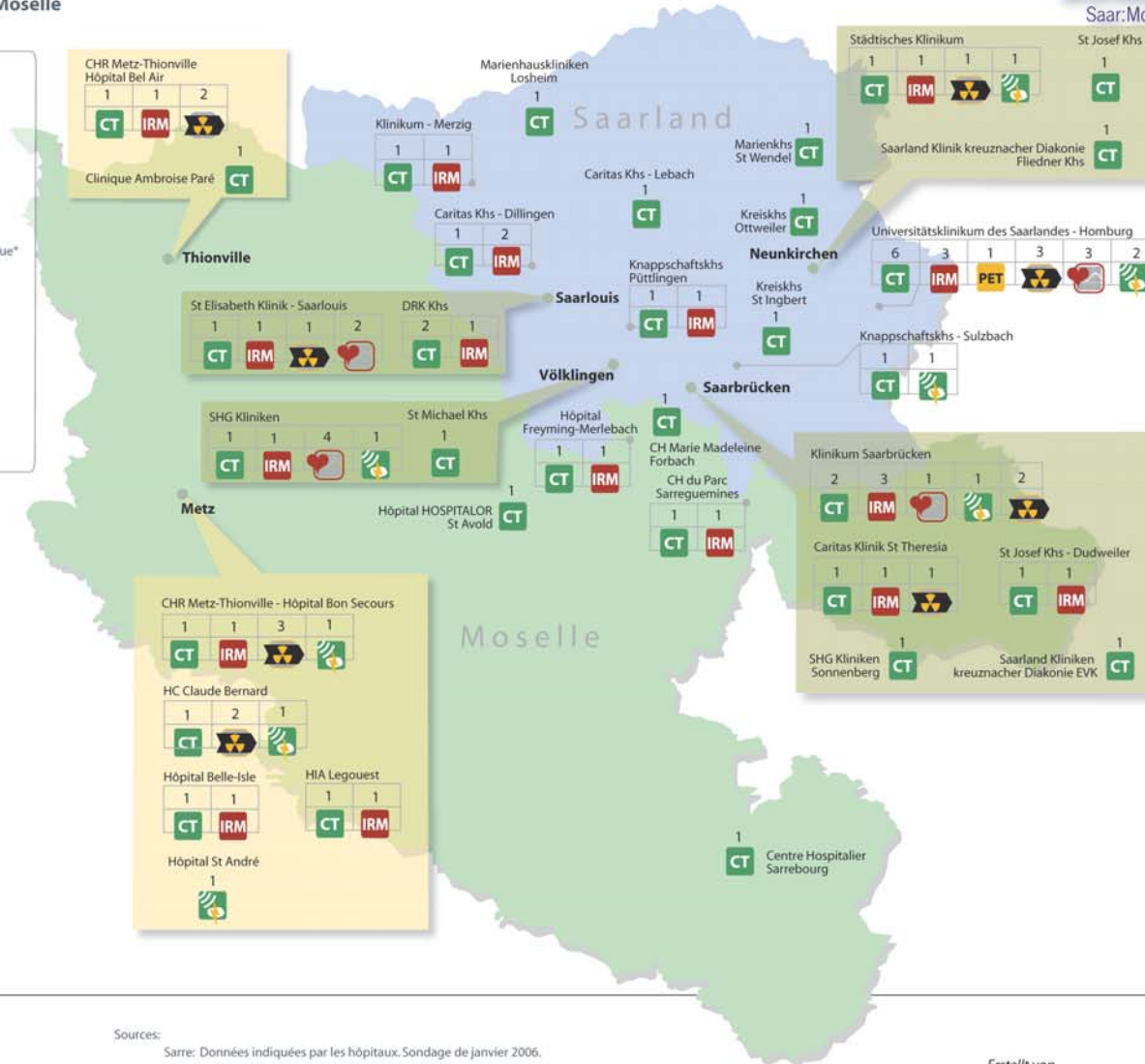
#### Équipement lourd des hôpitaux en Sarre et en Moselle

|                              |   |                                       |
|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Computertomografie-Gerät     |  | Scanner                               |
| Magnet-Resonanz-Gerät        |  | IRM                                   |
| PET-Gerät                    |  | PET-Scan                              |
| Linearbeschleuniger          |  | Accélérateur de particules            |
| Telecobalt-Gerät             |  | Appareil à Cobalthérapie              |
| Linksherzkatheter-Messplatz* |  | Cathatérisme ventriculaire cardiaque* |
| Lithotripter                 |  | Lithotripteur                         |

Name des Hauses    Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken    Nom de l'établissement

Die Anzahl der verfügbaren Geräte im jeweiligen Haus steht über dem entsprechenden Symbol.

Le nombre d'appareils disponibles dans chaque établissement figure au-dessus du symbole.



Quellen:  
 Saarland: Angaben der Krankenhäuser. Stand: Januar 2006.  
 Moselle: CRAM Alsace-Moselle, Januar 2006.  
 \* Moselle: k.A. (Diese Geräte unterliegen in Frankreich keiner Meldepflicht).

Sources:  
 Sarre: Données indiquées par les hôpitaux. Sondage de janvier 2006.  
 Moselle: CRAM Alsace-Moselle, janvier 2006  
 \* Moselle: pas de données (Cet équipement n'est pas soumis à autorisation en France).

### 3.1.4 La spécialisation croissante des soins

Comme toute autre discipline scientifique, la médecine forme constamment de nouvelles spécialités – qui parfois viennent à se regrouper entre elles pour former encore d'autres spécialisations de nature pluridisciplinaire.

Si l'on considère les missions nationales de couverture médicale – qui exigent une couverture universelle sur l'ensemble du territoire – et les problèmes de financement quasiment inévitables qui en résultent, la question se pose comment gérer des pôles d'excellence dans certaines spécialités dans la Grande-Région.

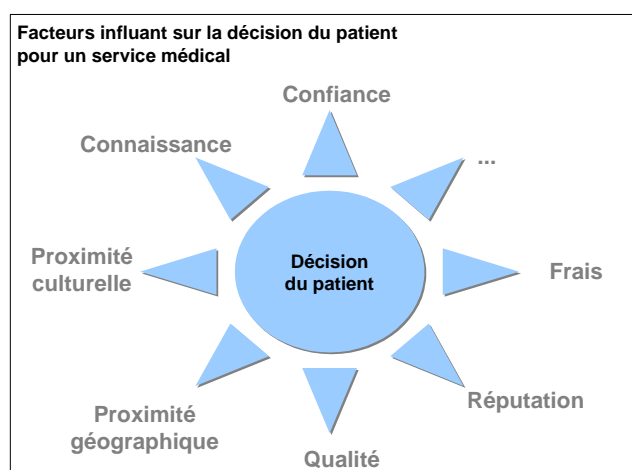
On peut supposer qu'il n'est pas possible aux collectivités en question d'assurer à la fois une telle couverture universelle à un niveau de qualité satisfaisant, la formation de personnel incluse, et, de plus, de développer et de financer des spécialités médicales de telle sorte qu'elles soient équipées en personnel et en moyens techniques qui leur permettent d'établir et de maintenir à terme une réputation internationale.

Compte tenu de la situation sur le marché de l'emploi, la réflexion sur la coopération transfrontalière pour le développement de pôles spécialisés dans la région de projet semble s'imposer.

### 3.1.5 Marché de la santé: le patient décidera

L'élément qui semble faire le plus obstacle à la coopération transfrontalière pourra être considéré à la fois comme son meilleur moteur : le patient. L'élément clé de la couverture médicale de ce point de vue est la confiance dans les structures connues – les patients s'orientent naturellement vers les offres proches au niveau culturel et géographique. S'ajoutent aux facteurs culturels comme la langue ou la relation entre patient et médecin traitant de manière générale, certains aspects individuels comme la relation personnelle entre un patient et « son » médecin.

Toutefois, on réalise que les systèmes établis sont de plus en plus difficiles à financer, ce qui a entraîné des réformes qui visent à une participation croissante des patients aux frais médicaux. Cette évolution ne pourra avoir autre conséquence qu'une prise de conscience croissante de la qualité et des coûts des soins de la part des patients. C'est pourquoi malgré une tendance plutôt



conservatrice, il faut s'attendre à un progrès des flux de patients qui seront déterminés par la réputation de certains services ou médecins spécialisés, par la qualité attendue des soins, et par les frais (de participation) qui en résultent.

Il sera difficile d'endiguer la transition vers une conception de prestation de service dans ce domaine ; elle résulte tout simplement des systèmes déficitaires dans les pays concernés. La tâche des institutions publiques sera justement de gérer une telle transition de manière à ce qu'elle soit vivable pour l'ensemble des citoyens, tout en cherchant à coopérer et à « apprendre » des modèles des pays voisins. Le cadre juridique européen offrira certainement des chances nouvelles dans ce sens – il pourrait même aller jusqu'à imposer certaines contraintes.

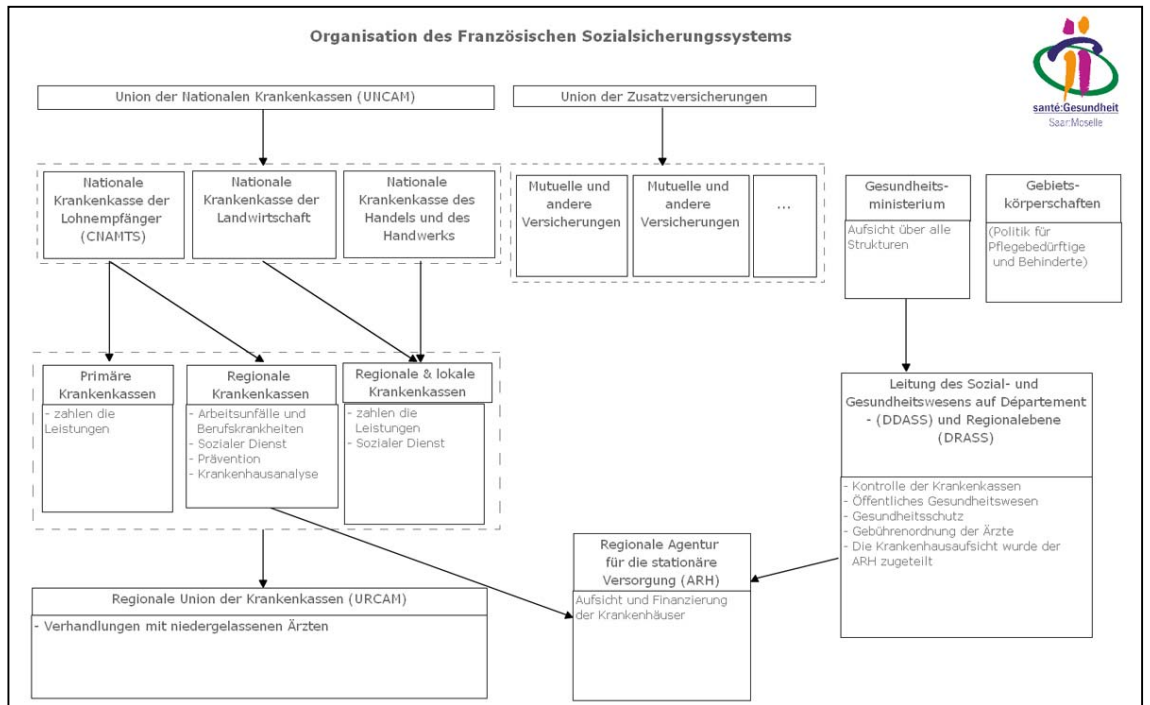
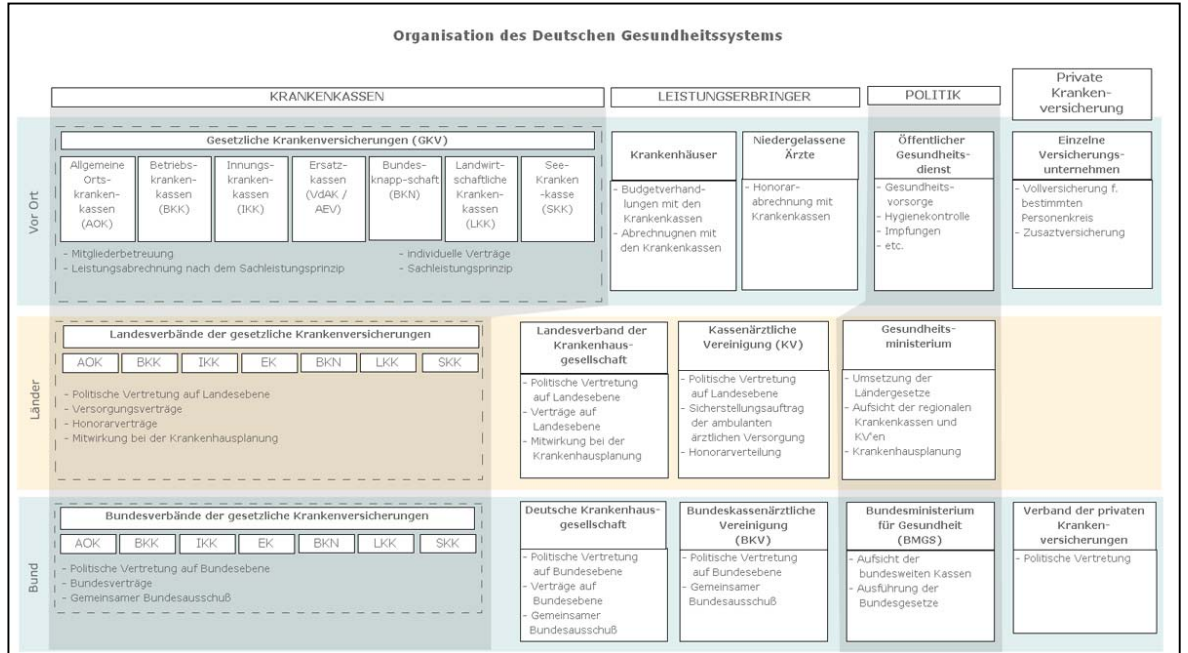
### **3.2 Obstacles à la coopération**

La règle que le premier pas est le plus difficile s'applique également à la coopération dans le secteur de santé.

Les structures administratives très différentes selon les pays représentent un obstacle considérable, comme l'a constaté le groupe de haut niveau. La simple recherche d'un partenaire compétent pour un sujet précis dans le pays voisin peut s'avérer très compliquée sans bonne connaissance du schéma d'organisation, sachant qu'il arrive que cet interlocuteur n'existe pas en tant que tel, mais que la responsabilité soit répartie sur plusieurs organismes – qui devront d'abord s'accorder entre eux (au niveau national). Il est important de mentionner cette situation, parce qu'elle est souvent sous-estimée, et elle demande à ceux qui recherchent la coopération beaucoup de temps, de ténacité et de bonne volonté.

Les structures ont été établies pour la France et l'Allemagne dans le cadre du projet Santé-Gesundheit Saar-Moselle, mais un schéma analogue n'est pas disponible pour le Luxembourg. Ce travail est à prévoir dans un projet futur.





Quelle: [www.gesundheit-saar-moselle.org](http://www.gesundheit-saar-moselle.org)

Organisation du système de protection sociale du Luxembourg

A déterminer dans le projet consécutif

Parmi les obstacles les plus flagrants qui entravent et continueront d'entraver la coopération transfrontalière, on peut certes compter les conceptions différentes de la mission de couverture universelle et la conception de soi des institutions.

Les tables rondes ont également montré qu'il existaient différentes conceptions de l'organisation des soins ou du statut des patients. Il est, par exemple, très compliqué de délocaliser un traitement spécifique faisant partie d'une filière de soins française vers un hôpital allemand où l'on suit le système des DRG (diagnosis related groups) qui y est incompatible; s'en suivent des problèmes au niveau de la facturation. A l'inverse, les caisses françaises insistent sur l'importance des filières de soins et n'offrent pas la prise en charge de soins administrés hors de ce système.

On observe un phénomène similaire à propos des motivations pour la coopération transfrontalière en général : du côté allemand, la recherche de synergies et la réduction d'éventuelles surcapacités représente un critère suffisant pour envisager une coopération (même transfrontalière), alors que du côté français, on ne préfère engager une coopération que lorsqu'une divergence concrète entre l'offre et la demande est constatée « sur le terrain ».

Si les organismes responsables de la planification limitent ainsi leur volonté de coopération à la simple réaction à des déficits momentanés, les coopérations à ce niveau seront de durée limitée, car d'ordre aigu et non stratégique.

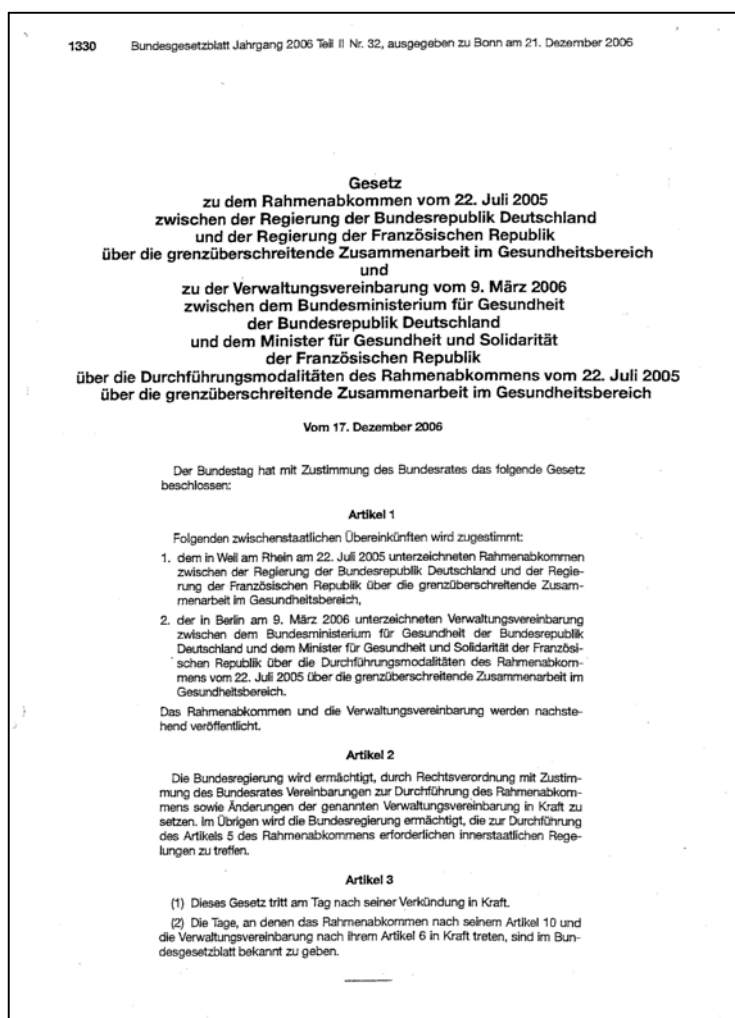
### 3.3 Fondement juridique et état des lieux sur l'accord cadre franco-allemand sur la coopération dans le domaine de la santé

L'accord cadre de 2005/06 exprime le désir des deux états

- d'améliorer la qualité des soins
- de faciliter l'accès aux soins de façon continue dans les régions frontalières et
- de simplifier les procédures administratives et financières.

L'accord prévoit explicitement la répartition de ressources matérielles et humaines – donc la base pour de « véritables » coopération opérationnelles. De manière concrète, le traité accorde le droit au personnel d'urgence d'opérer sur le sol du pays voisin, tout en le libérant d'éventuelles obligations d'adhérence à des associations professionnelles dans le pays hôte, et en le plaçant sous les termes et conditions juridiques de son pays d'origine.

L'autorisation de la caisse pour un traitement stationnaire dans le pays voisin pourra être accordée automatiquement – ce qui ne contredirait pas le cadre juridique européen, tout en facilitant la démarche au patient. Il reste aux acteurs concernés (prestataires et assureurs des deux pays) à s'accorder sur les modalités.




L'accord prévoit également une évaluation annuelle par une commission qui sera chargée d'élaborer des solutions à d'éventuels problèmes de mise en œuvre ou d'interprétation.

Ces quelques points essentiels démontrent la volonté de simplifier les soins au niveau transfrontalier et d'offrir un cadre juridique aux acteurs recherchant la coopération transnationale. La pratique devra rendre compte de la compatibilité entre la gestion commune des ressources d'une part et les missions de couverture médicale de l'autre (cf. chap. 3.5) et de quelle manière prestataires et assureurs s'accorderont sur les modes de facturation.

### 3.4 Coopérations « véritables »

A partir du tableau en début de ce rapport qui indique 39 activités de tous genres, nous avons extrait la liste ci-dessous. Nous avons appelé ces activités des coopérations « véritables » parce qu'elles se fondent sur la volonté explicite du travail transfrontalier et qu'elles sont axées sur une coopération à long terme. La numérotation correspond au tableau du chapitre 1.1.

| N° | Description   | Sarre | Lor | Lux | RP | Autres |
|----|---|-------|-----|-----|----|--------|
| 1  | L'accord cadre franco-allemand sur la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé du 22.07.2005 et l'arrangement administratif consécutif du 9.3.2006 – abouti notamment grâce à l'intervention des services compétents de la Rhénanie-Palatinat. Il faut considérer cet acte juridique comme extrêmement important à terme pour toutes les coopérations formelles qui suivront. | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  | ✓      |
| 3  | Le service de garde alterné pour les transports d'urgences entre les communes de Wissembourg (Alsace) et de Bad Bergzabern (Rhénanie-Palatinat), réglé de manière informelle et efficace.   |       |     |     | ✓  | ✓      |
| 4  | Les obstacles à la mobilité surpassés (bien que persistant pour des cas individuels) grâce à l'évacuation d'urgence par les hélicoptères de sauvetage Christoph 77 (Mayence), Christoph 16 (Sarrebruck), Samu 57 (Nancy) et LX-HMD / LX-HRC / LX-HPG / LX-HMS (Luxembourg).   | ✓     | ✓   | ✓   | ✓  |        |
|    |    |       |     |     |    |        |
| 7  | La publication du rapport de projet « Anerkannte Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen als Mobilitätschance » du groupe de travail sur la mobilité (AG mobil) en coopération avec l'université de Trêves en mars 2004. Prof. Gonon et son équipe furent appelés à l'université de Zurich à la suite de ces travaux.   |       |     | ✓   | ✓  |        |

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Le portail bilingue « Sozial InformationsDatenbank – SID » sur la protection sociale dans la région de projet, suivi de dépliants à propos de la retraite et de l'assurance maladie. Mise-à-jour fin 2006.<br><a href="http://www.sid-sllr.org">www.sid-sllr.org</a>  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 11 | La conférence EURES-SLLR sur la santé dans la Grande-Région le 19.01.2005 à Mondorf-les-Bains, avec plus de 100 participants, titrée « l'accès libre aux prestations de santé dans la Grande-Région et l'impact sur les marchés du travail transfrontaliers ». Conçue et réalisée par MKW et ses partenaires.   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 12 | L'étude EURES-T « Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion », état des lieux du secteur de santé en Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat, publiée en mai 2006 par MKW et financée par des moyens du ministère de la santé de la Rhénanie-Palatinat et de l'UE.   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 14 | Le projet transfrontalier entre LAGS (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland) et CLTS (Centre Lorrain des Technologies de la Santé) 2002-2007, financé par des moyens INTERREG avec pour objectifs notamment la collecte d'informations sur l'offre et la demande de soins dans la zone frontalière Sarre-Moselle. Les données rassemblées sont mises à disposition du public et des professionnels par un rapport et sur le site <a href="http://www.gesundheit-saar-moselle.org">www.gesundheit-saar-moselle.org</a> . Publication de 10 éditions du périodique « Santé transfrontalière » . | ✓ | ✓ |   |   |   |
| 19 | Le « groupe de prévention contre la dépendance de Mondorf » existe depuis 1992 et se constitue des régions Rhénanie-Palatinat, Sarre, Luxembourg, Lorraine et Communauté Germanophone de Belgique. Son objectif est la coopération transfrontalière dans le domaine de la prévention des toxicomanies, notamment pour jeunes et adolescents.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| 21 | Le projet LUXLORSAN, une coopération entre la Lorraine, le Luxembourg et la province belge de Luxembourg pour l'amélioration des soins transfrontaliers ; des analyses et rencontres régionales furent organisées par les caisses maladies, les institutions régulatrices et des instituts de recherche dans le cadre d'un projet INTERREG 2002-2005.   |   | ✓ | ✓ |   | ✓ |
| 23 | Le registre commun de places d'hospitalisation (nombre de lits) entre la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, l'Alsace et certains cantons suisses avec pour objectif l'amélioration des services d'urgence  | ✓ |   |   | ✓ | ✓ |

|    |   |   |   |   |   |  |
|----|---|---|---|---|---|--|
| 24 | La bourse de coopération HEALTHCARE Saar-Lor-Lux pour entreprises et instituts de recherche, organisé par LAGS et CLTS avec la chambre de commerce sarroise IHL/ZPT). Tenue jusqu'ici le 01.06.2005 à Sarrebruck, le 01.06.2006 à Metz et le 04.10.2006 à Sarrebruck  | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 25 | L'EUREGIO des dentistes Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat, un rassemblement informel des ordres de médecins dentistes respectifs ; diverses rencontres à propos de sujets spécifiques ont mené à l'organisation de séminaires communs – le dernier datant du 15.03.2006 à Sarrebruck.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 31 | La coopération des services de secours Sarre-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat avec l'accord sur le transport des grands brûlés vers l'hôpital de Ludwigshafen.  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 34 | La coopération entre l'état français et la commune de Sarrebruck dans le cadre du projet Métropole Moselle-Est (Sarreguemines, Forbach, St Avold, Freyming-Merlebach) de l'année 2006. En plus d'un échange d'informations à propos de bonnes pratiques, on prépare des projets pour l'échange transfrontalier de personnel qualifié. Le projet Métropole est programmé de 2007 à 2013. | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 35 | Le traitement de dialyse de patients lorrains par des hôpitaux sarrois.   | ✓ | ✓ |   |   |  |
| 37 | Le contrat de coopération entre les services de neurochirurgie des hôpitaux de Nancy/Metz et Sarrebruck (en cours de préparation)   | ✓ | ✓ |   |   |  |

Une recherche approfondie permet donc de trouver 20 projets de ce type. Il n'est pas du domaine de ce rapport de commenter ces activités en détail ; cette liste prouve toutefois que la volonté de coopération a nettement augmenté de tous les côtés depuis quatre ans. Pourtant, la plupart des projets sont d'ordre bilatéral et ne concernent pas toute la Grande-Région.

L'accord franco-allemand de 2005/06 confirme cette observation. Nous verrons plus tard qu'il semble y avoir des raisons pour lesquelles certains procédés se règlent plus rapidement et plus facilement de manière bilatérale qu'avec plusieurs acteurs.

### **3.5 Un sujet récurrent: identifier des potentiels de réduction des coûts au niveau transfrontalier – mais où?**

Tout expert et tout projet se voient confrontés à cette question dès la phase initiale ; plus qu'une question de style, il s'agit de la légitimité de la demande envers les financiers du projet, au niveau régional tout comme à Bruxelles. Qui voudrait s'opposer, par exemple, à l'achat et à l'exploitation commune d'équipement médical lourd ?

Cette proposition restera toujours pensable, même faisable – et pourtant, illusoire. Chacune des régions est soumise au devoir (national) d'assurer la couverture médicale universelle pour tous les citoyens, donc jusqu'aux limites du territoire.

Cette idée ne vaudra donc une discussion sérieuse que dans le cas, et au moment où, la législation européenne viendrait à permettre la prise en charge (partielle) de la couverture médicale par une administration autre que celle de la collectivité en question. Qu'on ne s'y trompe pas : il n'est pas impossible que l'UE impose une telle réglementation plus rapidement qu'il ne plaise à certaines administrations – en vue de comportements souvent « protectionnistes » : en effet, chaque pays tente – de façon plus ou moins implicite – de soigner ses patients chez lui, afin de garder les chiffres d'affaires générés dans le pays. Honni soit qui mal y pense ...



## **4. La coopération transfrontalière via INTERREG dans le secteur de la santé 2007- 2013**

### **4.1 Un ! projet sanitaire transfrontalier de référence pour la grande-région**

Les résultats présentés à l'entrée de ce rapport ont montré que jusqu'en 2006, lorsqu'au moins 3 programmes INTERREG différents agissaient sur la Grande-Région indépendamment les uns des autres, on ne peut reconnaître de volonté politique d'aucun côté en ce qui concerne des projets communs dans le domaine sanitaire. La situation a changé en vue du programme 2007-13.

Le Conseil Européen a défini la réglementation pour le nouvel objectif 3 « coopération territoriale européenne » en juillet 2006. En font partie les coopérations interrégionale et transnationale, mais aussi la coopération transfrontalière locale (INTERREG IV-A). Lors du sommet de la Grande-Région le 1<sup>er</sup> juin 2006, le pouvoir exécutif a décidé de soumettre un programme commun pour la coopération transfrontalière de 2007 à 2013. Le programme concerne 4 unités géographiques : les régions INTERREG actuelles De-Lux, Wallonie-Lorraine-Luxembourg et Sarre-Moselle-Palatinat Occidental ainsi que la nouvelle entité « Grande-Région » destinée aux projets de partenaires originaires des 6 régions la composant, qui sont : Sarre, Luxembourg, Rhénanie-Palatinat, Wallonie et Communauté Germanophone de Belgique.

La stratégie du programme opérationnel définit quatre piliers dont le financement est précisé de la manière suivante :

#### **1. Economie: 43,53 %**

##### 1.1 Promotion de l'innovation

##### 1.2 Promotion de projets communs pour le développement de la structure économique

##### 1.3 Développement des infrastructures transfrontalières

##### 1.4 Promotion du développement de l'emploi transfrontalier

##### 1.5 Promotion de l'offre touristique

#### **2. Espace: 25,21 %**

##### 2.1 Promotion de la politique d'aménagement du territoire

##### 2.2 Amélioration de la mobilité dans la Grande-Région

##### 2.3 Valorisation et protection de l'environnement

**3. Personnes: 25,26 %**

3.1 Coopération dans les domaines de la formation et de la formation continue

3.2 Renforcement de la coopération universitaire

3.3 Promotion de la coopération dans le secteur de la santé

3.4 Promotion de la coopération dans le domaine du social

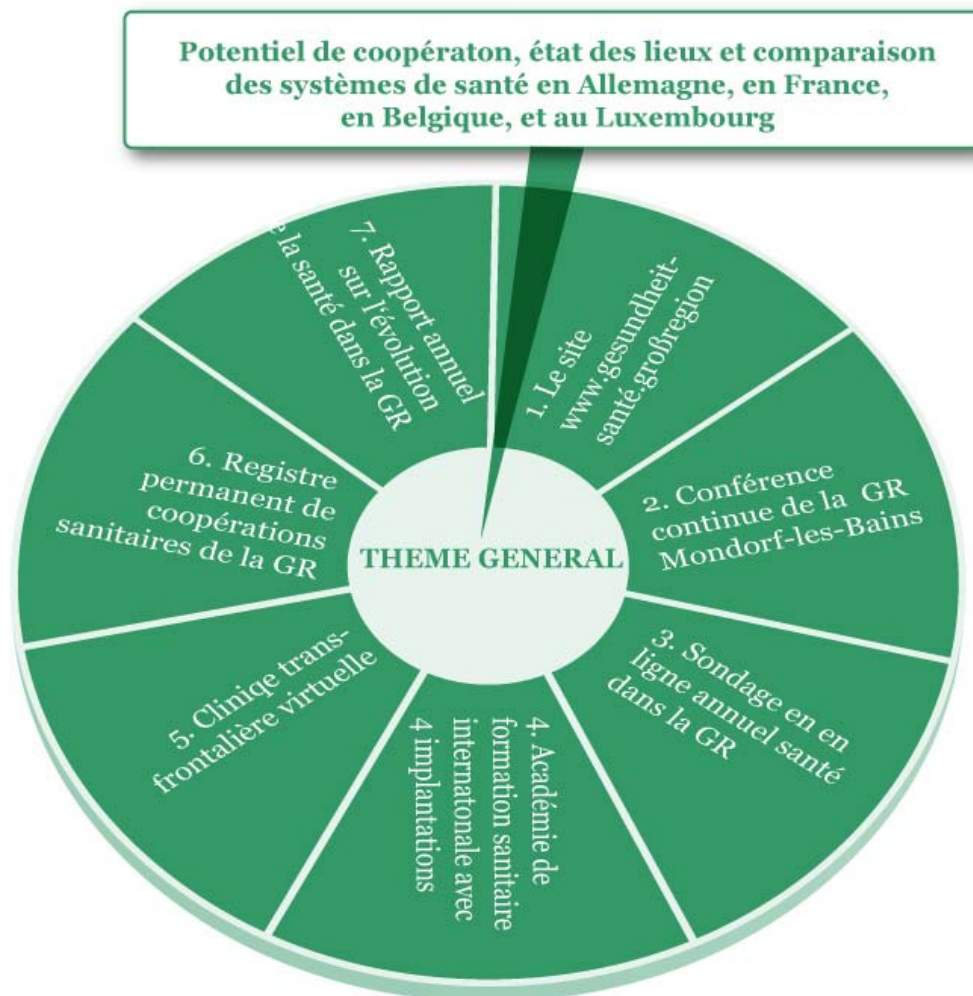
3.5 Promotion et valorisation de la culture et coopération des médias

3.6 Encouragement de micro-projets

**4. Aide technique: 6%**

**Les points 1.3, 3.1, 3.2 et plus explicitement 3.3 « Promotion de la coopération dans le domaine de la santé » ainsi que 3.4 représentent des domaines qui offrent l'opportunité de propositions communes. Nous conseillons vivement la déposition d'un seul ! projet général, qui pourra contenir 7 divisions thématiques et géographiques que nous proposons dans le chapitre suivant.**

### Rotonde de coopération: le projet général et ses 7 sujets



#### 4.2 Les possibilités du programme INTERREG IV 2007-13:

##### 1 sujet général qui regroupe 7 thématiques – une recommandation pour une proposition commune

Ce chapitre détaille nos recommandations sur la composition d'un projet général de coopération transfrontalière dans le secteur de la santé. Tout organisme intéressé est explicitement invité à apporter d'autres à intégrer dans la proposition. Il est toutefois important de procéder EN COMMUN et RAPIDEMENT afin de respecter les délais d'admission. De plus, l'expérience montre que seuls les démarches initiées et formulées de concert ont une durée de vie qui dépasse les périodes de subventions prévues par l'UE.

## **Les 6 régions participent au projet général**

### **THÈME GÉNÉRAL:**

### **Potentiel de coopération, inventaire et comparaison des systèmes de santé français, allemand, belges et luxembourgeois**

#### **7 sujets:**

1. le site [www.gesundheit-santé.großregion6](http://www.gesundheit-santé.großregion6) (mise en oeuvre et mise à jour)
2. la conférence continue santé en Grande-Région, Bad Mondorf
3. le sondage en ligne annuel sur des sujets de santé de la Grande-Région
4. l'académie de formation sanitaire internationale avec 4 implantations
5. la clinique transfrontalière virtuelle
6. le registre permanent de coopérations sanitaires en Grande-Région
7. le rapport annuel sur l'évolution de la santé dans la Grande-Région

Les 7 thèmes sont d'importance pour toutes les zones frontalières des 6 régions constituantes ; il est possible d'y ajouter des zones que l'on définirait par rapport à un échange intense ou un nombre plus élevé de frontaliers. Actuellement pourraient être représentées par exemple

### „Zones à fort échange transfrontalier“ (extrait)

1. Trier – Luxembourg,
2. Perl/Merzig+ – Luxembourg,
3. St.Vith/DG+ - Luxembourg – Bitburg/Prüm/Nordeifel,
4. Sarreguemines/Bassin Houillier/Forbach/St Avold /Moselle - Saarbrücken/Saarlouis/Saar,
5. Arlon/PED/Longwy+ – Luxembourg,
6. Thionville/Meurthe-et-Moselle+ - Luxembourg,
7. Westpfalz – Lorraine

et autres, qui seraient à définir. L'analyse devra donc porter sur la Grande-Région, mais aussi sur ces zones à définir, car les constats valables pour l'ensemble de la Grande-Région ne le seront pas forcément pour les zones en question et vice-versa. Cette approche est nouvelle et requiert éventuellement d'être communiquée soigneusement, mais elle correspond aux conditions géographiques. En d'autres termes : elle met un terme à l'idée que

1. la Grande-Région soit un grand ensemble cohérent et homogène et que
2. tous les constats à propos d'une zone de la Grande-Région puissent être transférées à toutes les autres zones.

Ceci rappelle la discussion décrite en début, citant certains qui estiment que la Grande-Région est trop grande. Ce tabou latent doit être brisé le plus rapidement possible et la situation demande à être clarifiée ; la politique transfrontalière risque autrement de s'éloigner d'avantage de l'intérêt du discours public.

#### **1. Le site [www.gesundheit-santé.großregion6](http://www.gesundheit-santé.großregion6) (mise en oeuvre et mise à jour)**

Il regroupe et intègre tous les sites existants portant sur la santé et se présente en portail de santé de la Grande-Région. Il est bilingue, régit par un webmaster dont les responsabilités sont clairement définies et il est à jour. En offrant des liens vers tous les sites des régions constituantes, il ne cherche pas à les remplacer, ni à les concurrencer – au contraire, il aide à éviter le travail double. Le site d'informations sur la protection sociale [www.sid-sllr.org](http://www.sid-sllr.org), conçu dans le cadre d'un projet EURES-T SLLR, peut-être considéré comme projet pilote à cet égard.

D'autres sujets présentés sont à définir par les partenaires ; le thème général et les sept sujets représentent évidemment des chapitres du site. S'y ajoutent un lien vers le portail de santé de l'UE ainsi que vers les 4 portails de santé nationaux. Si un tel site voyait le jour, il serait le précurseur de ce que le publique intéressé attend d'un site « santé des régions de l'UE ».

## **2. La conférence continue santé en Grande-Région, Bad Mondorf**

Compte tenu du nombre élevé d'activités différentes, il semble très utile d'instaurer un échange régulier, afin

- d'offrir une vue d'ensemble compacte sur l'évolution et les actualités du secteur,
- de promouvoir les contacts informels et personnels dont on connaît l'importance pour la coopération et
- d'institutionnaliser l'encouragement aux projets de coopération, leur création, et leur évaluation.

Cette conférence n'est pas une fin en soi, elle devra être organisé de manière à restreindre la durée en plénum (p. ex. pour la présentation de nouveautés d'intérêt général) et d'accorder la majeure partie du temps à différents sujets spécialisés qui concernent des groupes de professionnels ou certaines zones frontalières. Cette idée naît du fait que tous les experts consultés ont nié le besoin de nouvelles études comparatives ou statistiques ; ils attendent plutôt le lancement des projets concrets, facilités par le récent accord cadre.

Autrement dit: une conférence régulière permettrait de réunir tous les acteurs de la Grande-Région prêts à coopérer lors d'un même rendez-vous ; elle serait également une plate-forme idéale pour des groupes spécialisés (à définir) de discuter de manière concrète et substantielle les sujets qui les concernent. Le Domaine Thermal de Bad Mondorf apparaît comme un lieu qui pourrait faire l'unanimité – il est équipé pour accueillir des conférences et se situe au cœur de la Grande-Région. Le cycle annuel pourrait être étendu à 18 mois après trois années afin d'éviter l'installation d'une certaine fatigue qu l'on peut observer au sommet de la Grande-Région.

### **3. Le sondage en ligne annuel sur des sujets de santé de la Grande-Région**

**Ce sondage devra être conçu par les responsables du rapport annuel présenté à la Commission Régionale en accord avec le gérant du site [www.gesundheit-santé.großregion6](http://www.gesundheit-santé.großregion6). Il se fonde sur un questionnaire standardisé qui permettra de représenter les opinions et les tendances à propos de la santé. Reste à définir les groupes cibles à interroger.**

D'éventuels groupes cibles sont : les prestataires de soins, les assureurs, les institutions sanitaires publiques, les agences d'hospitalisation, association de patients, la recherche médicale, la presse spécialisée et, si besoin est, l'industrie pharmaceutique implantée dans la Grande-Région.

Un tel procédé permettrait de représenter le niveau de connaissances et le besoin d'informations de façon précise et vérifiable ; le rapport annuel pourrait facilement faire l'inventaire des déficits ainsi que des barrières écartées, ce qui reviendrait à une évaluation continue du projet, c'est-à-dire le monitoring imposé à juste titre par l'UE.

### **4. L'académie de formation sanitaire internationale avec 4 implantations**

L'installation d'un tel établissement serait à la fois sensationnelle et souhaitée. On peut noter trois conditions essentielles pour qu'il y ait consensus sur le projet dans toutes les régions constituantes :

1. le complexe thématique de la reconnaissance des diplômes doit être abordé, des équivalences doivent être formulées,
2. l'implantation centrale doit bénéficier d'un gérant compétent et créatif, reconnu par le public compétent et les professionnels,
3. des implantations doivent être prévues dans chacune des régions constituantes afin d'éviter toute discussion inutile à propos de l'accessibilité de l'établissement ou de favoritisme.

L'idée d'un tel établissement a été discutée et appréciée dans toutes les tables rondes ; il va de soi que son curriculum est bilingue. Le curriculum couvre tous les sujets relatifs aux métiers de la santé, mais il est ouvert à des sujets comme la gestion hospitalière, le controlling médical, la recherche, les finances et les partenariats publiques-privés, les nouvelles technologies et la télé médecine, la carte européenne d'assurance maladie et les réglementations de L'UE, mais aussi les soins de réadaptation ou le tourisme wellness – ces sujets, entre autres, ont été proposés lors des tables rondes.

Une telle académie pourrait être organisée de façon similaire à l'Académie Européenne de Droit à Trêves. S'y prête notamment l'institut international de gestion médicale du Professeur Andreas Goldschmidt (Internationales Health Care Management Institut – IHCI) à l'université de Trêves. On y propose un MBA en gestion et logistique sanitaire qui inclus des thèmes tels la stratégie opérationnelle, la gouvernance, fusions et acquisitions, bio-statistique et épidémiologie, systèmes d'informations hospitaliers, et gestion de l'information.

## **5. La clinique transfrontalière virtuelle**

Où pourrait se trouver une clinique aux frontières de toutes les régions constituantes ? Elle permettrait de découvrir tous les problèmes et toutes les possibilités de la coopération transfrontalière et dans le cas idéal, réunir tous les avantages (non seulement financiers) des différents systèmes de protection sociale. Un tel établissement n'existe pas, c'est pourquoi il nous faut le créer.

Pour découvrir toutes les éventuelles synergies ainsi que les obstacles à la coopération transfrontalière, il faudrait un hôpital à cheval sur la frontière. Ceci étant impossible au niveau physique, l'idée s'est développée lors des ateliers de projeter un tel établissement de façon virtuelle. En tentant d'intégrer virtuellement toutes les régions constituantes avec leurs spécificités juridiques, professionnelles et culturelles, il devrait être possible avec les moyens actuels de la simulation numérique (pas forcément sur Second Life, mais pourquoi pas ?) d'engager une comparaison systématique qui dégagerait toutes les opportunités et tous les obstacles à la coopération – pour finalement aider à les surpasser. Les mots-clés à ce propos: cadre juridique, filières de soins et DRG, logistique, procédés hospitaliers internes, gestion de qualité et controlling.

Les modes de certification et les équivalences de diplôme en font également partie.

Il s'agit de répertorier les procédés dans le domaine clinique, mais aussi dans l'administration, aussi bien du côté des prestataires que des assureurs et des régions publiques (réglementations UE incluses) et de vérifier toutes ces modalités par rapport à une valeur de référence. Une fois cette mise en relation effectuée, il devrait théoriquement être possible de simuler, de comparer et d'évaluer tout procédé d'après un schéma national ou transfrontalier. Cette comparaison des modèles permettrait de distinguer des obstacles d'une part, mais aussi à procéder à une évaluation (formalisée) de l'efficacité des différents déroulements, afin d'extraire les composantes « idéales » de chacune des différentes méthodes de travail des quatre pays.



La proposition a été faite de confier un tel travail à un doctorant ou un groupe de recherche d'une université de la Grande-Région, par exemple à une chaire d'économie, d'informatique médicale ou d'une discipline voisine. Cela représenterait une variante intéressante d'intégrer une partie de recherche et de développement dans le nouveau projet INTERREG. La proposition peut paraître inhabituelle et théorique – elle l'est, certes. Mais elle est aussi avant-gardiste de par son approche, qui tente de réunir et de faire interagir l'ensemble des phénomènes pratiques de façon théorique.

## **6. Le registre permanent de coopérations sanitaires en Grande-Région**

Un tel registre, s'il avait existé, aurait été une aide bienvenue lors des entrevues et des tables rondes. Il serait utile de le créer en collaboration avec le gérant du site de santé afin de répertorier les projets, leurs durées, les partenaires impliqués et les modes de financement.

Le registre ferait office d'archive – pour les coopérations closes, de catalogue de projets en cours, et de bulletin d'annonces pour ceux qui recherchent la coopération – telles les bourses de coopération mises en place par les chambres de commerce de la Grande-Région. Il correspond bien à la nature d'un site internet d'offrir une telle plate-forme interactive qui incite au dialogue.

Il est également recommandé de récompenser des projets hors du commun par un « prix de la coopération sanitaire dans la Grande-Région », qui pourrait être remis p. ex. lors du sommet de la Grande-Région. Pourraient également être éligibles des individus ou des organismes ayant un mérite plus général à la coopération transfrontalière dans ce domaine. Restent à définir la composition du jury et la nature (monétaire ?) de la récompense.

## **7. Le rapport annuel sur l'évolution de la santé dans la Grande-Région**

Le rapport annuel établit un état des lieux à propos du thème général « coopération, inventaire et comparaison des systèmes de santé français, allemand, belges et luxembourgeois » et des 7 sujets compris. Comme la conférence annuelle, il pourra être reporté à un écart de 18 mois après la troisième année pour éviter le sentiment de routine et de fatigue. Rédigé en allemand et en français, il sera accessible au public par internet et

devrait comporter en deçà de 100 pages, afin de rester lisible et concis – et de se distinguer de rapports inutilement longs.

En comparant les objectifs fixés à ceux effectivement atteints par chaque projet, il représente un instrument d'évaluation valide. Il rapporte également de l'évolution du secteur au niveau européen et modifie le cadre et les objectifs des projets le cas échéant (p. ex. à la suite d'une nouvelle directive).

Le rapport présentera et comparera des projets du même type dans d'autres régions frontalières de l'UE. Il servira ainsi de baromètre des performances entre les projets de la Grande-Région ainsi que face à ceux de l'extérieur, ce qui correspond à l'optique du monitoring.

### **Perspectives pour INTERREG IV 2007-13**

Les observations de ce rapport illustrent les multiples entrevues, études et recherches entreprises par MKW avec des partenaires de la Grande-Région au cours de ces dernières années. Elles ne présentent pas d'impératifs, mais des recommandations qui résultent entre autres du fait qu'un nombre important de frontaliers, de citoyens, de représentants des médias et d'experts nous ont contacté de leur propre gré.

Ces recommandations pourraient former un point de départ et un catalyseur pour l'élaboration d'une proposition de projet INTERREG IV Grande-Région Sarre-Lorraine-Luxembourg-Rhénanie-Palatinat-Wallonie-Communauté Germanophone de Belgique pour le programme 2007-13. Suivant un procès de « institution building », c'est-à-dire la recherche des partenaires qui réalisent le projet en acteurs, il est nécessaire de veiller à une répartition égale entre les 6 régions constituantes au niveau des responsabilités et de l'opérationnel. Ce processus doit être conclu de façon constructive avant la fin de l'été 2007, afin de former un groupe efficace qui devra élaborer les demandes de financement ; les projets devant être opérationnels début 2008.

## ANNEXE

### A. Programme de la conférence „European Health Policy“, 5-6 mars 2007, à Düsseldorf.

#### Final Conference of the “EUREGIO” project on 6 March 2007 ”Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health“

6 March 2007

|   |   |
|---|---|
| 8.30 – 9.00 Uhr                                     | Reception with coffee and tea / <i>Empfang mit Kaffee und Tee</i>   |
| 9.00 – 9.30 Uhr                                     | <b>Welcome address; The European Health Strategy</b><br><i>Begrüßung und Anmerkungen zur europäischen Gesundheitsstrategie</i><br>Dr. Helmut Brand MSc, Director of the Institute of Public Health (Iögd) NRW   |
| <b>The European Level / Die Europäische Ebene</b>   |   |
| 9.30 – 10.00 Uhr                                    | <b>Bilateral contracts and cross-border planning: Methods to facilitate cross-border cooperation in the health sector</b><br><i>Bilaterale Kontrakte und Planungen über Grenzen: Wege zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor</i><br>Philippe Harant, Ministry of Health, presently working with the Ministry of Foreign Affairs, France  |
| 10.00 – 10.30 Uhr                                   | <b>Cross-border cooperation in the health sector – innovative model projects and lessons for future cooperation (outcomes of the EUREGIO project)</b><br><i>Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – innovative Modellprojekte und Lehren daraus für die zukünftige Zusammenarbeit (Ergebnisse des Projektes EUREGIO)</i><br>Ulrike Wolf, project coordinator EUREGIO  |
| 10.30 – 10.45 Uhr                                   | <i>Coffee and tea break / Kaffee- und Teepause</i>  |
| <b>The Euregional Level / Die euregionale Ebene</b> |   |
| 10.45 – 11.00 Uhr                                   | <b>Euregios and similar structures: service providers, partners and driving forces of cross-border cooperation in the health sector</b><br><i>Euregios und ähnliche Strukturen: Dienstleister, Partner und Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen</i><br>Martín Guillermo Ramírez, Secretary General of the Association of European Border Regions (AEBR)   |
| 11.00 – 12.30 Uhr                                   | <b>Health without borders: health active Euregios “Yesterday – Today – Tomorrow”</b><br><i>Gesundheit ohne Grenzen: Gesundheitsaktive Euregios „Gestern – Heute –Morgen“</i><br><b>Cross-border cooperation in health between new and old EU-Member States – the Euroregion Pomerania / Grenz übergreifende Gesundheitskooperationen zwischen neuen und alten EU-Mitgliedstaaten – die Euroregion Pomerania</b><br>Peter Heise, Kommunalgemeinschaft POMERANA e.V., Secretary<br><b>CAWT: its activities, developments and future challenges in cross-border health / CAWT: Aktivitäten, Entwicklungen und Herausforderungen für die Zukunft der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung</b><br>Colm Donaghy, Cooperation and Working Together, Director General<br><b>Promoting and hindering factors in cross-border cooperation in health in the Euregio Meuse-Rhine / Fördernde und hemmende Faktoren bei der grenzübergreifenden Gesundheitskooperation in der Euregio Maas-Rhein</b><br>Johanna Schröder, Ministry of the German-speaking Community of Belgium<br><b>The Upper Rhine Conference – Cross-border activities in health in the Upper Rhine Region / Die Ober-rhein-Konferenz – Grenzübergreifende gesundheitsrelevante Aktivitäten in der Oberrheinregion</b><br>Dr. Günter Pfaff, Dr. P.H., Head, Epidemiology and Health Reports Unit, District of Stuttgart Government, State Health Office<br><b>Granting of awards to selected projects</b><br><i>Prämierung ausgewählter Projekte</i> |
| 12.30 – 13.30                                       | <i>Lunch break / Mittagspause</i>   |
| <b>Prospects / Ausblick</b>                         |   |
| 13.30 – 14.00 Uhr                                   | <b>The future of the European regional policy: Interreg IVA – new demands on cross-border programmes and projects</b><br><i>Die Zukunft der Europäischen Regionalpolitik: Interreg IVA – neue Anforderungen an grenzübergreifende Programme und Projekte</i><br>Nathalie Verschelde, European Commission  |
| 14.00 – 14.30 Uhr                                   | <b>Recommendations for action concerning quality development and strengthening of cross-border cooperation</b><br><i>Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung und Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit</i>   |
| 14.30 Uhr   | <i>End of conference / Ende der Veranstaltung</i>   |

**Conference of the “Benchmarking Regional Health Management II  
(Ben RHM II)” Project on 5-6 March 2007**

***Conference language: English***

**6 March 2007**

- 9.00 – 9.30 Uhr Reception with coffee and tea / *Empfang mit Kaffee und Tee*
- 9.30 – 9.45 Uhr **Welcome address and Health Strategies in Europe**  
*Begrüßung und Gesundheitsstrategien in Europa*  
Dr Helmut Brand MSc, Director of the Institute of Public Health (Iögd) NRW
- 9.45 – 10.00 Uhr **“Regions for Health Network in Europe” – are we on the right way?**  
*Das „Regions for Health Network“ in Europa – sind wir richtig aufgestellt?*  
Shouka Pelaseyed, WHO Regional Office for Europe

**Benchmarking in the regional Health Management / *Benchmarking im regionalen Gesundheitsmanagement***

- 10.00 – 11.00 Uhr **Main Results of the Benchmarking Regional Health Management II Project**  
*Hauptergebnisse des Projektes „Benchmarking Regional Health Management II“*  
Dr Gertrud Bureick, project coordinator Ben RHM II  
Ixhel Escamilla, project manager Ben RHM II
- 11.00 – 11.15 Uhr *Coffee and tea break / Kaffee- und Teepause*

**Public Health in European regions / *Public Health in europäischen Regionen***

- 11.15 – 11.30 Uhr **Decentralisation of Health Systems**  
*Dezentralisierung von Gesundheitssystemen*  
Dr Matthias Wismar, European Observatory on Health Systems in Policies
- 11.30 – 11.45 Uhr **Indicateurs de Santé dans les Régions d’Europe (Projet ISARE)**  
*Gesundheitsindikatoren in europäischen Regionen (Projekt ISARE)*  
André Ochoa, Observatoire régional de la santé, Bordeaux
- 11.45 – 12.45 Uhr **Use of reference frameworks as “rapid appraisal” tools for a better health policy**  
*Der Gebrauch von Referenzrahmen als „Schnellbewertungsmethode“ für eine bessere Gesundheitspolitik*  
Rosana Peiró, Centro de Salud Pública de Alzira
- 12.45 – 13.45 Uhr *Lunch break / Mittagspause*

**Results from the European regions / *Ergebnisse aus den europäischen Regionen***

- 13.45 – 14.15 Uhr **Elimination of measles: The application of reference frameworks in North Rhine-Westphalia**  
*Die Elimination von Masern: Die Anwendung des Referenzrahmens in Nordrhein-Westfalen*  
PD Dr Matthias Schröter, Institute of Public Health (Iögd) NRW, Münster
- 14.15 – 14.45 Uhr **How can Health Observatories support regional policies?**  
*Wie können gesundheitliche Observatorien die regionale Politik unterstützen?*  
Prof. Dr. John Wilkinson, Chair of the English Association of Public Health Observatories
- 14.45 Uhr **End of conference**  
*Ende der Veranstaltung*
- 19.00 Uhr **Dinner / *Abendessen***

## **B. Recommendations pour le développement de coopérations transfrontalières (même conférence)**

Joint Declaration of the Participants of the Final "EUREGIO" - Conference  
on 6 March 2007 in Düsseldorf, Germany

### **Recommendations for action concerning quality development and strengthening of cross-border cooperation**

#### **1. Recommendations for project actors**

- 1.1) Determine the need for and effectiveness of the project**
  - Spend enough time on the project preparation phase
  - If there is no valid knowledge about the need for the project, carry out a systematic analysis of needs before the project will start;
  - If stakeholders do not experience a problem or need, do not start a project
  - If possible, determine and provide evidence for the effectiveness and efficiency of the project with the help of studies, expertises etc.
- 1.2) Ensure the availability of sufficient staff and financial resources**
  - Provide for sufficient staff and financial resources
  - Before starting the project, clarify which partners will provide which type of resources, to which extent and ensure the necessary resources (e.g. grants)
- 1.3) Ensure the cross-border added value for the region**
  - Before starting the project, identify the cross-border added value for the region
  - Consider existing activities in the region (programmes, projects) and integrate them, if possible
- 1.4) Ensure early and continuous cooperation based on partnership**
  - Before starting the project, identify the relevant project partners from, if possible, all Member States involved and include them in the planning process
  - Include and involve the target group(s) at an early point in time
  - Organize meetings with all partners at regular intervals
- 1.5) Create a sense of commitment and define responsibilities**
  - Conclude cooperation agreements between all parties involved in the project prior to its start
  - Offer existing cooperation agreements to others as a model (in the sense of tool-sharing)
- 1.6) Pay more attention to public relations and project documentation**
  - Invest time into public relations
  - Draw up a plan on activities and measures in the field of information and publicity at an early point in time
  - Ensure sufficient project documentation and make the documents available to the public
- 1.7) Ensure good political and senior management support**
  - Inform and actively involve political decision makers at an early point in time
  - Actively approach politicians and make them aware of problems (e.g. through events)
  - Ensure senior management support before starting and in the course of the project
- 1.8) Evaluate projects adequately**
  - Develop activities and instruments for project evaluation at an early point in time
  - Provide for a realistic calculation of costs for project evaluation and include them in the project costs.
- 1.9) Initiate steps to ensure sustainability of the activities at an early stage**
  - Ensure sustainability in the project planning phase (consider e.g. how will the partners provide for sustainability and clarify which party/parties will be willing to pay for the continuation of the project after the funding phase)
  - If possible, start activities before project completion to ensure sustainability; make an early request for the corresponding resources, if necessary
- 1.10) Use the experiences of other projects**
  - Build partnerships and networks for an exchange of information and experiences
  - Make your own experiences and products available to other projects (also report about failures and the reasons for them) (in the sense of tool-sharing)
- 1.11) Reduce bureaucratic hindrances for Interreg**
  - Contact the INTERREG/EUREGIO secretariats before project application
  - Make a clear distinction within the projects between operative (contents-related) and strategic (management) tasks

## **2. Recommendations to European, national and/or regional actors in order to provide suitable framework conditions**

### **2.1) Create a legal basis**

- Conclusion of agreements and contracts between individual service providers and insurance companies
- Conclusion of intergovernmental contracts and agreements
- National and international authorities should be prepared to allow innovative parties to make experiences (in a pilot environment) with new forms of cross-border care. So-called “experimental clauses” could provide the legal basis here.

### **2.2) Ensure partnership-based cooperation**

- Set up or extend databases and networks to facilitate the search for partners
- Structural Funds Regulation 2007-2013: Make the intended requirements for partnership more rigorous, i.e. the joint planning and implementation of the project should be binding and at least one further criterion (joint staff, joint funding) be fulfilled; the joint use of outcomes/products could be regarded as a further criterion.
- Important to new EU Member States: Facilitate their integration with respect to partnership projects into the already established Member States.
- Provide recommendations and best-practice suggestions and examples

### **2.3) Promote the exchange of experiences and information**

- Organise events on health issues and on specialised topics (e.g. rescue services, prevention); central announcement of these events
- Set up an EU-wide project information pool on “cross-border activities in health” (including projects that go beyond physical borders, e.g. UK-Malta)
- More marketing measures on the part of the EU, Interreg

### **2.4) Facilitate access to grants / funding**

- More transparency with regard to existing funding programmes, application procedures and decisions
- Increased inclusion of experts who will counsel the project applicants and lead through the application procedure
- Financial support for writing proposals for grant/funding

### **2.5) Reduce bureaucratic hindrances for Interreg**

- Simplification of the Interreg procedure
- Delegate administrative work to a person who is responsible for several projects
- Set up focal points between Interreg secretariats and project actors (person/institution)
- Allow the projects more options for action or decision, for example when it comes to the redistribution of approved funds.

### **2.6) Strengthen the role of the Euregios and similar cross-border structures**

- Raise the awareness of the Euregios for the health issue (conferences etc.)
- More transparency about the services and activities in the Euregios
- Clarify the demands of the projects towards the Euregios
- Centralize information about Euregional activities in the Euregios (focal point)
- Intensified exchange between and mutual support of the Euregios in health issues (e.g. project patronages, setting up of networks)
- Development of joint systematic analyses of needs and programmes by the Euregios and similar cross-border structures in cooperation with regional / local health care organizations on both sides of the border

### **2.7) Ensure the quality of the projects**

- Support the projects in the evaluation procedure, e.g. through the development of guidelines, methodological advice and – if possible – through the provision of suitable indicators

## C. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen (Integralfassung)

1330 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

**Gesetz**  
zu dem Rahmenabkommen vom 22. Juli 2005  
zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland  
und der Regierung der Französischen Republik  
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich  
und  
zu der Verwaltungsvereinbarung vom 9. März 2006  
zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit  
der Bundesrepublik Deutschland  
und dem Minister für Gesundheit und Solidarität  
der Französischen Republik  
über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005  
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Vom 17. Dezember 2006

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

Folgenden zwischenstaatlichen Übereinkünften wird zugestimmt:

1. dem in Weil am Rhein am 22. Juli 2005 unterzeichneten Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich,
2. der in Berlin am 9. März 2006 unterzeichneten Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

Das Rahmenabkommen und die Verwaltungsvereinbarung werden nachstehend veröffentlicht.

### Artikel 2

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vereinbarungen zur Durchführung des Rahmenabkommens sowie Änderungen der genannten Verwaltungsvereinbarung in Kraft zu setzen. Im Übrigen wird die Bundesregierung ermächtigt, die zur Durchführung des Artikels 5 des Rahmenabkommens erforderlichen innerstaatlichen Regelungen zu treffen.

### Artikel 3

- (1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.
- (2) Die Tage, an denen das Rahmenabkommen nach seinem Artikel 10 und die Verwaltungsvereinbarung nach ihrem Artikel 6 in Kraft treten, sind im Bundesgesetzblatt bekannt zu geben.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

1331

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 17. Dezember 2006

Der Bundespräsident  
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin  
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin für Gesundheit  
Ulla Schmidt

Der Bundesminister des Auswärtigen  
Steinmeier



**Rahmenabkommen  
zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland  
und der Regierung der Französischen Republik  
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

**Accord cadre  
entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne  
et le Gouvernement de la République française  
sur la coopération sanitaire transfrontalière**

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland

und

die Regierung der Französischen Republik,

nachstehend als „Vertragsparteien“ bezeichnet –

im Bewusstsein der traditionellen Mobilität der Menschen zwischen Deutschland und Frankreich sowie der verschiedenen Projekte, die zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ins Leben gerufen wurden,

im Bewusstsein der Forderung nach ständiger Verbesserung der Qualität der Behandlung und der Organisation der Gesundheitsversorgungssysteme,

von dem Wunsche geleitet, die Grundlagen für eine vertiefte grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und Frankreich zu schaffen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und deren Kontinuität für die Bewohner des Grenzgebiets zu gewährleisten,

von dem Wunsche geleitet, den Zugang zu den mobilen Rettungsdiensten für die Bewohner des Grenzgebiets zu erleichtern,

von dem Wunsche geleitet, die verwaltungs- und finanztechnischen Verfahren unter Berücksichtigung des Gemeinschaftsrechts und der Rechtsprechung der Gemeinschaft zu vereinfachen,

entschlossen, diese Zusammenarbeit durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich einschließlich der notfallmedizinischen Versorgung unter Achtung des innerstaatlichen Rechts und der internationalen Verpflichtungen der Vertragsparteien zu erleichtern und zu fördern –

sind wie folgt übereingekommen:

**Artikel 1**

**Zweck**

Zweck dieses Rahmenabkommens ist die Festlegung des rechtlichen Rahmens für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich einschließlich des Rettungsdienstes zwischen Deutschland und Frankreich mit dem Ziel:

- einen besseren Zugang zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für die Bewohner des Grenzgebiets sicherzustellen,
- diesen Bewohnern die durchgehende Gesundheitsversorgung zu garantieren,

Le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne  
d'une part

et

le Gouvernement de la République française  
d'autre part,

ci-après dénommés les Parties –

Conscients de la tradition de mobilité des populations entre l'Allemagne et la France, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière,

Conscients des enjeux d'amélioration permanente de la qualité des soins et de l'organisation des systèmes de soins,

Désireux de jeter les bases d'une coopération sanitaire transfrontalière approfondie entre l'Allemagne et la France afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière,

Désireux de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence pour les populations de la zone frontalière,

Désireux de simplifier les procédures administratives et financières, en tenant compte des dispositions du droit et de la jurisprudence communautaire,

Décidés à faciliter et à promouvoir cette coopération par la conclusion de conventions de coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence, dans le respect du droit interne et des engagements internationaux des Parties –

sont convenus de ce qui suit:

**Article 1<sup>er</sup>**

**Objet**

Le présent accord cadre a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence entre l'Allemagne et la France dans la perspective:

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,

- eine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten,
  - die Organisation des Gesundheitsversorgungsangebots durch die Erleichterung des Einsatzes oder der Verteilung der personellen und sächlichen Ressourcen zu optimieren und
  - die gegenseitige Mitnutzung der vorhandenen Kenntnisse und Praktiken zu fördern.
- de garantir le recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence,
  - d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
  - de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

**Artikel 2****Geltungsbereich**

(1) Dieses Rahmenabkommen gilt für folgendes Grenzgebiet:

1. in der Bundesrepublik Deutschland für die Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland
2. in der Französischen Republik für die Region Elsass und die Region Lothringen.

(2) Die für die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und die soziale Sicherheit zuständigen Stellen führen dieses Rahmenabkommen durch.

(3) Dieses Rahmenabkommen findet auf alle Personen Anwendung, die Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung einer der beiden Vertragsparteien und ihren gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalt im Grenzgebiet nach Absatz 1 haben. Dieses Rahmenabkommen erstreckt sich auf alle Personen, die ihren gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalt im Grenzgebiet nach Absatz 1 haben und eine notfallmedizinische Versorgung benötigen.

**Artikel 3****Kooperationsvereinbarungen**

(1) Zur Anwendung dieses Rahmenabkommens benennen die Vertragsparteien in der Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 9 die Personen oder Stellen, die im Rahmen ihres innerstaatlichen Zuständigkeitsbereichs befugt sind, Kooperationsvereinbarungen zu schließen.

(2) Diese Vereinbarungen organisieren die Zusammenarbeit zwischen im Grenzgebiet befindlichen Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die dort angesiedelt oder Teil eines in diesem Gebiet tätigen Netzwerks sind. Hierzu können sie eine gegenseitige Ergänzung der bestehenden Strukturen und Einrichtungen im Gesundheitswesen herbeiführen sowie Kooperationsträger oder gemeinsame Strukturen schaffen.

(3) Diese Vereinbarungen legen die Bedingungen und Verfahren für die Gesundheitsversorgungsstrukturen, die Sozialversicherungsträger und den Einsatz des Gesundheitspersonals sowie für die Übernahme der Patienten fest. Diese Bedingungen und Verfahren betreffen vor allem, je nach Maßnahme, die folgenden Bereiche:

- den grenzüberschreitenden Einsatz des Gesundheitspersonals, für die französische Seite vornehmlich seine berufsrechtlichen Aspekte,
- die Organisation der notfallmedizinischen Versorgung und des Krankentransports der Patienten,
- die Gewährleistung einer durchgehenden Gesundheitsversorgung, vor allem hinsichtlich der Aufnahme und der Information der Patienten,
- die Evaluierungs- und Kontrollkriterien für die Qualität und die Sicherheit der Gesundheitsversorgung und
- die zur Durchführung der Kooperation erforderlichen Finanzmittel, insbesondere die Erstattung der im Rahmen der Bereitstellung von Ressourcen für die Behandlung von Patienten getätigten Ausgaben (Kostenerstattung).

(4) Die schon bestehenden Vereinbarungen müssen diesem Rahmenabkommen nach Maßgabe der in der Verwaltungs-

**Article 2****Champ d'application**

(1) Le présent accord cadre est applicable à la zone frontalière suivante:

1. en République fédérale d'Allemagne, aux Länder de Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre
2. en République française, à la région Alsace et à la région Lorraine.

(2) Les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale mettent en œuvre le présent accord cadre.

(3) Le présent accord cadre s'applique à toute personne pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie de l'une des Parties, et résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1<sup>er</sup>. Le présent accord cadre s'applique à toute personne résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1<sup>er</sup> et nécessitant des soins d'urgence.

**Article 3****Conventions de coopération**

(1) Pour l'application du présent accord cadre, les deux Parties désignent dans l'arrangement administratif visé à l'article 9, les personnes ou autorités qui peuvent conclure, dans leur domaine de compétence interne, des conventions de coopération.

(2) Ces conventions organisent la coopération entre des structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, y ayant un point d'ancrage ou faisant partie d'un réseau intervenant dans cette zone. Elles peuvent prévoir à cette fin des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création d'organismes de coopération ou de structures communes.

(3) Ces conventions prévoient les conditions et les modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des professionnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants:

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, pour la partie française notamment leurs aspects statutaires,
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients,
- la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients,
- les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins et
- les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations, notamment au remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la mobilisation de ressources pour le traitement de patients.

(4) Les conventions déjà existantes doivent se conformer au présent accord cadre selon les modalités définies dans l'arran-

1334 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

einbarung nach Artikel 9 festgelegten Einzelheiten angepasst werden.

**Artikel 4**

**Gesundheitspersonal**

Das im Hoheitsgebiet einer Vertragspartei zur Ausübung von Tätigkeiten im Rettungsdienst befugte Personal bedarf zur vorübergehenden Ausübung dieser Tätigkeiten bei grenzüberschreitenden Einsätzen in der Notfallmedizinischen Versorgung im Rahmen dieses Rahmenabkommens keiner Berufserlaubnis der anderen Vertragspartei und ist von der Pflichtmitgliedschaft in Berufskammern des anderen Landes befreit. Ansonsten ist es an das im Hoheitsgebiet der jeweils anderen Vertragspartei geltende Recht gebunden. Dies gilt insbesondere für die berufsrechtlichen Rechte und Pflichten, die im Bereich der Vertragspartei gelten, in deren Hoheitsgebiet der Einsatz erfolgt.

**Artikel 5**

**Grenzübertritt**

Zusammen mit den zuständigen Behörden treffen die Vertragsparteien alle gegebenenfalls nötigen Maßnahmen, um den Übertritt über die gemeinsame Grenze zur Durchführung dieses Rahmenabkommens zu erleichtern.

**Artikel 6**

**Kostenübernahme durch ein Sozialversicherungssystem**

(1) Die Bestimmungen der Verordnungen der Europäischen Gemeinschaft über die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit finden auf die Durchführung der Kooperationsvereinbarungen Anwendung.

(2) Ist eine vorherige Genehmigung erforderlich, um im Grenzgebiet eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, so können die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich vorsehen, dass diese Genehmigung automatisch vom zuständigen Sozialversicherungsträger ausgestellt wird.

(3) Die Kooperationsvereinbarungen, die eine unmittelbare Kostenübernahme durch den zuständigen Träger der nach Artikel 3 Absatz 2 erhaltenen Behandlung vorsehen, können jedoch gegebenenfalls eine spezifische Ertgeltregelung nach Maßgabe der in Artikel 9 genannten Verwaltungsvereinbarung vorsehen.

**Artikel 7**

**Haftung**

(1) Das anwendbare Haftungsrecht einschließlich desjenigen für die Erbringung medizinischer Leistungen bestimmt sich nach Maßgabe des jeweiligen innerstaatlichen Rechts.

(2) Das Bestehen einer Haftpflichtversicherung für die gegebenenfalls im Rahmen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auftretenden Schäden ist zwingend für das Gesundheitspersonal und für die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens vorgeschrieben, die im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung eine Behandlung übernehmen. Die näheren Einzelheiten werden in der Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 9 geregelt.

**Artikel 8**

**Gemeinsame Kommission**

(1) Eine aus Vertretern der jeweils zuständigen Behörden der Vertragsparteien zusammengesetzte Gemeinsame Kommission wird beauftragt, die Anwendung dieses Rahmenabkommens zu begleiten und eventuelle Änderungen vorzuschlagen. Sie tritt einmal im Jahr und im Bedarfsfall auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien zusammen.

gement administratif visé à l'article 9.

**Article 4**

**Professionnels de santé**

Les personnels autorisés à exercer des activités dans le domaine des secours sur le territoire d'une Partie n'ont pas besoin d'autorisation d'exercice professionnel accordée par l'autre Partie pour l'exercice temporaire de ces activités dans le cadre d'interventions transfrontalières portant sur les secours d'urgence faisant l'objet du présent accord cadre et sont dispensés d'une affiliation obligatoire à une chambre professionnelle de l'autre pays. Par ailleurs, ils sont tenus de respecter le droit en vigueur sur le territoire de l'autre Partie. Cela s'applique notamment aux droits et obligations en matière de droit professionnel valables pour le domaine de la Partie sur le territoire de laquelle l'intervention est effectuée.

**Article 5**

**Franchissement de frontière**

En lien avec les autorités compétentes en la matière, les Parties prennent toutes mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour la mise en œuvre du présent accord cadre.

**Article 6**

**Prise en charge par un régime de sécurité sociale**

(1) Les dispositions des règlements de la Communauté européenne relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale sont applicables pour la mise en œuvre des conventions de coopération.

(2) Lorsqu'une autorisation préalable est requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière, les conventions de coopération sanitaire peuvent prévoir que cette autorisation est délivrée automatiquement par l'institution de sécurité sociale compétente.

(3) Toutefois, les conventions de coopération qui prévoient une prise en charge directe par l'institution compétente des soins reçus dans les conditions visées au paragraphe 2 de l'article 3 peuvent prévoir, en cas de besoin, une tarification spécifique des actes et des soins selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

**Article 7**

**Responsabilité**

(1) Le droit applicable en matière de responsabilité y compris médicale est déterminé par le droit national respectif.

(2) Une obligation d'assurance en responsabilité civile qui couvre les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière, est imposée aux professionnels de santé et aux établissements et services de santé dispensant des soins dans le cadre d'une convention de coopération. Les modalités en seront réglées dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

**Article 8**

**Commission mixte**

(1) Une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes de chaque Partie, est chargée de suivre l'application du présent accord cadre et d'en proposer les éventuelles modifications. Elle se réunit une fois par an et, en tant que de besoin, à la demande de l'une ou l'autre Partie.

(2) Schwierigkeiten bei der Anwendung oder Auslegung dieses Rahmenabkommens werden von der Gemeinsamen Kommission geregelt.

(3) Die Gemeinsame Kommission erstellt jährlich einen Evaluierungsbericht über das Funktionieren der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

#### Artikel 9

##### Verwaltungsvereinbarung

Eine von den zuständigen Behörden der Vertragsparteien geschlossene Verwaltungsvereinbarung legt die Einzelheiten der Anwendung dieses Rahmenabkommens fest.

#### Artikel 10

##### Inkrafttreten

Jede Vertragspartei notifiziert der anderen die Erfüllung der zum Inkrafttreten dieses Rahmenabkommens erforderlichen innerstaatlichen Voraussetzungen. Es tritt am ersten Tag des zweiten Monats in Kraft, der auf den Zugang der letzten dieser Notifikationen folgt.

#### Artikel 11

##### Geltungsdauer und Kündigung

(1) Dieses Rahmenabkommen wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

(2) Jede Vertragspartei dieses Rahmenabkommens kann es jederzeit durch schriftliche Notifikation an die andere Vertragspartei auf diplomatischem Weg kündigen. Diese Kündigung wird zwölf Monate nach Zugang der besagten Notifikation wirksam.

(3) Die Kündigung dieses Rahmenabkommens berührt nicht den Fortbestand der Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich.

Geschehen zu Weil am Rhein am 22. Juli 2005 in zwei Urschriften, jede in deutscher und französischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.

(2) Les difficultés relatives à l'application ou à l'interprétation du présent accord cadre sont réglées par la commission mixte.

(3) Chaque année, la commission mixte élabore un rapport d'évaluation sur le fonctionnement du dispositif de coopération sanitaire transfrontalière.

#### Article 9

##### Arrangement administratif

Un arrangement administratif, conclu par les autorités compétentes des Parties, fixe les modalités d'application du présent accord cadre.

#### Article 10

##### Entrée en vigueur

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent accord cadre. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications.

#### Article 11

##### Durée et dénonciation

(1) Le présent accord cadre est conclu pour une durée indéterminée.

(2) Chaque Partie au présent accord cadre peut le dénoncer à tout moment par notification écrite adressée à l'autre Partie par voie diplomatique. Cette dénonciation prend effet douze mois après la date de réception de ladite notification.

(3) La dénonciation du présent accord cadre ne préjuge pas du maintien en vigueur des conventions de coopération sanitaire.

Fait à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 en deux exemplaires, chacun en langue allemande et française, les deux textes faisant également foi.

Für die Regierung der Bundesrepublik Deutschland  
Pour le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne

Thomas Läufer  
Ulla Schmidt

Für die Regierung der Französischen Republik  
Pour le Gouvernement de la République française

Xavier Bertrand

**Verwaltungsvereinbarung**  
zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland  
und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik  
über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005  
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

**Arrangement administratif**  
entre le Ministère fédéral de la Santé de la République fédérale d'Allemagne  
et le Ministre de la Santé et des Solidarités de la République française  
concernant les modalités d'application de l'Accord cadre du 22 juillet 2005  
sur la coopération sanitaire transfrontalière

Das Bundesministerium für Gesundheit  
der Bundesrepublik Deutschland  
und  
der Minister für Gesundheit und Solidarität  
der Französischen Republik –

Le Ministère fédéral de la Santé  
de la République fédérale d'Allemagne  
et  
le Ministre de la Santé et des Solidarités  
de la République française –

als zuständige Behörden gemäß Artikel 9 des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, im Folgenden als „Rahmenabkommen“ bezeichnet –

en tant qu'autorités compétentes, conformément aux dispositions de l'article 9 de l'Accord cadre du 22 juillet 2005 entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, ci-après désigné «Accord cadre» –

sind wie folgt übereingekommen:

sont convenus de ce qui suit:

#### Artikel 1

##### Zuständige Personen und Stellen

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 1 des Rahmenabkommens sind folgende Personen und Stellen befugt, Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich einschließlich des Rettungsdienstes zu schließen:

1. für die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen ihrer Zuständigkeit die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie auf der Ebene der Länder die jeweiligen Ministerien sowie die ihnen nachgeordneten Behörden und Ihrer Rechtsaufsicht unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie sonstige Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens;
2. für Frankreich im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Regional- oder Departementsdirektionen für Gesundheits- und Sozial-

#### Article 1<sup>er</sup>

##### Personnes et organismes compétents

En application du paragraphe 1 de l'article 3 de l'Accord cadre, les personnes et autorités suivantes sont habilitées à conclure des conventions de coopération dans le secteur de la santé, y compris pour les services d'urgence sanitaires:

1. pour la République fédérale d'Allemagne, dans le cadre de leur compétence les collectivités en administration autonome soumises à la surveillance juridique de l'Institut fédéral des assurances, au niveau des Länder les Ministères respectifs ainsi que les autorités qui leur sont subordonnées et les collectivités en administration autonome placées sous leur surveillance juridique et autres établissements et services de santé;
2. pour la France, dans le cadre de leur compétence, les Directions Régionales ou Départementales des Affaires Sanitaires

angelegenheiten (DRASS oder DDASS), die regionalen Agenturen für das Krankenhauswesen (ARH), die in den Artikeln L. 6115-1 ff. des Gesetzes über das öffentliche Gesundheitswesen definiert sind, sowie die Regionalverbände der Krankenkassen (URCAM), die in den Artikeln L. 183-1 ff. des Gesetzes über soziale Sicherheit definiert sind.

#### Artikel 2

##### Bedingungen und Verfahren für das Tätigwerden des Gesundheitspersonals, der Gesundheitsversorgungsstrukturen und der Sozialversicherungsträger

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 3 des Rahmenabkommens und unbeschadet des jeweils geltenden innerstaatlichen Rechts bestimmen die Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in den einzelnen nachstehenden Anwendungsbereichen je nach Fall insbesondere Folgendes:

1. Grenzüberschreitender Einsatz des Gesundheitspersonals
  - die Mobilitätsbedingungen für das Gesundheitspersonal,
  - Art und Dauer der Beteiligung des Gesundheitspersonals,
  - die Bedingungen der Beteiligung des angestellten und freiberuflichen Gesundheitspersonals an den Krankenhausnotdiensten und am Bereitschaftsdienst,
  - die Bedingungen der punktuellen und unregelmäßigen Berufsausübung durch das angestellte und freiberufliche Gesundheitspersonal;
2. Organisation der notfallmedizinischen Versorgung und des Krankentransports der Patienten
  - die Einsatzbedingungen bei der Erstversorgung von Menschen in Lebensgefahr,
  - die Bestimmung des Ortes der Krankenseinlieferung von Notfallpatienten nach Maßgabe des Einsatzortes, des Schweregrads des Krankheitsbildes und der technischen Ausstattung der Krankenhäuser,
  - die Bedingungen der Begleitung des Patienten vom Ort des Geschehens bis zur nächstgelegenen Versorgungseinrichtung, sofern erforderlich,
  - die Koordination der Kommunikationsmittel,
  - die Verfahren zur Kontaktaufnahme mit den Notrufstellen,
  - die Einsatzbedingungen für ein Rettungsteam, das einen Notruf entgegennimmt,
  - die Einsatzbedingungen ohne Notruf aufgrund der Nähe der Versorgungsstrukturen und der Verfügbarkeit der Teams;
3. Gewährleistung einer durchgehenden Gesundheitsversorgung, vor allem hinsichtlich der Aufnahme und der Information der Patienten
  - die Bedingungen des Zugangs zur Versorgung,
  - die Krankentransporte,
  - die Entlassungsmodalitäten,
  - die Bedingungen der Rechnungslegung und Kostenerstattung,
  - die Information des Patienten (Krankenakte, klinischer Kurzbericht, Entlassungsschein, Operationsprotokoll),
  - das zweisprachige Aufnahmeheft;
4. Evaluierungs- und Kontrollkriterien für die Qualität und die Sicherheit der Gesundheitsversorgung
  - a) qualitative Maßnahmen für das Risikomanagement, vor allem im Hinblick auf

et Sociales (DRASS ou DDASS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), telles que définies aux articles L. 6115-1 et suivants du Code de la Santé publique, ainsi que les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), telles que définies aux articles L. 183-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

#### Article 2

##### Conditions et modalités d'intervention des professionnels de santé, des structures de soins et des organismes de sécurité sociale

En application du paragraphe 3 de l'article 3 de l'Accord cadre et sans préjudice du droit national respectif en vigueur, les conventions de coopération sanitaire transfrontalière précisent notamment, selon les cas, lorsque le champ d'application porte:

1. Sur l'intervention transfrontalière des professionnels de santé
  - les conditions de mobilité des professionnels,
  - la nature et la durée de la participation des professionnels,
  - les conditions de participation à l'urgence hospitalière et à la permanence des soins des professionnels de santé salariés et libéraux,
  - les conditions de l'exercice ponctuel et irrégulier des professionnels de santé salariés et libéraux;
2. Sur l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients
  - les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale,
  - la détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers,
  - les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire,
  - la coordination des moyens de communication,
  - les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence,
  - les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence,
  - les modalités d'intervention, hors appel d'urgence, en fonction de la proximité des structures de soins et de la disponibilité des équipes;
3. Sur la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients
  - les conditions d'accès aux soins,
  - les transports sanitaires,
  - les modalités de sortie,
  - les conditions de facturation et de remboursement,
  - l'information du patient (dossier médical, résumé clinique, lettre de sortie, compte rendu opératoire),
  - le livret d'accueil dans les deux langues;
4. Sur les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins
  - a) les mesures de politique qualité pour la maîtrise des risques, relatives notamment

1338 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

- die gesamten Bereiche der Vigilanz,
  - die Arzneimittelabgabe,
  - die Bluttransfusion,
  - die Anästhesie und
  - die Bekämpfung der iatrogenen Risiken und der Nosokomialinfektionen,
- b) die Auffrischung der Kenntnisse des Gesundheitspersonals,
- c) die Übermittlung der medizinischen Informationen über die Patienten,
- d) die Schmerztherapie.

In jedem Fall legen die nach Artikel 1 geschlossenen Vereinbarungen die Methoden zur gegenseitigen Nutzung bewährter Praktiken der Qualitätssicherung fest.

5. Finanzielle Abwicklung der Patientenübernahme

- die Einrichtung eines Mechanismus zur Berücksichtigung der Träger von Zusatzkrankenversicherungen, der die Organisation eines Sachleistungssystems ermöglicht.

**Artikel 3**

**Frist für die Anpassung schon bestehender Vereinbarungen**

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 4 des Rahmenabkommens werden die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich, die vor dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens geschlossen wurden, bei Bedarf so schnell wie möglich, spätestens aber ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens diesem angepasst. Ansonsten werden dem Rahmenabkommen widersprechende Kooperationsvereinbarungen zu diesem Zeitpunkt unwirksam.

**Artikel 4**

**Verfahren zur Kostenübernahme durch ein Sozialversicherungssystem**

In Anwendung von Artikel 6 des Rahmenabkommens werden die Kosten einer Behandlung, die im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung erfolgt, von dem zuständigen Träger je nach Sachlage nach drei verschiedenen Verfahren übernommen:

1. nach der Entgeltregelung des Behandlungsortes im Rahmen der EG-Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit und sofern der Versicherte dem Leistungserbringer ein EG-Dokument vorlegen kann, das seinen Leistungsanspruch bescheinigt;
2. nach der Entgeltregelung des Staates, in dem der Versicherte versichert ist, im Rahmen der Behandlungskostenübernahme gemäß der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur freien Dienstleistungserbringung und zum freien Warenverkehr im Gesundheitsbereich;
3. nach der spezifischen Entgeltregelung, die zwischen den Stellen ausgehandelt wurde, welche die Kooperationsvereinbarung im Gesundheitsbereich unterzeichnet haben, und die gegebenenfalls nach dem jeweils geltenden innerstaatlichen Recht von den zuständigen Stellen zu bestätigen ist.

**Artikel 5**

**Haftpflichtversicherung**

Im Rahmen der Vereinbarungen nach Artikel 3 Absatz 2 des Rahmenabkommens stellen die Kooperationspartner im Sinne von Artikel 1 dieser Verwaltungsvereinbarung sicher, dass die an der Zusammenarbeit beteiligten Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens und das Gesundheitspersonal über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügen, die ihre Haftung

- à l'ensemble des domaines de vigilance,
  - à la distribution du médicament,
  - aux transfusions sanguines,
  - aux anesthésies et
  - à la maîtrise des risques iatrogènes et des infections nosocomiales,
- b) l'actualisation des connaissances des professionnels de santé,
- c) la transmission des informations médicales relatives aux patients,
- d) la prise en charge de la douleur.

Dans tous les cas, les conventions conclues conformément à l'article 1<sup>er</sup> fixent la méthodologie associée à la mutualisation des bonnes pratiques en matière d'assurance qualité.

5. Sur les modalités financières de prise en charge des patients

- la mise en œuvre d'un dispositif de prise en compte des organismes complémentaires d'assurance maladie permettant d'organiser un système de tiers payant.

**Article 3**

**Délai de mise en conformité des conventions déjà existantes**

En application du paragraphe 4 de l'article 3 de l'Accord cadre, les conventions de coopération sanitaire antérieures à la date d'entrée en vigueur de l'Accord cadre sont, si nécessaire, mises en conformité dès que possible et au plus tard un an après la date d'entrée en vigueur de l'Accord cadre. A défaut, les conventions de coopération contraires à l'Accord cadre deviendront caduques à l'expiration de ce délai.

**Article 4**

**Modalités de prise en charge par un régime de sécurité sociale**

En application de l'article 6 de l'Accord cadre, les soins dispensés dans le cadre d'une convention de coopération sont pris en charge par l'institution compétente selon trois modalités différentes, en fonction des situations:

1. sur la base des tarifs du lieu des soins, dans le cadre des règlements CE relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale et lorsque l'assuré peut présenter au prestataire de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits;
2. sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge des soins conformément à la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes relative à la libre prestation de services et à la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé;
3. sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la convention de coopération sanitaire, à confirmer le cas échéant selon le droit national respectif en vigueur par les autorités compétentes.

**Article 5**

**Assurance responsabilité civile**

Dans le cadre des conventions visées au paragraphe 2 de l'article 3 de l'Accord cadre, les partenaires de coopération au sens de l'article 1<sup>er</sup> du présent Arrangement administratif veillent à ce que les établissements et services de santé et les professionnels de santé impliqués dans les coopérations disposent d'une assurance suffisante destinée à les garantir



im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 des genannten Rahmenabkommens abdecken soll. Der Rettungsdienst unterliegt seinerseits der Haftpflichtversicherungspflicht.

pour leur responsabilité civile, au sens du paragraphe 2 de l'article 7 dudit Accord cadre. Les services d'urgence sanitaires sont également soumis à l'obligation de couverture par une assurance responsabilité civile.

**Artikel 6**  
**Inkrafttreten**

Jede Vertragspartei notifiziert der anderen die Erfüllung der zum Inkrafttreten dieser Verwaltungsvereinbarung erforderlichen innerstaatlichen Voraussetzungen. Sie tritt am ersten Tag des zweiten Monats in Kraft, der auf den Zugang der letzten dieser Notifikationen folgt, frühestens jedoch an dem Tag, an dem das Rahmenabkommen in Kraft tritt.

Geschehen zu Berlin am 9. März 2006 in zwei Urschriften, jede in deutscher und französischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.

**Article 6**  
**Entrée en vigueur**

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent Arrangement administratif. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications, au plus tôt le jour de l'entrée en vigueur de l'Accord cadre.

Fait à Berlin le 9 mars 2006, en deux exemplaires, en langue allemande et en langue française, les deux textes faisant également foi.

Für das Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland  
Pour le Ministère fédéral de la Santé de la République fédérale d'Allemagne

Ulla Schmidt

Für den Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik  
Pour le Ministre de la Santé et des Solidarités de la République française

Xavier Bertrand



## D. Réaction du Gouvernement Allemand à une note de la Commission Européenne

### **Antwort der Bundesregierung in Abstimmung mit den Ländern zur Mitteilung der Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen**

Deutschland begrüßt vor dem Hintergrund der Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie, dass die Kommission einen Konsultationsprozess zum weiteren Vorgehen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen durchführt. Gleichzeitig sollte jedoch auch auf eine enge Abstimmung zwischen den Prozessen bei den Sozialdienstleistungen und den Gesundheitsdienstleistungen geachtet werden, da es hier eine Reihe von Überschneidungen gibt. Dies gilt im Übrigen auch für die Gesundheitspolitische Strategie.

Deutschland ist der Auffassung, dass eine eingehende Diskussion zu Gesundheitsdienstleistungen auf den **Gemeinsamen Werten und Prinzipien** fußen sollte, wie sie auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 vereinbart wurden. Die Gemeinsamen Werte und Prinzipien spiegeln die Wichtigkeit der nationalen Gesundheitssysteme wider. Sie tragen zu einem sozialen Europa bei, das den Erwartungen der Bürger Europas entspricht. In dieser Hinsicht haben sie einen viel weiter reichenden Geltungsbereich als die Fragen, die in der vorliegenden Mitteilung der Europäischen Kommission angesprochen werden. Um mit diesem Konsultationsprozess einen aktiven und fundierten Beitrag zur Debatte über die Zukunft der Gesundheitsdienstleistungen zu leisten, muss der Gesundheitsbereich im weiteren Sinne einbezogen werden.

Es ist die ureigenste Aufgabe der Mitgliedstaaten, eine Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, die auf den allumfassenden Prinzipien von Universalität, Zugang zu qualitativ guter Versorgung, Gleichheit und Solidarität beruht. Das Leistungsangebot in der solidarischen Krankenversicherung bestimmt sich maßgeblich nach dem medizinisch Notwendigen, entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse, der finanzielle Beitrag aber jedes einzelnen Versicherten nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. Um die Kohärenz der solidarisch ausgestalteten Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft zu schützen, ist es entscheidend, dass die **Steuerungsbefugnis der Mitgliedstaaten** mittels verschiedener Instrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung gewährleistet wird und Grundprinzipien der Gesundheitssysteme, wie z.B. in Deutschland das Sachleistungsprinzip, uneingeschränkt erhalten bleiben. Bei der Anwendung von Gemeinschaftsregeln betreffend Freizügigkeit, Wettbewerb, Beihilfen usw. muss dem spezifischen Charakter des Gesundheitsbereichs Rechnung getragen werden. Deswegen ist in diesem Zusammenhang dafür Sorge zu tragen, dass das Subsidiaritätsprinzip und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit die volle Geltung finden.

- 2 -

Es wird begrüßt, dass die Kommission bei den Gemeinschaftsmaßnahmen zwischen Bereichen, in denen durch Legislativakte Rechtssicherheit geschaffen werden soll und sonstigen Bereichen unterscheidet. Die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung und Finanzierung ihres nationalen Gesundheitssystems muss respektiert und darf nicht ausgehöhlt werden.

**Frage 1: Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und wie könnte dies sich weiterentwickeln?**

Im Jahre 2004 wurde das nationale Krankenversicherungsrecht entsprechend der Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität geändert. In Deutschland Versicherte können seitdem auch aufgrund des nationalen Rechts und nicht nur unter Berufung auf die EuGH-Rechtsprechung Gesundheitsdienstleistungen in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen. Für eine ambulante Behandlung bedarf es dazu keiner vorherigen Genehmigung; stationäre Behandlungen müssen jedoch zuvor genehmigt werden. Insofern haben deutsche Versicherte jetzt eine größere Auswahl an Leistungserbringern. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Verträge mit Leistungserbringern innerhalb der Gemeinschaft abzuschließen. Dementsprechend haben die deutschen Versicherten bereits eine gemeinschaftsweite Auswahl an medizinischen Dienstleistungserbringern und die deutschen Leistungserbringer stellen sich bereits jetzt dem gemeinschaftsweiten Wettbewerb.

Nach bisher vorliegenden Erkenntnissen hat die Ermöglichung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme in Deutschland aber nicht zu einer nennenswerten Nutzung dieser Leistungen durch die Versicherten geführt. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante und stationäre Behandlungen im Ausland liegen deutlich unter 0,5 %, wobei dabei noch nicht zwischen EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland unterschieden wird. Die Nutzung des Versorgungsangebots der Krankenhäuser durch Patienten aus anderen EU-Staaten, die gezielt zur geplanten Krankenhausbehandlung kommen, hat ebenfalls nur sehr geringen Umfang. Demgegenüber dürfte die Bereitschaft von Leistungserbringern, ihre Leistungen grenzüberschreitend anzubieten – sei es vorübergehend oder durch Niederlassung –, tendenziell etwas höher ausgeprägt sein.

Die Fälle grenzüberschreitender Leistungen bleiben überwiegend auf Grenzregionen beschränkt. Dort gibt es z.B. mit den Euregios gute Instrumente für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Es existieren bereits verschiedenste Projekte im stationären Bereich, im Rettungswesen und bei der gegenseitigen Versorgung mit Blutprodukten. Des Weiteren gibt es Projekte zu einzelnen Krankheitsbildern und zur grenzüberschreitenden Nutzung von elektroni-

- 3 -

- 3 -

schen Gesundheitsdiensten. Die Krankenkassen nutzen die ihnen neu eingeräumte Möglichkeit, Versorgungsverträge mit ausländischen Leistungserbringern abzuschließen, inzwischen vermehrt. In den grenznahen Bereichen bestehen bereits vielfach Rahmenvereinbarungen, um u.a. Probleme mit der Abrechnung stationärer Leistungen zu vermeiden. Von Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern vor Ort geschlossene Kooperationsverträge, die sich an dem speziellen Bedarf und den entsprechenden Gegebenheiten einer bestimmten Region orientieren, sind grundsätzlich geeignet, für die Bewohner der Grenzregionen eine Wahlfreiheit zu schaffen, ohne die Steuerungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der nationalen Gesundheitsversorgung zu gefährden.

Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Krankenhäusern nehmen zu, da sie insbesondere in grenzüberschreitenden Ballungsräumen für die lokalen Akteure von beiderseitigem Vorteil sind. Bislang finden solche Kooperationen vorrangig in Form von Leistungseinkäufen zwischen Krankenhäusern statt. Das heißt, das „einkaufende“ Krankenhaus finanziert die Leistung des ausländischen Kooperationspartners im Rahmen seines Budgets. Die Kostenträger sind daher an solchen Kooperationsformen nur indirekt beteiligt.

Darüber hinaus hat Deutschland mit Frankreich ein Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (einschließlich des Rettungsdienstes) geschlossen, das im Frühjahr 2007 in Kraft treten wird. Die Auswirkungen können derzeit noch nicht beurteilt werden, aber alle Beteiligten sind an einer deutlichen Intensivierung der grenzüberschreitenden Versorgung interessiert.

In der weiteren Entwicklung ist davon auszugehen, dass die grenzüberschreitende Versorgung zunehmen wird. Welche Auswirkungen dies auf das deutsche Krankenversicherungssystem haben könnte, ist derzeit ungewiss. Vorstellbar und sinnvoll wäre z.B. bei direkten Nachbarstaaten eine jeweils entsprechende Berücksichtigung der Kapazitäten in den Versorgungseinrichtungen. Bereits jetzt profitieren einige Gesundheitssysteme von einer effizienten gegenseitigen Nutzung von Ressourcen.

**Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z.B. Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?**

- 4 -

- 4 -

**Notwendige rechtliche Klarstellungen:**

- Was sind **Gesundheitsdienstleistungen**? Der Anwendungsbereich einer legislativen Regelung muss klar definiert werden. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass es in der Dienstleistungsrichtlinie bereits eine Definition von Gesundheitsdienstleistungen gibt. Bei der Definition der Gesundheitsdienstleistungen ist darauf zu achten, dass der Autonomie der Mitgliedstaaten bezüglich der Ausgestaltung ihrer Systeme Rechnung getragen wird: Hohe Qualitätsstandards, die Transparenz des Leistungsangebots für die Dienstleistungsempfänger, ein flächendeckendes Angebot und die allgemeine Zugänglichkeit von Leistungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes müssen weiterhin sichergestellt werden.
- Wann unterliegt eine Behandlung dem **Genehmigungsvorbehalt**? Der EuGH hat bisher zwischen ambulanter (nicht genehmigungspflichtiger) und stationärer (genehmigungspflichtiger) Behandlung unterschieden. Diese Abgrenzung sollte sich aus deutscher Sicht aber nicht allein an den Begriffen stationär/ambulant orientieren. Ausschlaggebend könnte ferner sein, ob bestimmte Behandlungen eine finanziell aufwändige Versorgungsstruktur und eine damit einhergehende Planung erfordern.
- Nach welcher **Wartezeit** dürfen die Versicherten eine stationäre Behandlung im Ausland auch ohne vorherige Genehmigung nachfragen? Im stationären Sektor greift die Dienstleistungsfreiheit unter den vom EuGH in mehreren Urteilen vorgegebenen einschränkenden Bedingungen. Diese Bedingungen - die auf Wartezeiten und auf international anerkannte medizinische Standards Bezug nehmen - sollten konkretisiert werden, damit die potenziell Betroffenen über Rechtssicherheit verfügen und z.B. wissen, ab welchem Zeitpunkt sie einen Anspruch auf Kostenerstattung haben.
- Wie muss das **Recht auf Nachprüfung** ausgestaltet sein, wenn der Versicherte klären möchte, ob die Genehmigung einer Auslandsbehandlung durch die Krankenkasse zu Recht abgelehnt wurde? Das Nachprüfungsverfahren muss transparent, objektiv und schnell ausgestaltet sein.
- Im Zusammenhang mit der **Kostenerstattung** sind folgende rechtliche Klarstellungen beziehungsweise praktischen Informationen erforderlich:
  - Welche **Behandlungskosten** kommen auf den Versicherten zu, wenn er sich im Ausland behandeln lässt? Bei Inanspruchnahme von Leistungen muss der Versicherte vor-

- 5 -

- 5 -

her wissen, welche Mehrkosten auf ihn zukommen, da er nur die Kosten erstattet bekommt, die bei der gleichen Behandlung im Inland angefallen wären.

- o Wie gestaltet sich das Verhältnis der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf Grundlage der **Dienstleistungsfreiheit** und zu der Inanspruchnahme nach der **Verordnung (EWG) 1408/71**? Der Leistungsumfang unterscheidet sich derzeit danach, ob sie nach der Dienstleistungsfreiheit oder nach Art. 22 Abs. 1 Buchst. c) VO (EWG) 1408/71 in Anspruch genommen werden.
- o Darf eine nationale Regelung die **Kostenerstattung davon abhängig** machen, ob die Behandlung des Versicherten im Ausland durch einen **Leistungsanbieter** erbracht wird, der nach dem **dortigen Sozialversicherungssystem** generell zur **Leistung** bzw. speziell zur Erbringung bestimmter Behandlungsformen berechtigt ist? (Beispiel in Deutschland: Kann ein deutsches Krankenhaus, das national nicht zur Erbringung ambulanter Leistungen zugelassen ist, diese gegenüber ausländischen Versicherten erbringen?)

Fragen der **Kostenerstattung** im Sinne der EuGH-Rechtsprechung könnten in der Verordnung (EWG) 1408/71 bzw. in der Verordnung (EG) 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit geregelt werden. Soweit die dafür notwendigen Regelungen über die Koordinierung der Sozialen Sicherungssysteme hinausgehen und Art. 42 EG deswegen keine geeignete Rechtsgrundlage mehr darstellt, ist eine eigene Richtlinie, basierend auf Art. 95 EG, zu erwägen. Dabei muss jedenfalls sichergestellt werden, dass die dort enthaltenen Regelungen sowohl mit der Rechtsprechung des EuGH als auch mit der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vereinbar sind.

**Praktische Informationen:**

Den Versicherten müssen Informationen leicht zugänglich sein, unter welchen Voraussetzungen sie ein Recht auf Auslandsbehandlung haben. Die Informationen können sich nur darauf beschränken, unter welchen Bedingungen die Behandlung im Ausland übernommen wird. Informationen darüber, welche Einrichtung in welchem Mitgliedstaat ggf. eine notwendige Behandlung erbringen kann, können nicht gefordert werden. Diese muss sich der Versicherte unter Zuhilfenahme seines behandelnden Arztes oder der Einrichtungen des Mitgliedstaates, in dem er die Behandlung erlangen möchte, selbst suchen. Kein Mitgliedstaat kann Informationen über Leistungserbringer in allen anderen Mitgliedstaaten vorhalten.

- 6 -

- 6 -

**Frage 3: Welche Bereiche (z.B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welches Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Versorgung?**

Die Zuständigkeit für die oben angesprochenen Bereiche muss dem Mitgliedstaat obliegen, auf dessen Territorium die Dienstleistung vorgenommen wird. Jede zuständige Stelle eines Mitgliedstaates beaufsichtigt und überwacht in dem nach nationalen Recht vorgesehenen Umfang die Dienstleistung, die in ihren (örtlichen und sachlichen) Zuständigkeitsbereich fällt. Insofern müssen mögliche EU-Vorgaben zu den Gesundheitsdienstleistungen von diesen Prinzipien ausgehen, bereits bestehendes Gemeinschaftsrecht (z.B. die Regelungen der Berufsanerkennungsrichtlinie) berücksichtigen und keine neuen bürokratischen Anforderungen wie zum Beispiel "einheitliche Ansprechpartner" schaffen.

Gewisser Anpassungen bedarf dieser Grundsatz sicherlich bei besonderen grenzüberschreitenden Dienstleistungen wie der Gesundheitstelematik. Hier muss definiert werden, wer unter welchen Voraussetzungen für die Erstellung und Überwachung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards zuständig ist.

**Frage 4: Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten die Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?**

Die Zuständigkeit für die Überwachung der Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen muss bei den nach dem nationalen System zuständigen Stellen des Staates verbleiben, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird. Dies können je nach Ausgestaltung des nationalen Systems sowohl staatliche Stellen als auch Selbstverwaltungskörperschaften sein.

Für die vertragliche und außervertragliche Haftung und Schadensersatz werden derzeit auf EU-Ebene Regelungen des Internationalen Privatrechts erarbeitet (Verordnungsentwürfe "Rom I" und "Rom II"). In diesen Rechtsakten sollten auch die Kollisionsregeln für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen konzentriert erfasst werden.

- 7 -

- 7 -

**Frage 5: Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den "Aufnahmestaaten")?**

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stehen die zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser für die Leistungserbringung an deutsche wie auch an ausländische Patienten gleichermaßen zur Verfügung. Durch die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ist die Versorgung der inländischen Bevölkerung nicht beeinträchtigt. Weitergehende Maßnahmen als eine grenzüberschreitende Koordination und arbeitsteilige Zusammenarbeit von Versorgungseinrichtungen einschließlich gegenseitiger Ergänzung der Leistungsbereiche der Versorgungseinrichtung sind nicht erforderlich. Positive Erfahrungen sind aus verschiedenen Euregios bereits bekannt (NRW/Rhein-Maas, BW/Oberrhein).

**Frage 6: Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern angeht, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?**

Deutschland sieht die Regelungen der RL 2005/36/EG als ausreichend an.

**Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere, welche Verbesserung zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind - beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?**

**Frage 8: In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?**

Die bereits bestehenden Foren erscheinen aus deutscher Sicht ausreichend. Die Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste hat bereits viel zum Erfahrungsaustausch über Probleme bei

- 8 -

- 8 -

der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beigetragen. Allerdings sollte ihre zukünftige Rolle überdacht werden: Sollte es einen Legislativvorschlag zur Patientenmobilität geben, muss Doppelarbeit (Beratungen in Rat und EP einerseits und der Gruppenarbeit andererseits) vermieden werden. Ferner gibt es die OMK als Forum zum Erfahrungsaustausch über nicht-harmonisierte Rechtsbereiche, wie z.B. die Ausgestaltung der nationalen Krankenversicherungssysteme. Sie kann insofern eine ergänzende Funktion entfalten.

**Frage 9: Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nicht-legislative Mittel geregelt werden?**

Künftige Initiativen der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheitsdienste müssen sich maßgeblich an den (auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 verabschiedeten) "Gemeinsamen Werte und Prinzipien der EU-Gesundheitssysteme" orientieren.

- **Rechtssicherheit für die Mitgliedstaaten**, ihre Gesundheitssysteme zu organisieren und auszugestalten, kann durch verschiedene Instrumente erreicht werden. Entscheidend ist letztlich, dass die Kohärenz der nationalen Gesundheitssysteme geschützt wird. Steuerungsinstrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung müssen weiterhin gewährleistet sein.
- Zur Frage, wie **Rechtssicherheit für die Versicherten und die Leistungserbringer** sichergestellt werden kann, d.h. unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Behandlung im Ausland zu welchen Kostenkonditionen besteht, wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.
- Im Bereich der **nicht legislativen Maßnahmen** begrüßt Deutschland bei der **Patientensicherheit** die Schaffung eines EU-weiten Netzwerkes. Allerdings regt Deutschland in diesem Bereich die engere Verzahnung von Aktivitäten der Gemeinschaft mit denen der WHO und des Europarates an. Aus Patientensicht wünschenswert ist ein enger Austausch zwischen den Mitgliedstaaten über bestehende nationale Informationsmöglichkeiten und -stellen (ohne dass jeder Mitgliedstaat eigene detaillierte Informationen über die anderen Gesundheitssysteme vorhalten muss) sowie die bestehenden Beschwerde- und Haftungsrechte. Wegen der großen Unterschiede erscheinen insoweit geschlossene System- und Vergleichsdarstellungen sinnvoll. Dies zeigt sich auch in den bisherigen Arbeitsergebnissen der Arbeitsgruppe "Cross Border Healthcare Purchasing and Provision (including rights and duties of patients)" der Hochrangigen Gruppe für Gesundheitsdienste.





**E. Organismes et personnes contactés entre 2006 et mars 2007 (extrait)**

| <b>Saarland</b>  |  |
|------------------|--|
| Roland Mertens   | Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarbrücken |
| Erich Frank      | Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarbrücken |
| Franz Gigout     | LAGS Saarland  |
| Karin Mertens    | LAGS Saarland  |
| Axel Mittelbach  | VDAK Saarland  |
| Bernhard Kuntz   | Ärztekammer des Saarlandes                                   |
| Annette Fritz    | SKG Saarland   |
| Karl Schneider   | Statistisches Landesamt                                      |
| Christian Belau  | Caritasklinik Rastpfuhl Saarbrücken                          |
| Günter Hauptmann | KV Saarland  |
| Ingrid Lang      | EURES-Beraterin VSU, Saarbrücken                             |
| Achim Dürschmid  | EURES-Berater BA, Saarbrücken                                |

| <b>Lorraine</b>        |  |
|------------------------|--|
| Sylvaine Gaulard       | DRASS de Lorraine  |
| Max Colinet            | CRAM Alsace Lorraine   |
| Sabine Rigon           | Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohesion Sociale, Nancy |
| Michel Badoinot        | DRASS de Lorraine  |
| Veronique Ferrand      | URCAM Lorraine   |
| Yasid Sebia            | CLTS Forbach   |
|                        |  |
| Colette Hasser         | CRD-EURES, Metz  |
| Yvon Schleret          | ORSAS Lorraine   |
| Isabelle Lestringant   | ORSAS Lorraine   |
| Philippe Marrel        | Freyming und CLTS  |
| Jean-Jacques Schneider | EURES Conseiller ANPE, Forbach                                     |
| Pascal Thil            | EURES Conseiller ANPE, St. Avold                                   |

| <b>Luxembourg</b>   |                                     |
|---------------------|-------------------------------------|
| Elisabeth Heisbourg | Ministère de la Santé               |
| Daniele Schmartz    | Ministère de la Santé               |
| Marc Hastert        | Entente des Hopitaux Luxembourgeois |
| Marc Olinger        | Domaine Thermal, Bad Mondorf        |
| Michael Weber       | Assekuranz AG, Luxembourg           |
| Georg Niederehe     | DKV SA, Luxembourg                  |
| Mario Della-Schiava | EURES-Berater ADEM                  |

| <b>Rheinland-Pfalz</b> |  |
|------------------------|--|
| Jürgen Faltin          | Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen MASGFF, Mainz |
| Kurt Barthelmeh        | MASGFF, Mainz  |
| Ralf Engel             | MASGFF, Mainz  |
| Andreas Goldschmidt    | IHCI an der Universität Trier  |
| Peter Schwerdtfeger    | Bezirksärztekammer Trier   |
| Friedrich Schöffner    | KV Trier   |
| Norbert Dixius         | Barmer Ersatzkasse Trier   |
| Andreas Wermter        | KGRP Mainz   |
| Alexander Heinz        | Uni Trier  |
| Sabine Schwadorf       | Trierischer Volksfreund  |
| Roger Infalt           | Trierischer Volksfreund  |
| Peter Lübbers          | Statistisches Landesamt  |
| Thomas Jacobi          | EURES Berater BA, Trier  |
| Helmut Mors            | EURES Berater DGB, Trier   |





Herausgeber:

**Joachim Geppert**

WEC – Wissenschafts- & Entwicklungs-Centrum  
[www.wec-europa.org](http://www.wec-europa.org)

MKW GmbH  
Ring am Gottwill 18  
66117 Saarbrücken  
Tel.: +49 (0)681 / 954 47 10  
[joachim.geppert@mkw-gmbh.de](mailto:joachim.geppert@mkw-gmbh.de)  
[www.mkw-gmbh.de](http://www.mkw-gmbh.de)

**Finanziert mit Mitteln der Europäischen Union und  
des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) Rheinland-Pfalz**

