



ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE D'ACTION POUR LA SIMPLIFICATION DES PROCEDURES ADMINISTRATIVES TRANSFRONTALIÈRES DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE MALADIE

Rapport pour le Rhin supérieur





*Managed by the Association of European Border Regions by an Action Grant
(CCI2017CE160AT082) agreed with the Directorate General of Regional and Urban Policy,
European Commission. Financed by the European Union.*

Remarques :

Le présent rapport a été réalisé avec un soutien financier de l'Union Européenne. Seul le GECT Eurodistrict PAMINA est responsable pour les contenus de cette publication, ceux-ci ne reflètent dans aucune circonstance la position de l'Union Européenne.

Pour permettre une meilleure lisibilité, la forme masculine est utilisée pour les noms de personnes et les noms personnels. Les formulations en question s'appliquent à tous les sexes au sens de l'égalité de traitement. La formulation abrégée n'a que des raisons rédactionnelles et ne contient pas d'évaluation.

Le présent rapport a été élaboré par TRISAN (Euro-Institut) en coopération avec le comité de pilotage du projet B-Solutions. Le comité de pilotage se composait du GECT Eurodistrict PAMINA (porteur du projet), du réseau INFOBEST – comprenant l'INFOBEST PAMINA, de l'INFOBEST Kehl-Strasbourg, de l'INFOBEST Vogelgrun-Breisach et de l'INFOBEST PALMRAIN – ainsi que du Centre européen de la consommation de Kehl.

Les structures et institutions suivantes ont contribué à l'analyse et à la réflexion, soit de par leur participation aux ateliers de travail, soit par retour écrit :

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg
- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland-Pfalz/Saarland
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
- Centre national des firmes étrangères (CNFE)
- Centre national des soins à l'étranger (CNSE)
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Haut-Rhin
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Moselle
- Gesetzliche Krankenkasse Spitzenverband – Deutsche Verbindungsstelle Krankenkasse-Ausland (DVKA)
- Kaufmännischer Krankenkasse (KKH) Baden-Württemberg
- Knappschaft-Bahn-See
- Mutualité sociale agricole (MSA) Alsace
- Techniker Krankenkasse (TK) Rheinland-Pfalz
- Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) Alsace

Au cours des travaux, il est apparu qu'il existe parfois des décalages entre les textes juridiques en vigueur et la mise en œuvre pratique. Dans certains cas, les réalités du terrain ne correspondent pas à la théorie. Dans ce rapport, nous avons cherché à prendre en considération les différents points de vue, tout en restant au plus proche des réalités. Des compromis ont dû être trouvés, de telle sorte que le rapport ne reflète pas toujours le point de vue de l'ensemble des parties prenantes.

GECT Eurodistrict PAMINA

2, rue du Général Mittelhauser
67630 Lauterbourg
+ 33 (0) 3 68 33 88 20

Responsable de la publication :

GECT Eurodistrict PAMINA

Rédaction :

Euro-Institut / TRISAN / Réseau INFOBEST / Centre Européen de la Consommation

Parution :

Septembre 2019

Sommaire

PARTIE I : INTRODUCTION	6
PARTIE II : RECENSEMENT ET ANALYSE DES PROBLEMATIQUES	11
1. Problématiques concernant les travailleurs frontaliers	11
1.1 Problématique n° 1 : Nécessité pour les travailleurs frontaliers de faire deux demandes d'inscription complètes pour une couverture maladie dans leur pays de résidence et dans leur pays d'activité	11
1.2 Problématique n° 2 : Problème de l'affiliation des enfants en cas de divorce ou séparation des parents	15
1.3 Problématique n° 3 : Refus de délivrance du formulaire S1 pour des membres de la famille des travailleurs frontaliers	19
1.4 Problématique n° 4 : Perte de la couverture maladie française liée au changement de résidence (vers l'étranger) dans le cadre d'un congé parental	23
1.5 Problématique n° 5 : Soins dans le pays de résidence pour les personnes ayant une assurance privée en Allemagne	26
1.6 Problématique n° 6 : Arrêts maladie en contexte transfrontalier	29
1.7 Problématique n° 7 : Paiement des cotisations sociales dans le pays voisin	33
1.8 Problématique n° 8 : Manque d'information concernant les travailleurs frontaliers résidant en France et percevant déjà une retraite française	37
2. Problématiques concernant les soins à l'étranger pour les personnes n'ayant pas le statut de travailleur frontalier	41
2.1 Problématique n° 9 : Continuité des soins après la perte du statut de travailleur frontalier	41
2.2 Problématique n° 10 : Choix de la tarification pour les soins urgents à l'étranger	45
2.3 Problématique n° 11 : Difficultés en lien avec la prise en charge des soins programmés à l'étranger	51
2.4 Problématique n° 12 : Prise en charge du patient lorsque l'urgence médicale l'amène à traverser la frontière pour y recevoir des soins	56
3. Synthèse de l'analyse des problématiques	60
3.1 Nombre de cas rencontrés	60
3.2 Problématiques rencontrées et publics concernés	60
3.3 Impact des problèmes recensés	61
3.4 Nature des obstacles	62
3.5 Recherche de pistes d'optimisation	63
PARTIE III : PISTES D'ACTION	66
1. Pistes d'action relatives aux problématiques concernant les travailleurs frontaliers	66
2. Pistes d'action relatives aux soins à l'étranger pour les personnes n'ayant pas le statut de travailleur frontalier	73
ANNEXES	83
1. Structures ayant fait remonter les problématiques	83
2. Sources	84

2.1	Sources juridiques au niveau européen	84
2.2	Autres sources juridiques	84
2.3	Site internet du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)	84
2.4	Site internet du réseau des INFOBESTs	84
2.5	Autres sites internet	85
2.6	Autres documents	85
3.	Liste des participants de l'atelier de travail du 26/02/2019	86
4.	Liste des participants de l'atelier de travail du 13/05/2019	87

Partie I : Introduction

Introduction

Le présent document a été rédigé dans le cadre d'un projet pilote européen ayant pour objectif de surmonter les obstacles frontaliers d'ordre juridique ou administratifs, et dont le porteur de projet est le GECT Eurodistrict PAMINA¹. Le projet fait suite à un appel à projet intitulé [« B-Solutions »](#) initié par la Commission européenne et mis en œuvre par l'Association des régions frontalières européennes (ARFE). A l'issue de cet appel à projet, une subvention allant jusqu'à 20 000€ a été attribuée à 10 actions pilotes dans les cinq domaines suivants :

- 1) Emploi
- 2) Santé (y compris services d'urgence)
- 3) Transports (publics) de personnes
- 4) Bilinguisme
- 5) Coopération entre administrations

Pour une réelle amélioration de la situation dans les régions frontalières

Les solutions innovantes pour surmonter les obstacles frontaliers d'ordre juridiques ou administratifs et légaux élaborées dans le cadre des projets « B-Solutions » doivent contribuer concrètement à améliorer les conditions de vie des habitants des régions frontalières et être transférables dans d'autres régions frontalières, c'est-à-dire servir de modèle. Ainsi elles mettent directement en application la [Communication de la Commission européenne du 20 septembre 2017](#) « Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne ». L'Union européenne (UE) souligne dans cette communication qu'il est important de réduire les obstacles frontaliers² et propose dix remèdes qui correspondent aux thématiques de l'appel à projet.

Un Protocole d'action pour la coopération administrative entre les caisses d'assurance maladie

Le projet pilote, mis en œuvre en coopération avec le réseau des INFOBESTs³ du Rhin supérieur, a pour but d'améliorer la coopération administrative des caisses d'assurance

¹ Groupement Européen de Coopération Territoriale dans l'Eurodistrict PAMINA (Palatinat du Sud, Mittlerer Oberrhein, Nord de l'Alsace), qui, selon ses statuts, développe, soutient et coordonne la coopération transfrontalière en faveur des citoyens et citoyennes.

² La Commission a entrepris une analyse pour tenter de déterminer ce que coûtent les complexités frontalières et la redondance des services. Selon une récente étude portant sur l'incidence des obstacles frontaliers sur le PIB et l'emploi dans les régions frontalières terrestres intérieures, ces régions pourraient être potentiellement plus riches de 8% si tous les obstacles actuels étaient éliminés et si tout le monde parlait la même langue. Ce scénario n'est ni réaliste ni souhaitable car l'Europe est fondée sur la diversité et la subsidiarité. Néanmoins, si 20% seulement des obstacles existants étaient levés, les régions frontalières verraient quand même leur PIB augmenter de 2%. (COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL ET AU PARLEMENT EUROPEEN : Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne, COM(2017) 534 final, Bruxelles 20.09.2017)

³ Instances d'information et de conseil pour les questions transfrontalières dans la Région du Rhin supérieur, respectivement du Nord au Sud du Rhin supérieur : INFOBEST PAMINA, INFOBEST Kehl/Strasbourg, INFOBEST Vogelgrun/Breisach et INFOBEST PALMRAIN.

maladie allemandes et françaises en faveur des personnes mobiles des régions frontalières (domaine 5 : coopération entre administrations). A cet effet et d'ici la fin du projet, un Protocole d'action devra être élaboré, document fondé sur des études de cas et offrant un cadre opérationnel fiable aux caisses des deux pays.

Nous sommes partis du constat que les frontaliers sont confrontés à divers problèmes lors de l'inscription à la caisse d'assurance maladie ou lors des remboursements : longs délais de traitement, complexité des procédures, informations contradictoires et difficulté à accéder aux informations pertinentes (adaptées à la situation du frontalier), coûts supplémentaires du fait de normes nationales incompatibles, etc.

Ces problèmes administratifs, qui sont régulièrement identifiés par les conseillers INFOBEST, conduisent les personnes concernées à considérer le statut de frontalier comme défavorable. De plus, elles doivent investir plus de temps et d'efforts pour faire respecter leurs droits.

Des solutions pour le Rhin supérieur et pour l'Europe

Le projet « B-Solutions » est structuré en 2 phases :

Premièrement, une phase de recueil, de sélection et d'analyse d'études de cas de la région franco-allemande du Rhin supérieur. En coopération avec les caisses d'assurance maladie, l'objectif de cette phase est, d'une part, d'identifier les obstacles administratifs qui peuvent être résolus au moyen du Protocole d'action et, d'autre part, d'identifier les problèmes qui peuvent être résolus par une meilleure représentation des intérêts des populations frontalières au niveau national et européen. Les problématiques sont décrites et analysées du point de vue de l'assuré, en partant de ses difficultés au quotidien en contexte transfrontalier.

Deuxièmement, une phase de description des processus de travail et d'élaboration du Protocole d'action en ce qui concerne leur transférabilité à d'autres régions aux frontières intérieures de l'UE.

Un réseau d'acteurs expérimentés et motivés

Le projet pilote a été mis en œuvre par le GECT Eurodistrict PAMINA en tant que porteur du projet, le réseau INFOBEST en tant que partenaire principal et l'Euro-Institut/TRISAN (Centre trinational de compétences pour la coopération dans le domaine de la santé) en tant que prestataire de services pour l'élaboration du Protocole d'action. Un comité de pilotage a été mis en place dans lequel, outre les acteurs susmentionnés, le Centre Européen de la Consommation est également impliqué en tant qu'expert sur les questions de consommation, notamment les services médicaux transfrontaliers. Outre les réunions régulières du comité de pilotage, des réunions avec les représentants des caisses d'assurance maladie sont prévues pendant toute la durée du projet afin d'assurer une représentation équilibrée des intérêts et de parvenir à un outil utile pour toutes les parties

sous la forme du Protocole d'action.

Le projet "B-Solutions" bénéficie également du soutien politique des membres du GECT Eurodistrict PAMINA⁴ et des instances INFOBEST⁵. Thomas Gebhart, député et Secrétaire d'État au Ministère fédéral de la Santé, est le parrain de l'action pilote en tant que député d'une région frontalière (Palatinat du Sud).

Présentation du présent rapport

Le présent document se rapporte à la phase 1 du projet : Il vise à présenter de manière structurée les principaux obstacles/difficultés transfrontaliers auxquels sont confrontées les populations de la région transfrontalière du Rhin supérieur en matière d'assurance maladie. Les difficultés recensées ont été regroupées en 12 thématiques, lesquelles ont été classées en deux catégories :

- Celles qui concernent spécifiquement les travailleurs frontaliers (notamment problèmes d'affiliation, de reconnaissance des arrêts maladie, de versement des cotisations sociales dans le pays voisin) ;
- Celles qui concernent les populations frontalières au sens large, et qui portent sur les questions liées aux soins programmés à l'étranger.

Les problématiques relevant de la première catégorie ont été remontées par le réseau des INFOBESTs du Rhin supérieur, sur la base de cas concrets rencontrés par les conseillers INFOBEST et d'une expérience de plus de 20 ans dans l'information-conseil aux citoyens sur de nombreuses questions frontalières. Les problématiques relevant de la deuxième catégorie ont été remontées par les acteurs suivants :

- Le Centre Européen de la Consommation (CEC), qui propose notamment des conseils juridiques aux patients français et allemands et intervient dans la résolution amiable de litiges rencontrés par les citoyens notamment en matière de remboursement des soins ;
- TRISAN, Centre de compétences trinational pour la coopération en matière de santé dans le Rhin supérieur, qui a pour vocation de favoriser le développement de la coopération sanitaire dans le Rhin supérieur ;
- et le réseau des INFOBESTs du Rhin supérieur.

Sous l'égide du GECT Eurodistrict PAMINA, le processus de travail a été le suivant :

- Recensement des cas par les structures mentionnées ci-dessus ;
- Réflexion commune autour des cas, dans le cadre de la deuxième réunion du comité de pilotage du projet ;

⁴ Les collectivités locales allemandes et françaises du territoire ainsi que les Regionalverbände, le Département du Bas-Rhin et la Région Grand Est.

⁵ En fonction de chaque antenne, les collectivités locales ainsi que les niveaux des Länder et de l'Etat français.

- Travail d'analyse et de modélisation des cas par l'Euro-Institut / TRISAN en tant que prestataire pour la rédaction du Protocole d'action, en concertation étroite avec les experts des INFOBESTs et du CEC ;
- Validation des productions dans le cadre d'une troisième réunion du comité de pilotage, et réflexion commune sur la suite du projet (recherche de solutions, question de la transférabilité, etc.);

La partie II du document porte sur la présentation et l'analyse détaillée des 12 problématiques identifiées. Pour plus de clarté, les différentes problématiques sont traitées autant que faire se peut selon une structure uniforme : présentation de la problématique, cadre juridique de référence, public-cible concerné, conséquences négatives du problème, propositions d'optimisation, bonnes pratiques identifiées.

La présentation de la problématique s'appuie sur des exemples et des cas concrets rencontrés par les structures ayant fait remonter la problématique, et permettant de mieux l'illustrer. Les propositions d'optimisation doivent être comprises comme une première base de discussion avec les caisses d'assurance maladie et autres organismes compétents. En effet, les parties prenantes à la rédaction du rapport actuel n'ont pas nécessairement une vision complète des contraintes auxquelles ces organismes sont confrontés, ni des démarches qui ont déjà été entreprises ou sont actuellement en cours de réflexion pour trouver des solutions. L'objet de la démarche est de construire un dialogue ouvert et constructif avec les organismes compétents de part et d'autre de la frontière, et d'animer la discussion entre ces derniers pour identifier des pistes d'optimisation et construire ensemble des solutions. Ces dernières pourront être autres que celles imaginées à ce stade.

L'objectif *in fine* est de trouver les solutions les mieux adaptées pour les populations concernées, qui soient pérennes, en prenant en compte de manière adéquate les différences entre les systèmes nationaux et les logiques d'action, et qui soient réalistes en terme de mise en œuvre. Et ce, en s'appuyant sur les expertises et expériences respectives de l'ensemble des parties prenantes ainsi que sur les potentiels d'innovation collective dans une approche pragmatique. Pour ce faire, il a semblé intéressant de repérer les bonnes pratiques existantes en France et en Allemagne et dans la coopération entre partenaires dans la région, voire au-delà, à d'autres frontières européennes. Ce travail de recherche de bonnes pratiques a vocation lui aussi à être complété et enrichi en cours de projet.

Les analyses de la partie II sont complétées par une synthèse (sous-partie II.3) qui offre une vision plus transversale des problématiques et vise à structurer la recherche de pistes d'optimisation en concertation avec les caisses et autres organismes compétents.

La partie III reprend les résultats des ateliers de travail avec les acteurs de l'assurance maladie qui ont eu lieu les 26 février et 13 mai 2019. Y figurent à la fois des précisions apportées par les acteurs de l'assurance maladie concernant les problématiques identifiées, ainsi que les Protocoles d'action convenus pour réduire les obstacles identifiés, pour la frontière franco-allemande.

Dans l'annexe 1, nous précisons dans un tableau les structures ayant fait remonter les différentes problématiques, et vers lesquelles l'Euro-Institut/TRISAN s'est tourné pour

discuter, affiner et valider les productions. Dans l'annexe 2 sont précisées les sources utilisées par ailleurs, en particulier pour l'exploration du cadre juridique de référence. Les annexes 3 et 4 reprennent les listes des participants des deux ateliers de travail précités.

Partie II : Recensement et analyse des problématiques

1. Problématiques concernant les travailleurs frontaliers

1.1 Problématique n° 1 : Nécessité pour les travailleurs frontaliers de faire deux demandes d'inscription complètes pour une couverture maladie dans leur pays de résidence et dans leur pays d'activité

Thématiques concernées (mots-clés)

- S1
- Assurance maladie
- Double procédure d'inscription aux caisses
- Lourdeurs administratives

Description de la problématique

Les travailleurs frontaliers, s'ils souhaitent bénéficier d'une couverture maladie à la fois dans leur pays d'activité et dans leur pays de résidence, doivent faire successivement deux demandes complètes d'inscription auprès des caisses compétentes : dans le pays d'activité et dans le pays de résidence. Cela peut représenter pour l'assuré une certaine lourdeur administrative (nombre important de formulaires à remplir, coûts de traduction, problèmes linguistiques).

Cas pratique

Une personne, qui obtient un emploi dans le pays voisin, devra tout d'abord constituer un dossier en vue de son affiliation dans ce pays. L'affiliation lui donnera droit à prise en charge aux conditions nationales dans ce pays (et aux prestations en espèces de l'assurance maladie). Dans un deuxième temps, pour pouvoir bénéficier également d'une prise en charge aux conditions nationales dans son pays de résidence (pas de droits aux prestations en espèces), l'assuré devra :

- demander à sa caisse d'affiliation (pays d'activité) la délivrance d'un formulaire S1 ;
- une fois le S1 obtenu, constituer un dossier pour s'inscrire à l'assurance maladie dans son pays de résidence.

Il en sera de même pour une personne qui choisit de déménager dans le pays voisin tout en continuant à exercer dans son pays d'origine (par exemple un Allemand travaillant en Allemagne et souhaitant s'installer en France).

Ainsi, l'assuré sera soumis à deux procédures complètes d'inscription, ce qui peut être considéré comme une lourdeur administrative. Dans certains cas, la nécessité d'une double inscription pourra représenter une complexité administrative plus marquée, notamment :

- Lorsque l'assuré ne maîtrise pas (ou imparfaitement) la langue de l'Etat de résidence et qu'il doit remplir des formulaires dans cette langue;
- Lorsque l'assuré n'a pas la nationalité de l'Etat de résidence, et qu'il doit faire traduire et authentifier certains documents tels que l'acte de naissance;
- Lorsque l'assuré n'a ni la nationalité de l'Etat de résidence, ni la nationalité de l'Etat dans lequel il travaille, et qu'il doit faire traduire et authentifier certains documents dans deux langues différentes.

Cadre juridique de référence

En application de l'article 17 du règlement CE n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, le travailleur frontalier, bien qu'affilié dans son pays d'activité, a droit à une prise en charge des soins de santé aux conditions nationales dans son pays de résidence. Pour pouvoir effectivement bénéficier de cette disposition, le travailleur frontalier devra se faire inscrire à l'assurance maladie de son pays de résidence, comme cela est prévu à l'article 24 du règlement CE n° 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement CE n° 883/2004.

Article 17 du règlement CE n° 883 / 2004

Résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent

La personne assurée ou les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient dans l'État membre de résidence des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'ils étaient assurés en vertu de cette législation.

Article 24 du règlement CE n° 987/2009

Résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent

Aux fins de l'application de l'article 17 du règlement de base, la personne assurée et/ou les membres de sa famille sont tenus de se faire inscrire auprès de l'institution du lieu de résidence. Leur droit aux prestations en nature dans l'État membre de résidence est attesté par un document délivré par l'institution compétente à la demande de la personne assurée ou de l'institution du lieu de résidence.

(...)

Public concerné par la problématique

Ensemble des travailleurs frontaliers, en particulier ceux ne maîtrisant pas la langue du pays

de résidence.

Conséquences du problème

- Démarches administratives faisant doublon,
- Frais supplémentaires (p.ex. frais de traduction d'actes d'état civil : Dans les pays membre de l'UE, ces documents peuvent désormais être délivrés en version plurilingue (service payant), par contre le problème se pose notamment pour les ressortissants d'Etats tiers ainsi que pour les ressortissants allemands qui font partie des *Aussiedler* dont les actes d'état civil ont été établis dans des pays de l'ancienne Union soviétique.)
- La lourdeur administrative décrite ci-dessus peut amener le travailleur frontalier à renoncer à se faire inscrire à l'assurance maladie dans son pays de résidence. Les INFOBESTs ont déjà eu à connaître de tels cas de renoncement à l'utilisation du S1. Il s'agit le plus souvent d'un travailleur frontalier qui possède la nationalité de son pays d'activité et qui ne s'inscrit pas à la/une caisse d'assurance maladie de son pays de résidence puisqu'il a l'intention de continuer à se faire soigner dans son pays d'activité. Le fait que la personne renonce à cette inscription dans son pays de résidence est problématique : elle prend un risque financier important puisqu'elle n'est pas couverte pour des soins effectués dans le pays de résidence. Cela posera également problème en cas de perte d'emploi. En effet, les allocations chômage sont versées par l'organisme compétent du pays de résidence. Pour s'inscrire au chômage, la personne devra communiquer son numéro d'assuré du pays de résidence. Si elle n'en dispose pas, la procédure d'inscription sera plus longue et compliquée. Pour exemple en France, Pôle emploi ne peut pas établir de notification définitive d'indemnisation chômage si la personne ne dispose pas d'un numéro de sécurité sociale français. En même temps, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) refuse de procéder à l'affiliation si la personne inscrite à Pôle emploi ne lui fournit pas la notification d'indemnisation. Dans le but de proposer une solution provisoire, Pôle emploi procède actuellement à l'établissement d'un avis de paiement provisoire qui permet à la personne de s'inscrire à la CPAM.

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

- Transmission directe du formulaire S1 par la caisse d'affiliation à la caisse compétente du pays de résidence : Ceci permettrait une meilleure information des frontaliers en attirant leur attention sur le fait qu'il est important de s'affilier dans son pays de résidence (envoi direct des formulaires d'inscription par la caisse du pays de résidence). Toutefois, ceci semble compliqué à cause des décalages systémiques : En Allemagne, il existe plus de 100 caisses d'assurance maladie légale, et l'assuré peut choisir librement sa caisse. Dans le cas d'une activité professionnelle en France et d'une résidence en Allemagne, la CPAM ne pourra donc pas transmettre de données tant qu'elle ne connaît pas la caisse choisie par l'assuré. Aussi, si l'option d'une transmission de données entre caisses devait être retenue, il faudra potentiellement que la CPAM mette en place des conventions avec l'ensemble des

caisses allemandes. Dans le cas inverse (résidence en France, activité professionnelle en Allemagne), la situation est moins problématique, puisque la caisse compétente sera, côté français, toujours la CPAM. La question de la mise en place de conventions entre la CPAM et l'ensemble des caisses allemandes restera toutefois posée.

- Transmission directe des données par la caisse d'affiliation à la caisse du pays voisin à travers le système EESSI (échange électronique d'informations sur la sécurité sociale), avec accord exprès de l'assuré, pour éviter à ce dernier de devoir s'inscrire deux fois (potentiellement problématique au vu de la réglementation sur la protection des données).
- Mise en place de formulaires d'inscription bilingues dans la zone frontalière.

Bonnes pratiques identifiées

Sur demande de l'assuré, l'AOK Bade-Wurtemberg transmet le formulaire S1 directement à la CPAM, ce qui permet effectivement une meilleure information des frontaliers concernés. Toutefois, les assurés AOK doivent s'inscrire côté français en remplissant les formulaires d'inscription de la CPAM.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.2 Problématique n° 2 : Problème de l'affiliation des enfants en cas de divorce ou séparation des parents

Thématiques concernées (mots-clés)

Divorce / séparation

Affiliation des enfants

Description de la problématique

Dans le cas de parents dont l'un est travailleur frontalier et l'autre exerce son activité professionnelle dans le pays de résidence, les enfants sont rattachés à ce dernier pour l'assurance maladie. Cela vaut également en cas de séparation ou de divorce, dès lors que le parent qui exerce son activité professionnelle dans le pays de résidence a la garde de l'enfant (garde totale ou alternée) et/ou en attendant le jugement du divorce. Dans le cas d'une résidence en France, cela peut poser deux types de problèmes qui sont présentés plus en détail dans l'encadré ci-dessous.

Cas pratique

Enfant de parents divorcés, avec résidence en France. L'enfant a 8 ans, il est en garde partagée entre le père et la mère, mais vit de manière régulière chez sa mère. La mère travaille en Allemagne, le père travaille en France. En application de l'article 32 du règlement CE n°883/2004, l'enfant est rattaché à l'assurance maladie du père.

Problème 1 : Devoir recourir à la carte vitale de l'ex-conjoint

En France, les enfants disposent de leur propre carte vitale au plus tôt à partir de 12 ans. Avant cet âge, la prise en charge des soins s'effectue par le biais de la carte vitale du parent auquel l'enfant est rattaché. Dans notre cas pratique, l'enfant a moins de 12 ans et n'a donc pas de carte vitale. Si l'enfant a besoin de soins alors qu'il se trouve chez sa mère, cette dernière – en tant que parent frontalier – sera contrainte de recourir à la carte vitale de son ex-conjoint. Plus précisément :

- Pour une hospitalisation de l'enfant, la carte vitale du père sera indispensable.
- Pour une simple visite chez le médecin, la mère pourrait techniquement demander une feuille de remboursement des soins. Toutefois, la procédure de remboursement sera alors beaucoup plus longue qu'en cas d'utilisation de la carte vitale, laquelle permet un remboursement automatisé sous 3 jours.

Problème 2 : Paiement par le parent frontalier, remboursement à l'autre parent

En France, les frais doivent être avancés, et le remboursement sera versé sur le compte du parent auquel l'enfant est rattaché, et ce même si l'enfant dispose de sa propre carte vitale. Dans notre cas pratique, si l'enfant a besoin de soins alors qu'il se trouve chez sa mère, cette dernière – en tant que parent frontalier – se retrouve dans la situation de devoir avancer les frais, tandis que ces mêmes frais seront remboursés à l'autre parent.

Les deux problèmes présentés ci-dessus mettent les ex-conjoints (et leurs enfants) dans des situations a minima insatisfaisantes, puisque l'un des parents se retrouve en situation de dépendance par rapport à l'autre, alors que les deux ex-conjoints ne souhaitent pas forcément continuer à entretenir des relations.

La situation sera encore particulièrement ubuesque lorsque l'enfant est domicilié au quotidien chez le parent frontalier : Logiquement, ce sera lui qui amènera le plus souvent l'enfant chez le médecin, mais l'enfant reste malgré tout rattaché à l'autre parent. La règle appliquée est alors en décalage complet par rapport à la situation concrète dans laquelle se trouve les personnes.

Surtout, les deux problèmes présentés peuvent conduire à des situations extrêmement problématiques, par exemple

- lorsque les ex-conjoints vivent très éloignés l'un de l'autre (il est alors difficile de récupérer la carte vitale de l'ex-conjoint) ;
- lorsqu'il n'y a plus aucun contact entre les ex-conjoints ;
- lorsque les deux conjoints entretiennent des relations conflictuelles ;
- lorsqu'il y a une problématique de violence ou autres abus ;
- ainsi que dans d'autres situations particulières (par exemple lorsque le parent auquel l'enfant est rattaché est interné en hôpital psychiatrique).

Cadre juridique de référence

En application de l'article 32 du règlement CE n° 883/2004, un enfant dont seul l'un des deux parents est travailleur frontalier sera rattaché au parent exerçant son activité professionnelle dans le pays de résidence, dès lors que ce dernier a la garde de l'enfant.

Article 32 du règlement CE n°883/2004

Règles de priorité en matière de droit à prestations en nature - Disposition spécifique pour le droit à prestations des membres de la famille dans l'État membre de résidence

1. Un droit à prestations en nature autonome découlant de la législation d'un État membre ou du présent chapitre prévaut sur un droit à prestations dérivé bénéficiant aux membres de la famille. Par contre, un droit à prestations en nature dérivé prévaut sur les droits autonomes lorsque le droit autonome dans l'État membre de résidence découle directement et exclusivement du fait que la personne concernée réside dans cet État membre.
2. Lorsque les membres de la famille d'une personne assurée résident dans un État membre selon la législation duquel le droit aux prestations en nature n'est pas subordonné à des conditions d'assurance ou d'activité salariée ou non salariée, les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution compétente de l'État membre où ils résident, pour autant que le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants de la personne assurée exerce une activité salariée ou non

salariée dans ledit État membre ou perçoit une pension de cet État membre sur la base d'une activité salariée ou non salariée.

Les deux problèmes exposés ci-dessus ne découlent pas du règlement en lui-même, mais de l'application du règlement en lien avec les règles françaises d'accès aux soins (enfant ne disposant pas de carte vitale ; avance des frais)

On notera que ces problématiques ne se posent pas lorsque le pays de résidence est l'Allemagne. En effet, en Allemagne, dans le cadre de l'assurance maladie légale :

- L'enfant, même lorsqu'il est rattaché à un parent (*Familienversicherung*) dispose de sa propre carte d'assuré. Le parent frontalier n'a donc pas besoin de recourir à la carte d'assuré de l'autre parent.
- Les patients ne font pas l'avance des frais (*Sachleistungsprinzip*), et le parent frontalier n'est donc pas confronté au fait que les frais qu'il aurait avancé sont remboursés à l'autre parent.

On notera également que dans l'article 32, on parle de « garde des enfants », alors que dans la version allemande, le terme est « *Sorgerecht* », soit autorité parentale.

Public concerné par la problématique

- Couples séparés ou divorcés et leurs enfants, dans le cas d'une résidence en France et lorsque l'un des deux parents est travailleur frontalier.
- On précisera que le fait de devoir recourir à la carte vitale de l'autre parent peut être également source de tracas lorsque les deux parents sont encore en couple, par exemple lorsque le parent, auquel l'enfant est rattaché, est souvent en déplacement.

Conséquences négatives du problème

- Plus la relation entre les ex-conjoints est dégradée, plus les problèmes mentionnés seront difficiles à gérer.
- Les problèmes évoqués peuvent induire des phénomènes de renoncement aux soins.
- La législation n'accompagne pas la mobilité professionnelle transfrontalière de manière satisfaisante.

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

- Est-ce qu'une dérogation pourrait éventuellement être envisagée s'il est constaté l'absence totale de liens entre le parent résidant en France et l'enfant ?
- Est-ce que la France et l'Allemagne pourraient s'entendre au niveau national pour rétablir la situation antérieure à l'automne 2017 (affiliation auprès des deux parents, cf.

« bonnes pratiques »), la France ne demandant alors pas le remboursement à l'Allemagne des frais de santé occasionnés par les enfants concernés ?

- Peut-on faire jouer l'article 3.1 de la [Convention Internationale des Droits de l'Enfant](#) afin de privilégier l'intérêt supérieur des enfants et ainsi les rattacher au dossier du parent chez qui ils sont domiciliés, si la décision de rattachement du/des enfant(s) sur le dossier de l'autre parent a des conséquences négatives sur l'accès aux soins des enfants ? (Article 3.1 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »).
- Par rapport au problème n°1 (nécessité de recourir à la carte vitale du parent auquel l'enfant est rattaché) : Serait-il envisageable de délivrer, à titre dérogatoire, une carte vitale aux enfants de moins de 12 ans (ce qui ne solutionne pas le problème n°2, à savoir le problème du remboursement sur le compte de l'ex-conjoint)
- Une solution pragmatique (même si elle n'est pas 100% satisfaisante et qu'elle est conditionnée au fait que les deux parents s'entendent un tant soit peu) pourrait être que le parent frontalier garde avec lui la carte européenne d'assurance maladie de l'enfant. Ainsi il pourrait au moins bénéficier des soins urgents dans le pays d'activité du parent frontalier.

Bonnes pratiques identifiées

Jusqu'à l'automne 2017, le règlement CE 883/2004 était appliqué de manière pragmatique : En cas de séparation / divorce des parents, les enfants étaient affiliés auprès des deux parents, y compris au parent frontalier travaillant en Allemagne. Par suite d'une réclamation de la Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) demandant le respect de l'article 32 du règlement CE 883/2004, la CPAM 57 (en charge de la gestion des RI-UE pour la Région Grand Est) refuse maintenant le double rattachement.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III du rapport](#) (p. 65).

1.3 Problématique n° 3 : Refus de délivrance du formulaire S1 pour des membres de la famille des travailleurs frontaliers

Thématiques concernées (mots-clés)

Membres de la famille / Ayants-droit

Refus de délivrance du S1

Description de la problématique

Dans le cas des travailleurs frontaliers résidant en Allemagne et travaillant en France, les membres de la famille se voient refuser par la France la délivrance du formulaire S1 lorsqu'ils ne rentrent pas dans la définition d'ayant-droit selon la législation française.

Cas pratique

Couple marié avec enfant résidant en Allemagne. Monsieur est salarié. Madame est sans activité professionnelle et ne reçoit pas d'allocation chômage. Leur enfant de 24 ans étudie en Allemagne.

Cas de figure n°1 : Monsieur travaille en Allemagne

En Allemagne, lorsqu'une personne est affiliée dans le cadre de l'assurance maladie légale, son conjoint sans activité professionnelle (à l'exception de l'exercice d'un minijob) et ne touchant pas d'allocation chômage ni d'autres revenus dépassant au total 445€/mois (p.ex. des revenus immobiliers) bénéficie du statut d'ayant-droit (*Familienversicherung*). Il en est de même pour ses enfants jusqu'à l'âge de 25 ans s'ils sont encore en formation.

Ainsi, dans ce cas de figure, l'épouse de Monsieur ainsi que leur enfant de 24 ans pourront être rattachés à l'assurance maladie du mari/père sans frais supplémentaires.

Cas de figure n°2 : Monsieur travaille en France (travailleur frontalier)

Monsieur ayant une activité salariée en France, il sera affilié côté français, à la CPAM. Son épouse et leur enfant ne bénéficient pas du statut d'ayant-droit pour les raisons suivantes :

- Aux termes de l'article 1 i 1. ii du règlement (CE) 883/2004, c'est la législation de l'Etat de résidence (en l'occurrence l'Allemagne) qui s'applique pour déterminer la qualité de membre de la famille.
- Toutefois, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a estimé que si l'Etat membre de résidence détermine la qualité de membre de la famille, le droit à la prise en charge des frais de santé doit néanmoins exister en France, Etat compétent.
- Or, depuis l'introduction de la Protection Universelle Maladie (PUMa) au 1^{er} janvier 2016, le statut d'ayant-droit a disparu en France pour les personnes majeures (personnes de plus de 18 ans) relevant du régime général et depuis 2019 pour les personnes majeures relevant du régime local Alsace-Moselle. Ces personnes sont désormais assurées de manière autonome.

Ainsi dans ce cas de figure, l'épouse de Monsieur et leur enfant de 24 ans ne pourront pas

bénéficier du statut d'ayant-droit, et se verront refuser par la CPAM la délivrance du formulaire S1.

Dans des cas concrets rencontrés par les INFOBESTs, les travailleurs frontaliers, se retrouvant dans cette situation, ont dû :

- payer un supplément auprès de leur caisse allemande pour faire assurer leur conjoint(e) ;
- affilier leurs enfants rétroactivement à l'assurance maladie des étudiants (*Krankenversicherung der Studenten*).

Cadre juridique de référence

En vertu de l'article 17 du règlement CE n°883/2004 :

- le travailleur frontalier a droit à une prise en charge des soins de santé aux conditions nationales dans son pays de résidence, malgré le fait qu'il soit affilié dans le pays dans lequel il travaille et non dans son pays de résidence ;
- ces avantages s'appliquent également aux membres de sa famille.

Pour pouvoir bénéficier de ces dispositions, le travailleur frontalier ainsi que les membres de sa famille doivent se faire délivrer un formulaire S1 par la caisse d'affiliation du travailleur frontalier, puis s'inscrire à l'assurance maladie de l'Etat de résidence, comme le prévoit l'article 24 du règlement n° 987/2009.

Pour la bonne compréhension de la problématique, il est important de préciser les éléments suivants :

- Le formulaire S1 est délivré à titre individuel et non pour l'ensemble de la famille ;
- Aux termes de l'article 1 i 1.ii du règlement (CE) 883/2004, le terme « membre de la famille » désigne « (...) toute personne définie ou admise comme membre de la famille ou désignée comme membre du ménage par la législation de l'État membre dans lequel réside l'intéressé » ;
- Toutefois, la CNAM estime que si l'Etat membre de résidence détermine la qualité de membre de la famille, le droit à la prise en charge des frais de santé doit néanmoins exister en France, Etat compétent ;
- Les critères d'obtention du statut d'ayant-droit ne sont pas les mêmes en France et en Allemagne. Certaines catégories de personnes ayant le statut d'ayant-droit en Allemagne ne peuvent bénéficier de ce statut en France. Cela concerne tout particulièrement les conjoints et assimilés sans activité professionnelle (à l'exception de l'exercice d'un minijob) et ne touchant pas d'indemnité chômage ni d'autres revenus dépassant au total 445€/mois (p.ex. des revenus immobiliers), ainsi que les jeunes entre 18 et 25 ans (cf. encadré ci-dessous).

Dans ce contexte, la problématique qui se pose est la suivante : Depuis l'introduction de la PUMa au 1^{er} janvier 2016 en France, la délivrance des S1 est refusée côté français pour les membres de la famille des travailleurs frontaliers (résidant en Allemagne et travaillant en

France) qui ne sont pas considérés comme ayants-droit selon la législation française.

Deux exemples de différence dans la définition de l'ayant-droit en France et en Allemagne

Conjoint :

- En Allemagne : dans le cadre de l'assurance maladie légale, la personne aura le statut d'ayant-droit.
- En France : Depuis le 1^{er} janvier 2016 et l'introduction de la PUMa, la personne n'aura pas le statut d'ayant-droit. La PUMa prévoit que toute personne majeure est affiliée à titre individuel. Si la personne est sans activité professionnelle, elle est affiliée sur la base du critère de résidence. Depuis 2019, cela concerne également les personnes majeures relevant du régime local Alsace-Moselle qui doivent désormais s'affilier à titre individuel.

Enfants :

- En Allemagne, dans le cadre de l'assurance maladie légale, les enfants ont le statut d'ayant-droit :
 - jusqu'à l'âge de 18 ans
 - jusqu'à l'âge de 23 ans s'ils n'ont pas d'activité professionnelle
 - jusqu'à l'âge de 25 ans s'ils sont encore en formation
 - sans limite d'âge dans le cas d'enfant handicapés ne pouvant subvenir eux-mêmes à leurs besoins
- En France, les enfants ont droit au statut d'ayant-droit jusqu'à l'âge de 18 ans. Sur demande, l'enfant peut être affilié à titre individuel à partir de 16 ans.

Public concerné par la problématique

Membres de la famille des travailleurs frontaliers résidant en Allemagne et travaillant en France ne pouvant obtenir le statut d'ayant-droit selon la législation française, alors qu'ils l'auraient obtenu en Allemagne (en particulier : conjoint/e sans activité professionnelle ni autres revenus ; enfants entre 18 et 25 ans)

Conséquences négatives du problème

Les travailleurs frontaliers concernés sont contraints à payer des suppléments ou à assurer séparément leur conjoint/e ou leur(s) enfant(s).

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

- La problématique provient de l'interprétation qui est faite par la France du règlement (CE) 883/2004. Une clarification quant à l'application de l'article 1 i 1.ii du règlement (CE) 883/2004 serait souhaitable.

Bonnes pratiques identifiées

Jusqu'à un changement de réglementation en juillet 2019, les membres de la famille d'un assuré relevant du régime local Alsace-Moselle pouvaient bénéficier du statut d'ayant-droit. Étaient considérés comme membres de la famille : le conjoint, concubin ou partenaire pacsé, les enfants mineurs et majeurs jusqu'à 20 ans (s'ils étaient encore en formation ou en situation de dépendance). Le régime local Alsace-Moselle s'applique à tous les salariés qui travaillent dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin (à l'exception des fonctionnaires titulaires), ainsi qu'aux travailleurs frontaliers y résidant.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.4 Problématique n° 4 : Perte de la couverture maladie française liée au changement de résidence (vers l'étranger) dans le cadre d'un congé parental

Thématiques concernées (mots-clés)

Déménagement dans un autre pays dans le cadre d'un congé parental

Perte de couverture maladie dans le pays d'activité professionnelle

Continuité des soins

Description de la problématique

Lorsqu'une personne résidant et travaillant en France fait le choix de retourner auprès de sa famille dans son pays d'origine le temps d'un congé parental, elle perd sa couverture maladie en France, alors qu'elle y a cotisé (potentiellement pendant de nombreuses années).

Cas pratique

Une femme de nationalité allemande résidant et occupant un emploi salarié en France depuis 15 ans souhaite se rapprocher quelques temps de sa famille vivant en Allemagne suite à la naissance d'un enfant. Elle prend un congé parental et retourne vivre provisoirement en Allemagne. Ce faisant, elle perd sa couverture maladie en France (raisons expliquées dans la partie « Cadre juridique de référence »), avec les conséquences suivantes :

- N'étant plus affiliée côté français, elle ne peut obtenir de formulaire S1 qui lui permettrait de bénéficier de la couverture maladie côté allemand. La personne concernée se retrouve alors dans l'obligation de s'affilier à titre volontaire à l'assurance maladie légale allemande, ce qui signifie qu'elle doit payer des cotisations (ce qui n'aurait pas été le cas si elle avait continué à être affiliée à l'assurance maladie française).
- N'ayant plus de couverture maladie en France, elle ne peut pas continuer à consulter son gynécologue, pédiatre ou tout autre médecin qu'elle consultait habituellement, en tout cas pas aux mêmes conditions de prise en charge que jusqu'alors (problème de continuité des soins).
- Cela génère également une forte incompréhension dans un contexte où elle a cotisé pendant 15 ans en France.
- Si la personne est mal informée en amont sur ses droits, elle peut se retrouver dans une situation dramatique :
 - Absence de couverture maladie dans un moment très sensible (naissance d'un enfant), et obligation d'avancer tous les frais ;
 - Nécessité de trouver un gynécologue/pédiatre côté allemand et difficulté à obtenir un rendez-vous en raison de listes d'attente.

Dans un cas concret de ce type traité par l'INFOBEST Vogelgrun/Breisach, la jeune maman

avait pris les renseignements fin 2015 et obtenu l'information que sa couverture maladie française serait maintenue. La réglementation a changé au 1^{er} janvier 2016 (introduction de la PUMa), et la jeune maman s'est retrouvée du jour au lendemain sans aucune couverture maladie. Elle a finalement pu obtenir le rattachement à son conjoint affilié au RSI, mais ce au prix de longues tractations. Entre-temps, elle avait dû faire l'avance de tous les frais.

Cadre juridique de référence

La perte de la couverture maladie française liée au changement de pays de résidence dans le cadre d'un congé parental découle de la conjonction de trois éléments. Depuis l'introduction de la Protection Universelle Maladie (PUMa) au 1^{er} janvier 2016, l'assurance maladie française considère que :

- seules les personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou y résident ont droit à la couverture maladie en France ;
- le congé parental ne constitue pas une situation d'activité professionnelle (bien que le contrat de travail perdure) ; ceci ne s'applique pas au congé maternité qui lui est assimilé à une activité professionnelle ;
- il n'est pas possible d'être rattaché au conjoint puisque la notion d'ayant-droit n'existe plus pour les personnes majeures.

Public concerné par la problématique

Personnes résidant et travaillant en France et faisant le choix de résider dans un pays tiers dans le cadre d'un congé parental.

Travailleurs frontaliers résidant en Allemagne, travaillant en France et prenant un congé parental.

On notera que cette problématique ne concerne pas uniquement les travailleurs frontaliers, ni uniquement les zones frontalières.

La problématique se pose uniquement lorsque le pays d'activité est la France. En effet, si le pays d'activité est l'Allemagne, la personne pourra rester affiliée à sa caisse allemande pendant son congé parental, qui est considéré côté allemand comme une situation d'activité professionnelle. Les personnes affiliées obligatoirement à l'assurance maladie légale allemande sont exemptées des cotisations. En revanche, les personnes relevant d'une assurance maladie privée ou étant affiliée à titre volontaire à l'assurance maladie légale allemande doivent, en règle générale, s'acquitter des cotisations.

Conséquences négatives du problème

- Frais supplémentaires (nécessité de s'affilier à titre volontaire auprès d'une caisse allemande ; nécessité d'avancer les frais en l'absence de couverture maladie ; restes à charge importants si souhait de continuer les soins en France, etc.)

- Tracas administratifs (changement de caisse)
- Problèmes de continuité des soins / poursuite de traitement
- Incompréhension quant au fonctionnement de « l'Europe au quotidien »
- Limitation à la mobilité des personnes dans l'Union européenne

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

Cette problématique ne peut être réglée dans le cadre d'un renforcement de la coopération entre les caisses allemandes et françaises. Problématique à faire remonter au niveau national côté français.

Bonnes pratiques identifiées

Avant l'introduction de la PUMa en France, les personnes pouvaient continuer à bénéficier de la couverture maladie française dans ce genre de situations.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.5 Problématique n° 5 : Soins dans le pays de résidence pour les personnes ayant une assurance privée en Allemagne

Thématiques concernées (mots-clés)

Assurés privés en Allemagne

Soins dans l'Etat de résidence

Description de la problématique

La plupart des travailleurs frontaliers disposent de deux cartes d'assuré (en France et en Allemagne), leur permettant un accès aux soins aux conditions nationales à la fois dans leur pays de résidence et dans le pays dans lequel ils exercent leur activité professionnelle. Cela n'est cependant pas possible pour les travailleurs frontaliers qui vivent en France et relèvent en Allemagne d'une caisse privée : Ils n'ont pas la possibilité de s'inscrire à l'assurance maladie française. Cela engendre une lourdeur administrative dans le cas de soins effectués en France.

Cas pratique

Le travailleur frontalier vivant en France et assuré en Allemagne auprès d'une caisse privée ne pourra pas obtenir le formulaire S1 qui lui permettrait de s'inscrire à l'assurance maladie française et de bénéficier ainsi des mêmes conditions de prise en charge que les assurés français.

Pour les assurés privés, les conditions de prise en charge des soins effectués à l'étranger dépendent du contrat d'assurance. Le plus souvent, les contrats prévoient une prise en charge intégrale des soins dans le cadre de séjours de moins de six mois au sein de l'Union européenne, voire dans le monde entier. Pour des séjours plus longs ou lorsque l'assuré réside à l'étranger, on relève les problématiques suivantes :

- La personne peut être amenée à devoir négocier des conditions particulières de prise en charge avec sa caisse ;
- Pour être certaine que les soins seront effectivement pris en charge, la personne peut être amenée à devoir contacter sa caisse pour prendre renseignement et/ou demander un accord préalable de prise en charge ;
- Il n'est pas exclu que, lors de la prise de contact avec sa caisse, la personne ait affaire à un agent peu éclairé sur les questions de soins à l'étranger.
- Comme la personne ne dispose pas de la carte vitale, elle ne bénéficiera pas des circuits de remboursement automatisés liés à la carte vitale. Elle devra envoyer les factures à sa caisse allemande pour obtenir le remboursement. Le remboursement sera donc moins rapide que pour un assuré français utilisant la carte vitale (remboursement sous 3 jours maximum).

- Le remboursement des soins pourra être minoré des frais de traduction et des frais liés au transfert d'argent sur un compte étranger.

De manière générale, dans le cas d'une résidence en France, les caisses privées allemandes prendront en charge les soins, du fait que les tarifs appliqués aux assurés privés en Allemagne sont plus élevés que les tarifs français (pas de préjudice financier pour la caisse en règle générale). Toutefois, il existe toujours un risque pour l'assuré auquel se rajoutent les lourdeurs administratives mentionnées ci-dessus.

Cadre juridique de référence

En application des articles 17 et 18 du règlement CE n°883/2004, le travailleur frontalier a droit à une prise en charge des soins de santé aux conditions nationales à la fois dans son Etat de résidence (article 17) et dans l'Etat dans lequel il exerce son activité professionnelle (article 18). Le travailleur frontalier obtient de sa caisse d'affiliation un formulaire S1 qui lui permettra de s'inscrire (sans frais) à l'assurance maladie dans son pays de résidence. Toutefois, ces dispositions ne s'appliquent pas pour les travailleurs frontaliers relevant d'une caisse privée, puisque le règlement ne couvre que les régimes légaux d'assurance maladie.

Il n'est pas inutile de donner ici quelques informations sur l'assurance maladie privée en Allemagne.

Le système d'assurance maladie allemand est dual ; il se caractérise par la coexistence de deux régimes bien distincts :

- Un régime public : l'assurance maladie légale (*gesetzliche Krankenversicherung – GKV*), dont relève environ 90% de la population
- Un régime privé : l'assurance maladie privée (*private Krankenversicherung – PKV*), dont relève environ 10% de la population.

L'assurance maladie légale est obligatoire pour la majorité de la population. Seules certaines catégories de personnes sont exemptées de cette obligation : les fonctionnaires, les indépendants ainsi que les salariés dont le revenu dépasse un certain seuil, révisé chaque année (en 2019 : 60 750 € par an). Les personnes concernées peuvent soit adhérer de façon volontaire à l'assurance maladie légale, soit adhérer à une assurance maladie privée. Généralement, les personnes concernées feront le choix d'adhérer à l'assurance maladie privée, puisqu'elle permet, en règle générale, des conditions de prise en charge bien meilleures sur le plan médical (par exemple : liste des soins et médicaments remboursables beaucoup plus étendue ; absence de délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous, etc.).

Il semble important de préciser encore les deux éléments suivants :

- Pour les fonctionnaires, l'option de s'assurer de manière volontaire à l'assurance maladie légale est généralement moins attractive. L'employeur prend en charge 50%

à 80% des dépenses de santé remboursables (p.ex. factures du médecin). L'assurance maladie privée, dont les cotisations sont uniquement à la charge de l'assuré, remboursera ensuite le reste (entre 20% et 50%). L'adhésion à l'assurance maladie légale serait possible, mais dans la plupart des cas, cette option est plus chère pour l'assuré, puisque l'employeur ne prendra pas en charge la cotisation patronale habituelle à hauteur de 50 %. Par conséquent, l'assuré doit assumer la totalité des cotisations salariale et patronale (exception : Land de Hambourg depuis 2018).

- On notera aussi que pour les assurés privés en Allemagne, un retour à l'assurance maladie légale est très difficile.

En conséquence, dans bien des cas, la solution à la problématique des frontaliers assurés privés ne pourra pas être d'inviter les personnes concernées à s'assurer à l'assurance maladie légale.

Public concerné par la problématique

Travailleurs frontaliers vivant en France, travaillant en Allemagne et étant assurés auprès d'une caisse privée en Allemagne.

Conséquences négatives du problème

- Lourdeur administrative (demande d'accord préalable, avance des frais, envoi des factures pour remboursement, etc.).
- Frais supplémentaires (minoration des remboursements liés aux coûts de traduction ou de virement sur un compte étranger, frais de dossier...).
- Ces problèmes peuvent décourager la mobilité transfrontalière.

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

-

Bonnes pratiques identifiées

-

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.6 Problématique n° 6 : Arrêts maladie en contexte transfrontalier

Thématiques concernées (mots-clés)

Arrêt de travail en langue étrangère

Envoi de l'arrêt de travail à la caisse du pays de résidence

Description de la problématique

La délivrance d'un arrêt de travail peut poser deux types de problèmes en contexte transfrontalier

Problème 1 : « Arrêt de travail en langue étrangère » En règle générale, les travailleurs frontaliers se rendent chez le médecin dans leur pays de résidence – pour des raisons linguistiques ou parce qu'ils y ont leur médecin traitant / leurs habitudes en matière de soins. Par conséquent, l'arrêt de travail d'un travailleur frontalier sera souvent délivré par un médecin du pays de résidence, et donc dans la langue de ce pays. Le travailleur frontalier doit ensuite transmettre l'arrêt de travail à son employeur et à sa caisse d'affiliation dans son pays d'activité professionnelle. Les INFOBESTs indiquent traiter un nombre non négligeable de cas dans lesquels le travailleur frontalier connaît des difficultés avec son employeur qui ne reconnaît pas l'arrêt de travail du fait qu'il est rédigé en langue étrangère. Au niveau des caisses d'affiliation, en règle générale, les règles applicables sont connues et la reconnaissance des arrêts de travail émis dans le pays voisin ne pose donc pas question en elle-même. En revanche, les caisses qui ne comptent pas beaucoup de travailleurs frontaliers parmi leurs affiliés ont souvent des difficultés de traitement dues au fait que l'arrêt de travail est en langue étrangère. Il arrive qu'elles demandent à l'assuré de traduire l'arrêt de travail et/ou le diagnostic du médecin. Cela ne devrait normalement pas leur être demandé.

Cas pratiques

Un Allemand résidant en Allemagne et travaillant en France se voit délivrer un arrêt de travail par son médecin allemand. Il transmet la feuille d'arrêt de travail à son employeur français, qui refuse de la reconnaître car la feuille d'arrêt est dans une langue qu'il ne comprend pas.

Un Français résidant en France et travaillant en Allemagne se voit délivrer un arrêt de travail par son médecin français. Il est assuré dans une petite caisse allemande située à Kassel, dans le centre de l'Allemagne, qui ne dispose pas des compétences linguistiques en interne pour traiter le dossier. La caisse se tourne alors vers l'assuré pour qu'il traduise la feuille d'arrêt.

Problème 2 : Feuilles d'arrêt envoyées à la mauvaise caisse

Il n'est pas rare que les travailleurs frontaliers envoient leur feuille d'arrêt non pas à leur

caisse d'affiliation (pays d'activité professionnelle) mais à la caisse du pays de résidence. En effet, ayant également une carte d'assuré dans le pays de résidence, les travailleurs frontaliers mal informés pensent à tort qu'ils y sont affiliés.

Or, la caisse du pays de résidence n'informe pas toujours la personne qu'elle a envoyé la feuille d'arrêt à la mauvaise caisse. Cela peut poser un problème pour l'obtention des indemnités journalières versées par les caisses d'affiliation en cas d'arrêt maladie, voire entraîner des retards de paiement (procédure chronophage via les points de contacts nationaux).

Cas pratiques

Un Français résidant en France et travaillant en Allemagne se fait délivrer un arrêt de travail par son médecin français. Mal informé sur sa situation d'assuré, il envoie par erreur sa feuille d'arrêt à la CPAM. La CPAM n'informe pas l'assuré qu'elle n'est pas compétente, et qu'il aurait dû envoyer sa feuille d'arrêt à sa caisse d'affiliation en Allemagne. Pendant les 6 premières semaines d'arrêt, le travailleur frontalier continue à être payé par son employeur allemand, conformément à la législation allemande en cas d'arrêt de travail. Il ne se rend donc pas compte de sa mégarde. Passées les 6 premières semaines d'arrêt, l'employeur ne verse plus les salaires, et le travailleur frontalier en arrêt devrait normalement percevoir les indemnités journalières (*Krankengeld*) de sa caisse allemande. Cependant, la caisse n'ayant pas reçu la feuille d'arrêt maladie, le versement du *Krankengeld* n'intervient pas : il est gelé jusqu'à ce que le travailleur frontalier s'aperçoive de sa mégarde et renvoie sa feuille d'arrêt à sa caisse d'affiliation.

Un Allemand résidant en Allemagne et travaillant en France se fait délivrer un arrêt de travail par son médecin français. Mal informé sur sa situation d'assuré, il envoie par erreur sa feuille d'arrêt à sa caisse en Allemagne. Cette dernière n'informe pas l'assuré qu'elle n'est pas compétente, et qu'il aurait dû envoyer sa feuille d'arrêt à la CPAM en France. Or, en France, l'arrêt de travail doit être transmis à la CPAM sous 48 heures. Le non-respect de ce délai peut conduire à une minoration des indemnités versées.

Cadre juridique de référence

- **Concernant la reconnaissance transfrontalière des arrêts de travail (cf. problème 1) :**

L'article 27 du règlement CE n°987/2009 ne prend pas en compte l'éventualité de problèmes de compréhension linguistique et ainsi ne prévoit pas de dispositions relatives à la traduction d'un arrêt de travail.

Article 27 A) 1. du règlement CE n°987/2009

Prestations en espèces relatives à une incapacité de travail en cas de séjour ou de résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent

A) Procédure à suivre par la personne assurée

1. Lorsque la législation de l'État membre compétent requiert que la personne assurée

présente un certificat pour bénéficier, en vertu de l'article 21, paragraphe 1, du règlement de base, de prestations en espèces relatives à une incapacité de travail, la personne assurée demande au médecin de l'État membre de résidence ayant constaté son état de santé, d'attester son incapacité de travail et sa durée probable.

- **Concernant la transmission de la feuille d'arrêt à la caisse d'affiliation (cf. problème 2) :**
 - En Allemagne, l'assuré doit envoyer sa feuille d'arrêt de travail (*Krankmeldung*) dans un délai d'une semaine. Ce délai est prévu dans le Livre V du Code de la Sécurité sociale allemande (§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). En cas de non-respect du délai, le versement du *Krankengeld* n'intervient pas (jusqu'à réception de la feuille d'arrêt par la caisse), et les indemnités non perçues ne peuvent être récupérées rétroactivement.
 - En France, l'assuré doit envoyer sa feuille d'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie sous 48 heures. En cas de non-respect de ce délai, la caisse informe le retard constaté et informe de la sanction à laquelle l'assuré s'expose en cas d'un nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivant. En cas de nouvel envoi tardif, le montant des indemnités journalières dues pour la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il justifie qu'il lui a été impossible de respecter ce délai de 48 h. Si la caisse d'assurance maladie reçoit la feuille d'arrêt de travail après la fin de période d'arrêt, la personne ne sera pas indemnisée.

Public concerné par la problématique

Travailleurs frontaliers

Conséquences négatives du problème

Risques de pertes financières et de ralentissements des procédures

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

- **En lien avec le problème 1 (arrêts de travail en langue étrangère) :**
(ré)-introduire des feuilles d'arrêt de travail bilingues
- **En lien avec le problème 2 (arrêts de travail envoyés par erreur à la caisse du pays de résidence) :**
 - Il serait intéressant que la caisse du pays de résidence informe l'assuré qu'elle n'est pas la caisse compétente, et éventuellement qu'elle lui envoie un

document d'information (lui expliquant que dans ce type de cas, il doit adresser sa feuille d'arrêt à sa caisse d'affiliation en Allemagne).

- o Il pourrait également être envisagé que la caisse ayant reçu la feuille d'arrêt par erreur la fasse parvenir à la caisse compétente.
- o Tolérance des caisses quant aux sanctions financières imposées à l'assuré, lorsque le non-respect des délais est lié au fait que l'assuré a envoyé la feuille d'arrêt à la mauvaise caisse.

Bonnes pratiques identifiées

Par le passé, des formulaires d'arrêt de travail bilingues avaient été mis en place par l'AOK et distribués assez largement auprès des professionnels de santé côté français. Actuellement, les formulaires sont toujours disponibles et envoyés aux praticiens qui en font la demande.

L'AOK renvoie les arrêts maladie aux travailleurs frontaliers résidant en Allemagne et travaillant en France en les informant qu'ils doivent les envoyer à leur caisse d'affiliation.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.7 Problématique n° 7 : Paiement des cotisations sociales dans le pays voisin

Thématiques concernées (mots-clés)

Paiement des cotisations sociales dans le pays voisin

Pluriactivité en contexte transfrontalier

Télétravail en contexte transfrontalier

Travail temporaire en contexte transfrontalier

Description de la problématique

Les entreprises qui emploient des travailleurs frontaliers peuvent être amenées à verser des cotisations sociales dans le pays voisin. Cela concerne en particulier les cas de pluriactivité en contexte transfrontalier, ainsi que les cas où le travailleur frontalier effectue du télétravail (pour plus de précisions et exemples, cf. partie « Cadre juridique de référence »). Il est souvent difficile pour les employeurs d'obtenir les informations leur permettant de s'acquitter des cotisations sociales dans le pays voisin.

Cas pratiques

N.B. : Des exemples concrets de situations dans lesquelles un employeur doit s'acquitter de cotisations sociales dans le pays voisin seront présentés dans la partie « Cadre juridique de référence ».

Les employeurs devant payer des cotisations sociales dans le pays voisin seront confrontés en particulier aux questions et difficultés suivantes :

- Auprès de quelle instance les cotisations sociales doivent-elles être versées ?
- Comment les cotisations doivent-elles être payées ?
- Quel est le montant des cotisations à verser ?
- Comment est calculé le montant des cotisations à verser ?

Les organismes compétents pour la tarification et la collecte des cotisations sont :

- Le Centre national des firmes étrangères (CNFE) qui est une branche de l'URSSAF en France
- La caisse d'affiliation de l'assuré en Allemagne, ainsi que l'assurance-accident du travail compétente

Les INFOBESTs ont connaissance de nombreux cas dans lesquels l'employeur n'a pas réussi à obtenir auprès de l'organisme compétent les informations nécessaires pour pouvoir s'acquitter des cotisations sociales. Les interlocuteurs au niveau de l'assistance téléphonique des organismes compétents ne sont souvent pas au courant du cadre réglementaire et/ou de son application concrète. Dans certains cas, il a fallu plus d'un an à l'employeur pour obtenir les informations désirées.

Cadre juridique de référence

Aux termes de l'article 11 du règlement CE n° 833/2004, les travailleurs frontaliers ne peuvent être soumis à la législation sociale que d'un seul pays, dit « Etat compétent ». Les règles permettant de déterminer l'Etat compétent sont précisées dans les règlements CE n°883/2004 (articles 12 et 13), CE n°987/2009 (article 14) et CE n°465/2012 (article 1^{er}, alinéa 6). C'est dans l'Etat compétent que doivent être versées l'ensemble des cotisations sociales liées aux revenus de la personne. C'est la raison pour laquelle, dans certaines situations bien précises liées notamment à une pluriactivité ou à du télétravail en contexte transfrontalier, un employeur (ou un travailleur indépendant) pourra être amené à devoir verser des cotisations sociales dans le pays voisin.

Exemples de situations dans lesquelles des cotisations sociales doivent être versées dans le pays voisin

- **Pluriactivité en contexte transfrontalier (2 emplois salariés ou indépendants avec une activité exercée dans l'Etat de résidence)**
Une personne résidant en France a deux emplois : un emploi salarié en France (2 jours par semaine) et un emploi salarié en Allemagne (3 jours par semaine) – la situation est identique lorsqu'il s'agit d'emplois indépendants. Comme son emploi dans le pays de résidence (France) représente plus de 25 % de son temps de travail total, la personne sera soumise à la législation sociale applicable de son Etat de résidence (la France), pour son emploi en France, ainsi que pour son emploi en Allemagne. En conséquence, l'employeur allemand devra payer les cotisations sociales en France.
- **Pluriactivité en contexte transfrontalier (2 emplois salariés ou indépendants avec aucune activité exercée dans l'Etat de résidence)**
Une personne résidant en France a deux emplois : un emploi salarié en Allemagne (2 jours par semaine) et un emploi salarié en Suisse (3 jours par semaine) – la situation est identique lorsqu'il s'agit d'emplois indépendants. Bien qu'aucune des deux activités ne soit exercée dans l'Etat de résidence de la personne, il est convenu dans le Règlement (CE) 883/04 que les charges sociales doivent être payées en France, dans l'Etat de résidence, par les deux employeurs.
- **Pluriactivité en contexte transfrontalier (1 emploi salarié et une activité indépendante)**
Une personne réside en France. Elle exerce une activité salariée en France et travaille comme travailleur indépendant en Allemagne. La personne sera soumise à la législation sociale applicable française sur le principe que l'activité salariée aura toujours priorité sur l'activité indépendante. En conséquence, les cotisations sociales sur les revenus perçus en Allemagne au titre de son activité indépendante devront être payées en France.

- **Télétravail en contexte transfrontalier (activité salariée)**

Une personne résidant en Allemagne est employée à temps plein uniquement en France. Cette personne travaille 2 jours par semaine en télétravail depuis son domicile en Allemagne. Comme plus de 25% de son temps de travail est effectué dans son Etat de résidence – 40% dans ce cas de figure – cette personne sera soumise à la législation sociale applicable allemande. L'employeur français devra donc payer les cotisations sociales en Allemagne.

- **Travail temporaire en contexte transfrontalier**

Une personne résidant et travaillant en Allemagne souhaite faire une semaine de vendanges côté français. Comme plus de 25 % de son temps de travail total est effectué en Allemagne, la personne relève de la législation sociale applicable de son Etat de résidence. Le vigneron français devra donc payer des charges sociales en Allemagne.

Publics concernés par la problématique

Employeurs devant payer des cotisations sociales dans le pays voisin pour leurs employés en cas de pluriactivité ou de télétravail en contexte transfrontalier, ainsi que les personnes concernées (employés / travailleurs indépendants)

Conséquences négatives du problème

- Découragement de l'employeur à embaucher des travailleurs frontaliers, ou tout du moins des travailleurs frontaliers en situation de pluriactivité du fait des lourdeurs administratives ou des différences salariales (taux de cotisations différents d'un Etat à l'autre) qu'implique le paiement des charges sociales dans un autre pays.
- Découragement ou réticence de l'employeur à accorder la possibilité de télétravail à ses employés ayant le statut de travailleur frontalier, ce qui, par effet domino, peut amener le salarié à renoncer au poste.
- Découragement du salarié concerné par la pluriactivité à la régularisation de sa situation – découragement du salarié à démarrer une nouvelle activité dans le pays voisin lorsqu'il prend connaissance des démarches à effectuer (demande d'un formulaire A1 indiquant de quelle législation sociale applicable il dépend, démarche qui peut prendre quelques mois durant lesquels le salarié et son employeur ne sont pas sûrs de verser les différentes cotisations auprès du bon organisme).
- Mise en péril de la protection sociale du salarié lorsque ce dernier demande le remboursement de soins et que la caisse compétente se rend alors compte que les cotisations ont été versées dans le mauvais pays.
- Inscription comme indépendant dans le pays désigné compétent pour le versement des cotisations sociales en vue d'éviter les complications administratives. Solution pouvant entraîner par la suite d'autres complications administratives lorsqu'il s'agit

pour les personnes concernées d'être inscrites comme indépendantes dans un pays qui n'est pas toujours le leur.

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

- Etablissement de procédures transfrontalières, de protocoles de calcul et de versements de cotisations sociales en contexte transfrontalier.
- Formation/information des agents des organismes compétents pour la tarification et la collecte des cotisations sociales.
- Désignation par les organismes compétents d'un ou plusieurs interlocuteur(s) référent(s) pour les questions de tarification et de collecte des cotisations sociales émanant d'autres Etats.
- Communication accrue entre les organismes compétents pour le prélèvement des cotisations sociales et les employeurs. Dès que l'organisme compétent constate la pluriactivité d'une personne, elle prévient l'entreprise des conséquences/obligations qu'implique une telle situation, en plus de l'assuré en question.
- Mise en place d'un moratoire entre les Etats permettant à un employeur étranger embauchant une personne à temps partiel inscrite auprès des services de l'emploi de son Etat de résidence de cotiser pour elle dans son Etat d'activité plutôt que dans son Etat de résidence.
- Clarification concernant le versement des cotisations sociales pour les personnes touchant des allocations chômage dans leur pays de résidence, mais exerçant également une activité professionnelle dans un autre Etat (souvent reprise d'activité à temps partiel).

Bonnes pratiques identifiées

La DVKA met à disposition sur son site internet des informations pour des personnes en situation de pluriactivité (en allemand) :

https://www.dvka.de/de/arbeitgeber_arbeitnehmer/faq_1/faq_1.html

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

1.8 Problématique n° 8 : Manque d'information concernant les travailleurs frontaliers résidant en France et percevant déjà une retraite française

L'analyse des cas précédents a permis de se rendre compte que le manque d'information des travailleurs frontaliers est un problème récurrent, par exemple :

- concernant le fait que l'arrêt maladie doit être transmis à la caisse d'affiliation dans le pays d'activité professionnelle ;
- concernant le fait que le travailleur frontalier qui choisit de ne pas faire usage de son formulaire S1 (et ne s'inscrit pas à l'assurance maladie de son pays de résidence) rencontrera des problèmes pour la perception des allocations chômage en cas de perte d'emploi.

Nous ferons ici un focus sur trois problèmes de manque d'information concernant les travailleurs frontaliers qui résident en France et perçoivent déjà une retraite en France. Nous ne reprendrons pas ici la structure habituelle, mais présenterons successivement les trois problèmes spécifiques qui ont été signalés par les INFOBESTs dans le cadre du projet B-Solutions.

Problème n°1 : Manque d'information sur le fait que les cotisations sociales sur la retraite française doivent être payées en Allemagne

- **Cadre juridique de référence :**

Aux termes de l'article 11 du règlement CE n° 833/2004, les travailleurs frontaliers ne peuvent être soumis à la législation sociale que d'un seul pays, dit « Etat compétent ». C'est dans l'Etat compétent que doivent être versées l'ensemble des cotisations sociales liées aux revenus de la personne. Pour les travailleurs frontaliers résidant en France et travaillant en Allemagne, les cotisations sociales doivent être versées en Allemagne (cf. problématique n°7).

Conformément aux articles 228 et 229 du Livre V du code de la Sécurité sociale allemande (§ 226 et § 229 SGB V), la retraite française est également considérée comme un revenu soumis à cotisations et sert donc de base pour le calcul du montant des cotisations à la sécurité sociale. Les frontaliers doivent donc déclarer le montant de leur pension de retraite française à l'assurance maladie allemande et informer parallèlement la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) qu'en tant que travailleur frontalier, leurs cotisations sociales doivent être payées en Allemagne.

- **Problème :**

Ni les salariés concernés ni leurs employeurs n'en sont conscients ; les caisses d'assurance maladie et les caisses de retraite n'en informent pas systématiquement les personnes concernées. Souvent, la caisse d'assurance maladie allemande n'apprend qu'au moment de la demande de versement de la pension de retraite allemande qu'une pension de retraite

française a déjà été perçue, ce qui entraîne le paiement rétroactif de cotisations et ce à un niveau parfois très élevé. Le remboursement des cotisations payées en France est quant à lui très difficile à obtenir.

- **Propositions d'optimisation :**

Informers systématiquement les salariés concernés et leurs employeurs

Faciliter le remboursement des cotisations payées par erreur dans le pays de résidence

Problème n°2 : Manque d'information relatif aux indemnités maladie allemandes en cas de perception d'une pension de retraite française

- **Cadre juridique de référence :**

Selon l'article 50 du Livre V du code de la sécurité sociale allemande (§ 50 SGB V), une personne n'a pas droit au versement des indemnités maladie si elle perçoit déjà une pension pour cause d'invalidité totale, d'incapacité de travail ou une pension de retraite complète versée par une caisse de retraite légale ou un organisme public étranger, tel que la CARSAT.

Dès 2008, la DVKA, en concertation avec la Fédération allemande des caisses de l'assurance maladie légale (GKV-Spitzenverband) et le Ministère fédéral de la Santé, a élaboré des principes de comparabilité concernant les retraites versées par des organismes publics étrangers. Sur cette base, une pension de retraite française ne sera considérée comme équivalente à une pension de retraite allemande (pension complète) que si la limite d'âge légale d'ouverture des droits à la retraite en Allemagne a été atteinte (circulaire du 21.02.2008).

Tant que cette limite d'âge n'est pas atteinte, la DVKA considère qu'il ne s'agit que d'un "retrait partiel de l'activité", que la personne peut continuer à exercer une activité professionnelle et a donc droit au versement d'indemnités maladies. Les indemnités ne peuvent être refusées, elles peuvent tout au plus être réduites (par exemple, si la pension de retraite française n'est accordée qu'après le début de l'incapacité de travail, aux termes de l'article 50 alinéa 2 du Livre V du code de la Sécurité sociale allemande).

- **Problème :**

Certaines caisses d'assurance maladie allemandes appliquent les recommandations de la DVKA et accordent des indemnités maladie malgré le fait qu'une pension de retraite soit déjà perçue. Ce n'est cependant pas le cas de toutes. Par ailleurs, dans son arrêt du 7 juin 2018 (Monique Dekoun c. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland), le Tribunal des affaires sociales du Land de Rhénanie-Palatinat a néanmoins jugé que l'indemnité maladie ne peut être accordée en cas de perception d'une pension de retraite française, cette dernière devant être considérée en toute circonstance comme une pension complète. Il a été fait recours de cet arrêt auprès du Tribunal des affaires sociales fédéral. Le jugement s'est tenu le 4 juin 2019, toutefois le texte du jugement n'a pas encore été publié.

Il existe donc une insécurité juridique et de nombreux frontaliers qui perçoivent déjà une

38

pension de retraite française ne sont pas conscients du risque de non versement des indemnités maladie.

- **Propositions d'optimisation**

Meilleure information des personnes concernées

Clarification de la situation légale

Problème n° 3 : Manque d'information concernant les retraités effectuant un mini-job en Allemagne

- **Cadre juridique de référence :**

Conformément à l'article 11, alinéa 3 du règlement CE n° 883/2004 précité, une personne exerçant une activité salariée dans un Etat membre est soumise à la législation de cet Etat membre, en dehors de certaines exceptions liées par exemple à une pluriactivité en contexte transfrontalier (cf. problématique n°7). Le fait de percevoir une retraite dans l'Etat de résidence ne fait pas partie des exceptions prévues par le règlement : une pension de retraite n'étant pas considérée comme salaire dans le sens du règlement, une personne retraitée résidant en France, mais ayant en parallèle une activité professionnelle en Allemagne sera soumise aux règles applicables en Allemagne.

Ceci concerne également les personnes exerçant un minijob en Allemagne (activité professionnelle étant rémunérée au maximum à 450€/mois et limitée à 15h/semaine). L'activité professionnelle en soi n'entraîne pas d'obligation d'être assuré auprès d'une assurance maladie. Toutefois, ces personnes sont soumises à la réglementation allemande et doivent ainsi être assurées en Allemagne. En règle générale, la personne va s'affilier de manière volontaire auprès d'une caisse d'assurance maladie légale en Allemagne (Art. 5 (1) du Livre V du code de la Sécurité sociale allemande - § 5 SGB V).

Il en résulte qu'une personne retraitée résidant en France, mais effectuant un minijob en Allemagne ne peut pas rester assurée auprès de la CPAM, mais devrait s'assurer côté allemand, soit de manière volontaire auprès d'une caisse d'assurance maladie légale en Allemagne, soit auprès d'une caisse d'assurance maladie privée.

- **Problème :**

En règle générale, ni les retraités concernés ni les employeurs ne sont conscients de cette problématique. Dans les faits, les retraités concernés ne préviennent souvent pas la CPAM de leur activité salariée en Allemagne et continuent de bénéficier de ses prestations de manière habituelle. Toutefois, un problème peut se poser en cas d'accident de travail ou lorsque les services compétents apprennent la situation : Conformément à la réglementation allemande, l'employeur va prévenir l'organisme compétent d'assurance contre les accidents

qui constatera que l'adhésion à l'assurance maladie n'a pas été effectuée correctement. Par conséquent, afin de régulariser la situation, l'assurance maladie allemande réclamera le paiement rétroactif des cotisations dues, tandis que la CPAM refusera la prise en charge de prestations.

Les retraités concernés sont ainsi soumis à un risque de charges très élevées en cas d'accident de travail. De l'autre côté, l'obligation de devoir s'assurer de manière volontaire auprès d'une caisse d'assurance maladie légale allemande ou d'une caisse d'assurance maladie privée nuira à la possibilité des retraités d'exercer un minijob en Allemagne (coûts importants).

- **Propositions d'optimisation :**

Meilleure information des personnes concernées et des employeurs

Clarification de la situation légale

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.1 du rapport](#).

2. Problématiques concernant les soins à l'étranger pour les personnes n'ayant pas le statut de travailleur frontalier

2.1 Problématique n° 9 : Continuité des soins après la perte du statut de travailleur frontalier

Thématiques concernées (mots-clés)

Perte du statut de travailleur frontalier

Poursuite de traitement / Continuité des soins

Prise en charge des soins à l'étranger

Description de la problématique

Lorsqu'une personne perd son statut de travailleur frontalier suite à la perte de son emploi ou parce qu'elle retourne travailler dans son pays de résidence, elle perd sa couverture maladie dans le pays dans lequel elle exerçait jusqu'alors son activité professionnelle. Cela pose un problème pour les personnes qui ont commencé un traitement dans le pays voisin et souhaiteraient pouvoir le continuer dans les mêmes conditions de prise en charge après leur changement de statut.

Cas pratique

Lorsqu'un travailleur frontalier perd son emploi ou lorsqu'il le quitte pour un nouvel emploi dans son pays de résidence, il doit se (ré)affilier dans son pays de résidence et perd sa couverture maladie dans le pays dans lequel il exerçait jusqu'alors son activité professionnelle.

Si cette personne a commencé un traitement dans son ancien pays d'activité, elle ne pourra pas le poursuivre dans les mêmes conditions de prise en charge après son changement de statut. En effet, la personne sera alors soumise aux conditions générales de prise en charge des soins programmés à l'étranger, à savoir :

- **Pour des soins programmés dans le pays voisin avec nuit d'hospitalisation et/ou recours à des équipements lourds et coûteux :**
 - Nécessité d'obtention d'une autorisation préalable au cas par cas (pour chaque soin) par le biais du formulaire S2. Or, les INFOBESTs ont connaissance de cas d'anciens travailleurs frontaliers auxquels la délivrance des S2 est refusée en dépit du fait qu'ils aient déjà commencé un traitement dans leur ancien pays d'activité professionnelle.
 - Si le formulaire S2 est obtenu : Lorsque la personne renvoie à sa caisse le formulaire de remboursement, elle peut être amenée à choisir le tarif applicable (tarif pays de soin ou tarif pays d'activité) sans toutefois être en

mesure de faire un choix éclairé (cf. problématique n° 10), et il existe alors un risque de reste à charge potentiellement élevé.

- **Pour les autres soins programmés dans le pays voisin (par exemple simple consultation chez un médecin de ville) :**
 - Pas de nécessité d'obtenir une autorisation préalable.
 - Toutefois prise en charge des soins sur la base des tarifs du pays d'affiliation, ce qui pourra être synonyme de reste à charges importants pour le patient, ou en tout cas d'un risque de reste à charge difficile à estimer pour le patient.

Cadre juridique de référence

Les travailleurs frontaliers bénéficient d'une prise en charge des soins de santé aux conditions nationales à la fois dans leur pays d'activité professionnelle et dans leur pays de résidence (articles 17 et 18 du règlement 883/2004).

Lorsqu'une personne perd le statut de travailleur frontalier, elle perd le bénéfice de la couverture maladie du pays dans lequel elle exerçait précédemment son activité professionnelle. Cela concerne à la fois :

- les travailleurs frontaliers perdant leur emploi ;
- les travailleurs frontaliers quittant leur emploi pour un nouvel emploi dans le pays de résidence ;
- les travailleurs frontaliers prenant leur retraite ou en situation d'invalidité, s'ils perçoivent parallèlement une retraite ou une pension d'invalidité de leur pays de résidence.

Dans ce dernier cas de figure, le règlement n°883/2004 (article 28) prévoit des dispositions particulières donnant droit à une prise en charge des soins de santé aux conditions nationales dans l'ancien pays d'activité professionnelle – sous certaines conditions et avec des exceptions pour certains pays. Pour pouvoir bénéficier de ces dispositions, les personnes doivent obtenir un formulaire S3.

Traitements auxquels le formulaire S3 donne accès

L'obtention du formulaire S3 permettra à la personne ainsi qu'aux membres de sa famille une prise en charge aux conditions nationales dans l'ancien pays d'activité professionnelle pour les traitements suivants :

- **Poursuite d'un traitement médical** (Article 28 alinéa 1 du règlement n° 883/2004). On entend par « poursuite d'un traitement » le fait de déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme.
- **Nouveau traitement** (Article 28, alinéa 2 du règlement n° 883/2004), à condition

que la personne ait exercé son activité en qualité de travailleur frontalier, pendant au moins 2 ans au cours des 5 années avant la date effective de son départ en retraite ou le versement d'une pension d'invalidité. Ceci est seulement valable pour un certain nombre d'États membres de l'UE qui sont énumérés dans l'annexe V du règlement, y compris la France et l'Allemagne. Si la personne concernée reprend une activité salariée ou indépendante entraînant changement d'Etat compétent, elle ne sera plus éligible au S3.

En revanche, dans les deux autres situations (perte d'emploi ; changement d'emploi pour un emploi dans le pays de résidence), l'ancien travailleur frontalier n'a pas la possibilité de bénéficier du S3.

Les INFOBESTs font également remonter le fait que même pour les travailleurs frontaliers partant à la retraite ou devant cesser leur activité pour invalidité, la délivrance du S3 reste exceptionnelle car peu connue des personnes remplissant les critères d'obtention du formulaire mais aussi des personnels des caisses d'assurance maladie. Cela entraîne des difficultés et des ralentissements d'obtention du formulaire avec un risque d'impact négatif sur la poursuite du traitement médical dans l'ancien pays d'activité et son remboursement.

Publics concernés par la problématique

Anciens travailleurs frontaliers n'étant pas éligibles au formulaire S3 et souhaitant poursuivre leur traitement entamé dans le pays dans lequel ils exerçaient leur activité.

Sur la base des retours d'expérience des INFOBESTs, les personnes concernées sont souvent des anciens travailleurs frontaliers qui possèdent la nationalité de leur ancien pays d'activité, et qui tiennent à poursuivre leur traitement dans leur pays d'origine pour des raisons linguistiques/culturelles, ou parce qu'ils y ont leurs habitudes en matière de soins / leur médecin traitant.

Conséquences négatives du problème

- Lorsqu'une autorisation préalable doit être obtenue : Démarches administratives supplémentaires
- Si l'autorisation n'est pas délivrée :
 - Impossibilité de poursuivre les soins auprès du médecin qui suivait la personne jusqu'alors (problème de continuité des soins)
 - Impossibilité d'être soigné par un médecin parlant sa langue, alors que la personne a potentiellement cotisé de nombreuses années dans l'ancien pays d'activité.

- Risque de restes à charges élevés (insécurité du patient)

Propositions d'optimisation (à discuter avec les acteurs compétents)

- Plus de souplesse dans la délivrance des formulaires S2, avec prise en compte de la question de la continuité des soins et/ou de la question de la langue en contexte transfrontalier,
- Intégrer ces deux critères dans la directive 2011/24/EU et/ou dans les législations nationales de transposition de la directive comme critères à prendre en compte dans la délivrance des autorisations préalables,
- Elargir les conditions d'éligibilité au formulaire S3.

Bonnes pratiques identifiées

Côté français, jusqu'à récemment, les médecins-conseils étaient implantés en région, ce qui permettait une meilleure compréhension de la situation individuelle de chaque personne et une estimation juste de la nécessité de délivrance du formulaire S2.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.2 du rapport](#).

2.2 Problématique n° 10 : Choix de la tarification pour les soins urgents à l'étranger

Thématiques concernées (mots-clés)

Soins urgents à l'étranger

Description de la problématique

Dans le cas de soins urgents lors d'un séjour à l'étranger, lorsque la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) n'a pas été utilisée, le patient qui adresse la demande de remboursement à sa caisse d'affiliation a la possibilité de choisir entre un remboursement sur la base des tarifs du pays de soins ou sur la base des tarifs du pays d'affiliation. Dans la pratique, cela pose plusieurs problèmes, qui seront exposés plus en détail dans le cas pratique. Les problèmes exposés se posent surtout pour les assurés français.

Cas pratique

Alors qu'il effectue un séjour de plusieurs semaines en Allemagne, un assuré français a besoin de soins urgents qui ne peuvent attendre son retour en France. Il consulte alors un médecin sur place. N'ayant pas sa carte européenne d'assurance maladie avec lui, le patient fait l'avance des frais. A son retour en France, il adresse une demande de remboursement à sa caisse d'affiliation grâce au formulaire S3125. Dans ce formulaire, il est demandé au patient de choisir entre un remboursement conformément à la législation du pays de séjour (donc application des bases de remboursement allemandes) ou selon la législation française (donc application des bases de remboursement françaises), en cochant la case correspondante. L'assuré sera alors confronté à plusieurs problèmes :

Problème n°1 : Difficulté d'effectuer d'un choix éclairé

Les patients ne sont pas en mesure de faire un choix éclairé quant à la base de remboursement :

- D'un strict point de vue financier, le patient ne sait pas quelle option sera la plus avantageuse puisqu'il ne connaît pas les bases de remboursement françaises et encore moins étrangères.
- Par ailleurs, le patient ignore que s'il demande un remboursement sur la base allemande, les délais de remboursement seront beaucoup plus longs, dans la mesure où l'autorité compétente (CNSE – Centre National des Soins à l'Etranger) devra se mettre en contact avec la DVKA pour connaître la tarification allemande.

Selon les informations obtenues auprès du CNSE, la plupart des patients s'abstiennent de cocher (par défaut, le remboursement sera alors effectué sur base allemande). En revanche – toujours selon les informations du CNSE – lorsque le patient coche, il choisit le plus souvent la base française. On peut supposer qu'en faisant ce choix, le patient se dit qu'il

sera remboursé comme pour ses soins effectués en France. Or ce n'est pas forcément le cas, et le choix de la base française ne sera pas forcément l'option la plus avantageuse pour lui.

Dans notre cas d'espèce, étant donné que le plus souvent les tarifs des soins sont plus élevés en Allemagne qu'en France, le patient aura – a priori – intérêt à choisir le remboursement sur base allemande (tout du moins d'un point de vue strictement financier). Le choix du tarif français sera vraisemblablement synonyme de restes à charge plus importants pour lui.

Problème n°2 : Difficulté pour le patient d'accéder à l'information

Le deuxième problème à signaler est qu'il sera très difficile pour le patient de trouver l'information qui lui permettra de choisir la base de remboursement en toute connaissance de cause.

Avec la directive 2011/24/EU (Article 6) ont été mis en place dans chaque Etat membre des Points de Contact Nationaux (PCN) dont la mission est d'informer les patients sur toutes les questions relatives aux soins à l'étranger, notamment sur la question des remboursements. En France, la mission de PCN est assumée par le CLEISS, en Allemagne par la DVKA.

Toutefois 3 problèmes se posent :

- Bien souvent, les patients ne connaissent pas l'existence des PCN. Comme le montrait un rapport publié par la Commission européenne en septembre 2015, à peine 10% des patients français connaissent l'existence du Point de Contact National, censé leur fournir les informations nécessaires.
- Les informations disponibles sur les sites internet des PCN sont conçues de sorte à couvrir tous les types de situations (patients « entrants » ou patients « sortants » ; soins urgents ou soins programmés, soins ambulatoires ou soins stationnaires, soins en Allemagne ou soins en Pologne, etc.). Il sera donc souvent difficile pour le patient néophyte de trouver l'information qui correspond à son cas particulier.
- Si le patient appelle le CLEISS pour savoir quelle base de remboursement choisir, il ne pourra obtenir que des informations sur les conditions générales de remboursement. Le CLEISS n'aura pas la possibilité d'indiquer au patient l'option la plus avantageuse, puisqu'il ne connaît naturellement pas en détail les tarifs applicables dans l'ensemble des pays de l'UE. Fournir de telles informations supposerait d'adresser au cas par cas des demandes de tarification à l'institution compétente de l'Etat concerné (en l'espèce la DVKA), or les délais pour obtenir une réponse sont généralement très longs.

Problème n°3 : Impossibilité pour le patient de changer de choix a posteriori

Une fois le remboursement obtenu, il n'est pas possible pour le patient estimant qu'il a été « mal » remboursé de revenir sur son choix quant à la base de remboursement.

Cadre juridique de référence

Le règlement CE n°883/2004 (article 19) prévoit la possibilité d'une prise en charge des soins urgents à l'étranger au sein de l'Union européenne/EEE/Suisse, à la charge de la caisse d'affiliation du patient. Les modalités concrètes d'application sont fixées dans le règlement CE n°987/2009 (Article 25). Elles prévoient plusieurs cas de figure :

En utilisant la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), le patient sera pris en charge selon la réglementation et la tarification du pays de séjour (article 25, alinéa 1 du règlement CE n°987/2009). A titre d'exemple, pour des soins urgents en Allemagne, l'assuré français n'aura pas à faire l'avance des frais (application du *Sachleistungsprinzip*).

Toutefois, dans certaines situations, la CEAM ne pourra pas être utilisée, par exemple lorsque le patient n'a pas la carte sur lui ou parce que la carte n'est pas acceptée par le prestataire de soins. Le patient devra alors faire l'avance des frais puis demander le remboursement :

- soit à l'institution compétente dans le pays de séjour, avec dans ce cas application des tarifs du pays de séjour (article 25 alinéa 4 du règlement CE n°887/2009)
- soit à sa caisse d'affiliation. C'est dans ce dernier cas que l'assuré aura la possibilité de choisir entre la base du remboursement pays de séjour ou la base de remboursement pays d'affiliation, étant noté que cette dernière option est dérogatoire : Par défaut la base du remboursement applicable sera celle du pays de séjour (article 25 alinéas 5 et 6 du règlement CE n°887/2009).

A la frontière franco-allemande, les problématiques exposées plus haut concernent essentiellement les assurés français. Les assurés allemands sont beaucoup moins concernés, en dépit du fait que le cadre juridique (règlements CE n°883/2004 et 886/2009) soit le même. Cela s'explique par le fait que les règlements sont appliqués de manière bien différente dans les deux pays.

- Côté allemand, les caisses appliquent le règlement de manière pragmatique et vont, en règle générale, appliquer l'option de remboursement la plus avantageuse financièrement pour le patient. Concrètement, lorsque la CEAM n'a pas été utilisée, le patient envoie les factures à sa caisse. Celle-ci va alors regarder les tarifs appliqués en Allemagne pour le même soin, et va généralement rembourser l'intégralité des frais (avec toutefois une minoration correspondant aux frais de gestion et les restes à charge appliqués en Allemagne). On précisera que certaines caisses, telles que la BARMER n'ont pas mis en place de formulaire spécifique pour le remboursement des soins à l'étranger : le patient n'a donc pas à se poser la question de la base de remboursement. D'autres caisses, telles que l'AOK, ont mis en place des formulaires spécifiques, avec choix de la base de remboursement par le patient. Toutefois, si le choix opéré par le patient n'est pas à son avantage, l'AOK appliquera l'autre base de remboursement, plus avantageuse.

- Côté français, le Centre National des soins à l'étranger (CNSE) – structure compétente notamment pour la tarification des remboursements des soins urgents à l'étranger – applique strictement les dispositions des règlements et rembourse simplement ce qui est prévu par les textes. Si le patient choisit l'application du tarif du pays d'affiliation (donc le tarif français), il sera remboursé sur cette base, même si le choix du tarif du pays de séjour aurait été plus avantageuse pour lui. De même, si le patient ne choisit pas, c'est le tarif du pays de séjour qui s'appliquera par défaut, même si le tarif du pays d'affiliation aurait été plus avantageux.

Plusieurs éléments viennent expliquer les différences de logique de remboursement exposées ci-dessus :

- Le système d'assurance maladie français est caractérisé par le quasi-monopole de l'assurance maladie, tandis que côté allemand, l'assurance maladie légale fait intervenir plus de 100 caisses en concurrence les unes des autres. Les caisses allemandes ont donc intérêt à garder leurs assurés et donc à leur proposer les conditions les plus avantageuses possibles.
- LE CNSE est compétent pour la quasi-totalité des assurés français. En conséquence, le nombre de dossiers gérés est très important et le CNSE ne dispose pas des ressources humaines suffisantes pour rechercher au cas par cas les conditions de remboursement les plus avantageuses pour le patient, sachant que la recherche du meilleur tarif n'est pas prévue par les textes européens. Il faut rappeler que pour connaître la tarification du pays de séjour, le CNSE doit adresser une demande de tarification à l'organisme de liaison du pays concerné (il existe un circuit interne par le biais du formulaire E 126) et la procédure peut se révéler longue selon les pays, souvent un an, sachant aussi que certains organismes de liaison ne répondent pas aux demandes. Côté allemand, le nombre de dossiers gérés par les caisses est moins important puisque 100 caisses se partagent le marché et que certaines caisses, telles que l'AOK, sont organisées au niveau des Länder (avec donc un nombre d'assurés comparativement plus restreint que du côté français).

Public concerné par la problématique

Assurés français ayant besoin de soins urgents lors d'un séjour en Allemagne et n'ayant pas pu utiliser leur carte européenne d'assurance maladie.

La problématique ne concerne pas les assurés allemands, du fait que la logique de remboursement des caisses allemandes est plus pragmatique (voir plus haut).

La problématique ne touche pas les travailleurs frontaliers dès lors que les soins ont lieu en Allemagne (ils pourront utiliser leur carte d'assuré allemand). Les travailleurs frontaliers pourront bien entendu être concernés par cette problématique dans le cas d'un séjour dans d'autres pays que l'Allemagne ou la France.

Conséquences négatives du problème

Complexité administrative

(Risques de) restes à charge

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

1) Propositions relatives à la carte européenne d'assurance maladie (CEAM):

Il est assez fréquent que des assurés français n'aient pas leur CEAM sur eux lors d'un séjour à l'étranger. Plusieurs raisons viennent l'expliquer :

- Tous les assurés n'ont pas la CEAM ou une CEAM en cours de validité. Il faut préciser que côté français, la CEAM ne figure pas au dos de la carte d'assuré comme cela est pratiqué dans certains pays (dont l'Allemagne, cf. « bonnes pratiques »). Elle est distribuée sur demande et n'a qu'une validité de deux ans. On précisera toutefois que – selon les chiffres communiqués par la CPAM – le taux de couverture au niveau de la distribution des CEAM est très élevé.
- Dans les régions frontalières, le fait de traverser la frontière est souvent un acte anodin, qui relève du quotidien et n'est pas vécu comme un « séjour à l'étranger ». L'assuré ne pense pas à prendre sa CEAM quand il traverse la frontière, par exemple pour faire ses courses, acheter des cigarettes, faire une randonnée ou aller au restaurant....

Propositions :

- **Mettre en place en France un système identique à celui adopté par l'Allemagne, à savoir une carte européenne adossée à la carte vitale**
Cela pourrait permettre de réduire le nombre de cas dans lesquels le patient n'a pas sa CEAM sur lui lorsqu'il traverse la frontière. Par ailleurs, le patient n'aurait plus à faire la démarche de demander la CEAM, et cela pourrait aussi permettre de réaliser des économies au niveau de la production et de la gestion des cartes. A noter que le Conseil Rhénan a adopté une résolution en ce sens le 23.06.2014 et qu'un courrier a encore été adressé sur ce point par M. Philippe Richert, Président de la Région Grand Est et à Madame la Ministre de la Santé Agnès Buzyn le 25.09.2017. En revanche, cette proposition ne réglerait pas la question des prestataires de soins qui refusent d'accepter la CEAM.
- **Mieux informer les populations frontalières sur l'importance d'avoir toujours sa CEAM sur soi**, même lors de courts déplacements de l'autre côté de la frontière

2) Propositions concernant le choix de la base de remboursement en cas de non utilisation de la CEAM :

- Rajouter les coordonnées du CLEISS en tant que PCN sur le formulaire de demande de remboursement, par exemple dans la notice explicative du cerfa n° 12267*03.
- Donner plus de visibilité au PCN français (site internet dédié, ligne téléphonique, plan de communication envers les patients).
- Fluidifier les échanges d'information entre les PCN afin de renforcer l'information préalable aux patients.
- Permettre aux patients de changer leur choix a posteriori s'il s'avère que la tarification choisie dans leur demande leur est défavorable. Ceci n'est pas le cas actuellement.
- Avoir des relais locaux informés des situations locales quant au différentiel tarifaire.

Bonnes pratiques identifiées

- En Allemagne, la CEAM figure au dos de la carte d'assuré. Cela permet donc de limiter le nombre de patients n'ayant pas sur eux leur CEAM lors d'un séjour ou passage à l'étranger
- Concernant le choix de la base de remboursement : En Allemagne, les caisses mettent en œuvre le règlement de manière plus pragmatique

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.2 du rapport](#).

2.3 Problématique n° 11 : Difficultés en lien avec la prise en charge des soins programmés à l'étranger

Sous cet item seront regroupés plusieurs problèmes remontés par le Centre Européen de la Consommation (CEC) concernant la prise en charge des soins programmés à l'étranger. Ces problèmes ont d'ores et déjà été portés à la connaissance des caisses dans le cadre d'une réunion de travail organisée par le CEC le 17.10.2017 à Kehl et à laquelle ont participé des représentants du CEC, de l'AOK du Bade-Wurtemberg, des points de contacts nationaux français et allemands, du CLEISS et de TRISAN. Ces problèmes peuvent être classés en deux catégories :

- Problèmes liés aux demandes de remboursement et à leur traitement
- Problèmes liés à l'autorisation préalable

Exceptionnellement, nous ne reprendrons pas ici la structure habituelle : pour chacun des problèmes abordés, nous reprendrons in extenso le rapport du CEC du 17 octobre 2017 intitulé « Obstacles pour les patients : l'exemple de la zone frontalière franco-allemande - Le point de vue du Centre Européen de la Consommation ».

2.3.1 Problèmes liés aux demandes de remboursement et à leur traitement

Problème 1 : Langage / traduction

Le CEC enregistre parfois des réclamations à l'encontre du Régime Social des Indépendants – RSI (caisse maladie des indépendants/professions libérales) qui exige des traductions de factures étrangères.

S'agissant des affiliés de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les traductions sont effectuées par le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) lorsqu'elles sont nécessaires.

L'assurance maladie peut-elle exiger d'un assuré qu'il procède lui-même à ses frais à la traduction de documents étrangers (factures, attestations médicales) ?

Problème 2 : Tarification / codification différente entre la France et l'Allemagne

Décryptage des factures étrangères (question pour le Centre National de Soins à l'Etranger - CNSE) : quid de la différence de codification ? Les Allemands ont l'habitude de codifier dans le détail alors que les Français codifient par „bloc d'actes médicaux“. Ex classique = chirurgie dentaire

Problème 3 : Absence de contrôle / explication pour le patient remboursé

Problème :

Les tarifs applicables en France ou dans les autres pays européens ne sont pas publics en dépit des dispositions de l'article 7, § 6, de la directive 2011/24/UE (relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers) prévoyant : « ...les Etats

membres disposent d'un mécanisme transparent de calcul des coûts des soins de santé devant être remboursés à la personne assurée par l'Etat membre d'affiliation. »

Le CEC est régulièrement contacté par des consommateurs qui doutent du niveau de remboursement effectué par leur caisse maladie et qui demandent des explications.

Recommandation du CEC :

Il serait utile que nous ayons un interlocuteur désigné au sein du CNSE pour traiter ce type de demandes, afin de pouvoir informer utilement les consommateurs concernés.

Problème 4 : Absence de case « soin ambulatoire programmé » dans le formulaire français de demande de remboursement de soins à l'étranger

Formulaire : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf>

Problème :

La catégorie « Caractéristiques du séjour à l'étranger » est ainsi libellée qu'elle exclue une situation pourtant classique en région frontalière, à savoir celle du soin ambulatoire programmé.

Dans certains des dossiers du CEC, les demandes de prise en charge ont même été renvoyées aux patients qui n'avaient du coup coché aucune case ...

Recommandation du CEC :

Rajouter une case spécifique « Soin ambulatoire programmé »

2.3.2 Problèmes liés à l'autorisation préalable

Problème 5 : Question de la pertinence du système d'autorisation préalable pour certains types de soins : L'exemple de l'IRM en région frontalière franco-allemande

Problème :

Les patients alsaciens rencontrent des problèmes concernant l'accès aux examens d'IRM (imagerie par résonance magnétique). Un rapport publié en 2014 par le CEC et toujours d'actualité, montre que le régime de l'autorisation préalable n'est plus adapté à la situation actuelle caractérisée par une insuffisance en matière d'équipement de ce type.

Les délais d'attente pour passer un examen d'IRM dépassent largement « les délais raisonnables » et retardent les soins en exposant le patient à « des pertes de chance ». Il est rapporté quotidiennement au CEC que les délais à compter de la prise d'un rendez-vous peuvent largement dépasser 45 jours du côté alsacien alors que le délai est seulement de quelques jours de l'autre côté du Rhin à Kehl par exemple.

Or la situation du patient s'est aggravée avec le maintien de l'autorisation préalable à cet examen par la France malgré l'entrée en vigueur le 25.10.2013 de la directive 2011/24/UE sur les soins de santé en Europe. L'accès à l'IRM en zone frontalière demeure toujours aussi compliqué pour le patient, ce qui retarde considérablement son traitement (ainsi que le remboursement des frais).

Recommandations :

Conformément à la résolution du 06.11.2015 du Conseil Rhénan :

- Permettre des conventions entre l'ARS Grand Est et les cabinets de radiologues allemands disposant de tels équipements et d'une équipe médicale bilingue dès qu'ils appliquent les tarifs français du secteur 1 sans dépassement et rédigent les comptes rendus en langue française,
- Supprimer le régime d'autorisation préalable exigée par les autorités françaises dans le cas d'examens d'imagerie médicale dispensés en Allemagne

Problème 6 : Insécurité liée aux délais de traitement de demandes d'autorisation préalable

Problème :

Aux termes de la directive 2011/24/UE (Article 8), les Etats membres peuvent prévoir un régime d'autorisation préalable pour le remboursement de certains types de soins programmés effectués dans un autre Etat membre, en particulier :

- pour les soins nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation ;
- pour les soins nécessitant un recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux.

Pour les Etats qui choisissent de maintenir un régime d'autorisation préalable – ce qui est le cas pour la France comme pour l'Allemagne – l'article 9 de la directive prévoit que les autorisations préalables doivent être délivrées « *dans un délai raisonnable (...) [en tenant] compte de l'état pathologique spécifique [et] de l'urgence et des circonstances particulières* »

Pour les assurés français, les délais de délivrance des autorisations préalables sont précisés à l'article R160-2 du code de la sécurité sociale :

« L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse de rattachement. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l'intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l'institution de l'Etat de résidence. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée ».

Pour les assurés allemands, les délais qui s'appliquent sont précisés à l'article 13 (alinéa 3 a) du Livre V du Code de la sécurité sociale allemande (*Sozialgesetzbuch V*) qui fixe un délai de réponse générale de 3 semaines, un délai spécifique de 5 semaines si la demande du patient nécessite une expertise médicale et de 6 semaines s'il s'agit d'une expertise dentaire. Une non-réponse de la caisse maladie doit être considérée comme une acceptation.

Toutefois, il n'est pas clair si les délais évoqués ci-dessus s'appliquent à la fois aux soins en Allemagne et aux soins transfrontaliers. La construction de l'article 13, qui consacre ensuite 2 alinéas (alinéas 4 et 5) aux soins transfrontaliers pourrait plutôt faire penser que les délais s'appliquent uniquement aux soins perçus en Allemagne. Selon les informations du CEC obtenues auprès du Point de Contact National (PCN) allemand, c'est bien l'interprétation qu'en font les caisses maladie allemandes.

En conséquence, il existe une incertitude juridique sur les délais légaux de délivrance des autorisations préalables en Allemagne et sur la manière dont doit être interprété l'absence de réponse d'une caisse (question de savoir si une absence de réponse peut être considérée comme une acceptation).

Recommandation

Clarification juridique

Recommandations de la DVKA sur l'interprétation à donner

Problème 7 : Définition différente des soins stationnaires en France et en Allemagne

Une directive d'harmonisation minimale entraînant une insécurité juridique pour les patients.

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers fixe dans son article 8 un cadre réglementaire pour les soins susceptibles d'être soumis à autorisation préalable.

Une lecture a contrario de cet article devrait permettre en principe de définir le soin stationnaire, soumis à autorisation préalable. Mais la formulation choisie par le législateur européen laisse un champ d'interprétation trop large aux Etats membres et entraîne donc une insécurité juridique pour les patients. En effet selon la directive santé, les Etats membres peuvent notamment prévoir un mécanisme d'autorisation préalable pour les soins « soumis à des impératifs de planification » (organisation des soins, maîtrise des coûts), impliquant « le séjour du patient dans un hôpital pour au moins une nuit », ou nécessitant « un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ».

La notion de soin stationnaire n'est donc pas définie assez précisément et entraîne le risque de voir émerger des interprétations divergentes par les administrations nationales européennes. Ce qui est le cas en pratique.

Problème en région frontalière franco-allemande

La région frontalière franco-allemande est l'illustration parfaite de cette problématique puisque les patients français et allemands de cette zone ne sont pas logés à la même enseigne s'agissant de l'accès aux soins stationnaires dans le pays voisin.

Ainsi le législateur français (article R160-2 du code de la sécurité sociale) prévoit un mécanisme d'autorisation préalable :

- pour les soins à l'étranger impliquant une nuitée dans un établissement de soin ;
- et pour une série de soins considérés comme « nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux », listés dans un arrêté du 27 mai 2014. Parmi ces soins figurent entre autres le traitement du cancer et l'imagerie médicale.

Le législateur allemand prévoit quant à lui un mécanisme d'autorisation préalable pour les soins hospitaliers interprétés au sens large, sans notion de durée minimale dans l'établissement de soin (§13 et §39 du Livre V du Code de la sécurité sociale allemande (SGB

V)). Il n'existe par ailleurs aucune liste de soins soumis à autorisation préalable comme c'est le cas en France.

Par conséquent, un soin perçu par un patient allemand dans un hôpital français sera automatiquement soumis à autorisation préalable, même s'il s'agit d'un simple soin ambulatoire (sans nuitée sur place).

Ceci constitue une entrave à la mobilité des patients dans une zone frontalière où la proximité de certains grands établissements de soins français avec le territoire allemand pourrait justement permettre un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge (ex. : clinique Rhéna de Strasbourg à proximité immédiate de la ville frontalière de Kehl).

Les règles décrites ci-dessus sont complexes, très différentes d'un pays à l'autre, et sont pourtant censés être connues des patients au moment de faire leur choix. Ainsi le CEC enregistre régulièrement des réclamations de patients français et allemands qui se voient refuser le remboursement de leurs soins perçus dans le pays voisin, sous prétexte qu'ils n'avaient pas suivi la procédure de demande d'entente préalable auprès de leur caisse d'affiliation.

Recommandation

Dans la zone frontalière, les autorités françaises et allemandes s'accordent sur une définition commune des soins stationnaires comme des soins comprenant au minimum une nuit d'hospitalisation.

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.2 du rapport](#).

2.4 Problématique n° 12 : Prise en charge du patient lorsque l'urgence médicale l'amène à traverser la frontière pour y recevoir des soins

Thématiques concernées (mots-clés)

Cas d'urgence et soins « programmés »

Description de la problématique

Les textes européens opèrent une distinction très nette entre d'une part les soins urgents lors d'un séjour à l'étranger et d'autre part les soins programmés à l'étranger. Ils ne couvrent pas de manière satisfaisante les cas d'urgence médicale et l'impossibilité d'une prise en charge rapide dans son pays de résidence qui oblige le patient à traverser la frontière pour y recourir à l'offre de soins. Cette problématique sera illustrée à l'aide de deux cas réels.

Cas pratiques

Cas n°1 : Cas d'urgence qui amène le patient à traverser la frontière pour des soins hospitaliers

En janvier 2017, une ressortissante allemande résidant en France (et affiliée à la CPAM du Haut-Rhin) s'est vue diagnostiquer une pathologie lourde par son gynécologue allemand. Il préconise une hospitalisation urgente et lui trouve une place dans une clinique allemande quelques jours plus tard.

Le formalisme administratif requis dans le cadre d'une demande d'autorisation préalable (dépôt d'un dossier et délai d'attente) n'était pas compatible avec l'état de santé de la patiente et l'évolution probable de sa maladie.

La CPAM du Haut-Rhin a refusé le remboursement des frais, en s'appuyant sur le fait que de tels soins à l'étranger sont soumis à autorisation préalable de la caisse d'affiliation. Cette décision a été ultérieurement confirmée par la Commission de recours amiable.

C'est seulement grâce à l'intervention du Centre Européen de la Consommation, qui a contacté la CPAM du Haut-Rhin en argumentant sur l'urgence de l'intervention médicale que les frais médicaux ont finalement pu être pris en charge.

Cas n°2 : Cas d'urgence qui amène le patient à traverser la frontière pour des soins de ville

Un couple franco-allemand s'installe à Colmar. Monsieur travaille en France, Madame en Allemagne. Madame tombe enceinte et s'enquiert en amont auprès de sa caisse d'affiliation (allemande) sur la question de l'affiliation de l'enfant à naître. La caisse lui indique que l'enfant peut être affilié côté allemand avec la mère, en dépit du fait que le règlement CE n°883/2004 (article 32) prévoit un rattachement au parent qui exerce dans le pays de résidence (cf. problématique n°2). La mère trouve un pédiatre côté allemand et se rend pendant trois ans avec son enfant chez ce pédiatre.

Peu avant la naissance de son second enfant (deux à trois semaines avant la date prévue d'accouchement), la caisse d'affiliation de la mère revient sur sa décision : En application de l'article 32 du règlement CE n°883/2004, l'enfant doit être affilié côté français avec le père. La mère se retrouve alors dans la situation suivante :

- Côté français, en raison de longues listes d'attentes, elle ne peut obtenir de rendez-vous chez un pédiatre, malgré la situation d'urgence (premier enfant de 3 ans (question de la continuité des soins) et naissance imminente de son second enfant). Il lui est proposé de se rendre avec l'enfant après la naissance aux consultations organisées par le centre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Etant donné le revenu global de la famille, elle n'est pas forcément prioritaire pour l'accès aux actions de la PMI.
- Côté allemand, le pédiatre accepte de continuer à la recevoir pour ses deux enfants, mais facturera comme à un assuré privé. En effet, les tarifs de l'assurance maladie légale ne peuvent être appliqués puisque les enfants n'y sont pas affiliés. Par ailleurs, une facturation sur la base de la carte européenne d'assurance maladie n'est pas justifiée puisqu'il ne s'agit pas d'une urgence lors d'un séjour à l'étranger. Si la mère amène effectivement les enfants chez ce médecin, elle se verra donc appliquer les tarifs privés (qui sont élevés) et sera mal remboursée puisque, conformément à la directive 2011/24/UE, le remboursement se fera sur base française.

Cadre juridique de référence

En ce qui concerne le cas pratique n°1 (cas d'urgence qui amène le patient à recourir à l'offre de soins hospitalière du pays voisin), la problématique est liée à l'impossibilité de concilier l'urgence médicale avec la nécessité d'obtenir une autorisation préalable (dans de courts délais).

Pour rappel, les délais légaux pour la délivrance de l'autorisation préalable sont de 2 semaines en France et 3 à 6 semaines voire non-définis en Allemagne pour les soins transfrontaliers (voir Problème 6 dans le chapitre 2.3.2). Dans les deux cas, les délais ne semblent pas adaptés aux cas d'urgence.

En ce qui concerne le cas pratique n°2 (cas d'urgence qui amène le patient à consulter un médecin de ville dans le pays voisin), la problématique n'est pas liée aux délais de délivrance d'une autorisation préalable. En effet, il résulte de l'article 8 de la directive que la consultation d'un médecin de ville n'est pas soumise à autorisation préalable (sauf dans le cas d'un recours à des équipements hautement spécialisés et coûteux). La problématique qui se pose est celle de la base de remboursement, en lien avec la facturation. Pour les patients qui se déplacent dans le pays voisin dans le but de s'y faire soigner, le texte applicable sera la directive 2011/24/EU. Or cette dernière prévoit une prise en charge sur la

base des tarifs du pays d'affiliation. Cela sera surtout problématique pour les assurés français qui vont se faire soigner en Allemagne. En effet, comme les assurés français ne sont pas affiliés à l'assurance maladie légale, ils se verront appliquer les tarifs privés (PKV), très élevés. Il y aura alors un écart très important entre le montant de la facture et le montant du remboursement sur base française (reste à charge élevé). Et ce alors que – dans notre cas pratique – le patient ne s'est pas rendu chez un médecin de l'autre côté de la frontière par choix, mais par nécessité (urgence médicale du fait de la naissance imminente et impossibilité d'être pris en charge en France).

Public concerné par la problématique

Ces deux problématiques ne concernent pas les travailleurs frontaliers, qui peuvent accéder à l'offre de soin du pays de résidence et du pays d'affiliation avec une prise en charge aux conditions nationales légales.

Les travailleurs frontaliers mis à part, ces deux problématiques concernent potentiellement tous les habitants de la région du Rhin supérieur, dès lors que leur état médical nécessite de se rendre dans le pays voisin pour des soins urgents. Il est précisé que la problématique n°2 concerne principalement les assurés français devant se rendre en Allemagne, en raison de l'existence d'un régime de facturation privée en Allemagne.

Conséquences négatives du problème

Restes à charge élevés

Démarches administratives lourdes pour obtenir un remboursement

Phénomènes de renoncement aux soins

Propositions d'optimisations (à discuter avec les acteurs compétents)

En lien avec le cas pratique n°1 : Accorder le remboursement lorsque l'urgence médicale justifiait que le patient n'ait pas demandé l'autorisation préalable.

En lien avec le cas pratique n°2 : Prise en charge dérogatoire des coûts réels en raison de l'urgence médicale et de l'impossibilité d'une prise en charge dans des délais satisfaisants dans le pays de résidence.

Bonnes pratiques identifiées

-

Pour aller plus loin :

Les points de discussion et pistes d'action concernant cette problématique se trouvent dans la [Partie III.2 du rapport](#).

3. Synthèse de l'analyse des problématiques

Le recensement des cas et leur analyse révèle une grande diversité des problématiques, tant au regard de la nature du problème, de la source du problème, du public concerné, etc. Cette synthèse permet d'offrir une vision plus globale sur les problématiques rencontrées.

3.1 Nombre de cas rencontrés

Lors du lancement du projet, le comité de pilotage s'est interrogé sur l'opportunité de recenser le nombre de cas rencontrés et/ou de quantifier le nombre de personnes concernées pour chacune des problématiques identifiées. Le Comité de pilotage est rapidement arrivé à la conclusion que de tels chiffrages ne seraient pas pertinents, même si cela aurait pu permettre de souligner l'importance à régler tel ou tel problème et d'établir des priorités dans la recherche d'optimisations. Le choix du comité de pilotage s'explique par les éléments suivants :

- En lançant l'appel à projets B-Solutions, la Commission européenne a clairement fait savoir que dès lors qu'un obstacle aux frontières était identifié, il méritait d'être solutionné, sans considération du nombre de personnes impactées ;
- Les personnes qui sont confrontées à un obstacle ne le font pas nécessairement savoir. Il est ainsi considéré que le nombre de cas portés à la connaissance des structures dédiées tels que les INFOBESTs ou le CEC ne sont que la partie immergée de l'iceberg ;
- Même les plus petits obstacles peuvent avoir un effet délétère sur la manière dont les citoyens perçoivent l'Europe et l'intégration européenne ;
- Il est évident que certains obstacles seront plus faciles à surmonter que d'autres. Il serait dommage de s'exonérer de surmonter des obstacles faciles à surmonter au prétexte du faible nombre de personnes concernées ;
- Certains obstacles sont liés à des enjeux financiers. Or l'impact financier global sera d'autant moins important que le nombre de personnes concernées sera faible. Ainsi, le faible nombre de personnes concernées devrait justement être un argument justifiant de trouver des solutions pragmatiques : les équilibres financiers n'en seront pas menacés.

3.2 Problématiques rencontrées et publics concernés

Les problématiques identifiées touchent des thématiques très diverses. Les thématiques qui ressortent sont les suivantes :

- 1) Problèmes liés à l'affiliation
- 2) Problèmes liés au versement des cotisations sociales
- 3) Problèmes liés aux arrêts maladie
- 4) Problèmes liés à l'accès aux soins à l'étranger

5) Problèmes liés au remboursement des soins à l'étranger

Comme le sous-tend la structure de la partie 2 du présent rapport, ces catégories de problèmes ne touchent pas les mêmes publics : Les problèmes des catégories 1 à 3 touchent spécifiquement les travailleurs frontaliers, tandis que les problèmes des catégories 4 et 5 touchent les habitants des zones frontalières n'ayant pas le statut de travailleur frontalier.

Les problèmes liés à l'accès aux soins à l'étranger (4 et 5) et leur remboursement ne touchent pas exclusivement les zones frontalières. Toutefois, ces dernières sont concernées au premier chef, en particulier pour les raisons suivantes :

- Les habitants des zones frontalières traversent la frontière plus fréquemment, et l'occurrence de soins urgents à l'étranger sera donc naturellement plus élevée.
- Pour les habitants des zones frontalières, la propension à aller se faire soigner de l'autre côté de la frontière (soins programmés) sera plus élevée pour des raisons diverses : questions linguistiques (Français vivant en Allemagne, Allemands vivant en France), proximité de l'offre de soins, connaissance de l'offre de l'autre côté de la frontière, etc.

En ce qui concerne les problématiques liées au statut de travailleur frontalier, on notera que la plupart des problèmes recensés surviennent dans des cas bien particuliers, par exemple pluriactivité, télétravail, assurés privés, ayants-droit de plus de 20 ans, etc.

3.3 Impact des problèmes recensés

Au niveau individuel, les problèmes recensés auront les conséquences suivantes pour les personnes concernées :

- Tracas administratifs qui seraient pourtant évitables (par exemple : nécessité d'une double inscription aux caisses du pays d'activité et de résidence ; problèmes liés à la reconnaissance des arrêts maladie ; difficultés à remplir les formulaires de demande de soins à l'étranger, etc.)
- Restes à charge ou tout du moins risque de restes à charge (pour ce qui concerne les soins à l'étranger)
- Coûts supplémentaires non directement liés à la prise en charge des soins (par exemple nécessité de payer un supplément pour affilier les membres de sa famille non reconnus comme ayant-droits dans le pays d'affiliation)
- Difficultés d'accès aux soins, phénomènes de renoncement aux soins

Au-delà des problèmes immédiats susmentionnés, les problèmes recensés auront en particulier les effets négatifs suivants au niveau macro :

- Effets négatifs sur la mobilité professionnelle transfrontalière
- Effets négatifs sur l'intégration des territoires transfrontaliers
- Effets négatifs sur la perception de l'intégration européenne par les citoyens

- Pas d'exploitation optimale des complémentarités et synergies possibles en matière d'offre de soins et les effets négatifs en termes économiques qui en découlent.

3.4 Nature des obstacles

Les problématiques recensées font ressortir trois types d'obstacles :

- Obstacles liés au cadre réglementaire ;
- Obstacles de nature administrative, manque de process transfrontalier ;
- Déficit d'information des populations concernées

Dans le tableau ci-dessous, les problématiques identifiées sont classées en fonction de la nature de l'obstacle. Viennent s'ajouter également les difficultés rencontrées par les assurés pour obtenir des informations auprès de leur caisse. Ce problème n'est pas repris dans le tableau, car il est transversal et se posera potentiellement sur toutes les thématiques.

La nature de l'obstacle sera naturellement un élément particulièrement important à prendre en compte pour définir les solutions appropriées et le niveau auquel ces solutions pourront être trouvées.

Problématique	Nature de l'obstacle		
	Réglementaire	Administratif	Déficit d'information
Problématique n°1 – Doubles inscriptions		X	
Problématique n°2 – Affiliation des enfants en cas de divorce ou séparation des parents	X		
Problématique n°3 – Ayants-droit	X		
Problématique n°4 – Congé parental	X		
Problématique n°5 – Assurance privée	X		
Problématique n°6 – Arrêts maladie		X	X
Problématique n°7 – Cotisations sociales			X
Problématique n°8 – Manque d'information pour les travailleurs frontaliers percevant une pension de retraite française			X
Problématique n°9 – Continuité des soins	X		

Problématique n°10 – Choix de la tarification suite à des soins urgents à l'étranger			X
Problématique n°11 – Soins programmés à l'étranger	X	X	X
Problématique n°12 – Soins programmés à l'étranger en cas d'urgence médicale	X		

3.5 Recherche de pistes d'optimisation

Pour rappel, l'objectif premier de B-Solutions réside dans la mise en place de Protocoles d'action transfrontaliers permettant de surmonter les obstacles existants et d'améliorer la situation pour les populations.

En ce qui concerne les **problèmes liés au déficit d'information**, l'analyse fait ressortir deux besoins :

- **Besoin de renforcer l'information des populations quant aux possibilités et modalités de prise en charge des soins transfrontaliers et sur les questions plus spécifiques aux travailleurs frontaliers (affiliation, etc...)**

Si ce constat est partagé, il restera à définir les actions qui pourraient être menées dans un Protocole d'action : Nature des actions (générale ou spécifique, par exemple dans le cadre de conventions de coopération sanitaire), échelle d'intervention, canaux et supports d'information, etc. La démarche devra sans doute être adaptée en fonction du public cible (travailleurs frontaliers / populations frontalières au sens large) et des relais d'information. Il conviendra également de réfléchir à la question de savoir si les actions ont vocation à être menées dans un cadre purement national ou s'il est plus pertinent/efficace/efficient de mener des actions conjointes transfrontalières (question de la valeur ajoutée transfrontalière)

- **Besoins liés aux difficultés rencontrées par les populations pour obtenir des informations fiables auprès de leurs interlocuteurs au niveau des caisses et autres organismes compétents, sur les questions transfrontalières**

En l'espèce, il semble tout d'abord important de faire remonter ces difficultés auprès des caisses et des services concernés (au-delà du cercle restreint des personnes impliqués dans le projet B-Solutions), étant précisé que toutes les caisses ne sont pas concernées par cette problématique dans la même mesure : Certaines ont pu mettre en place d'ores et déjà des process opérants.

Formulé de manière générale, le besoin concret serait de davantage former/informer les agents des caisses et autres organismes compétents sur les questions transfrontalières. Toutefois, on peut supposer qu'il ne sera pas possible de former l'ensemble des agents à ces questions. Une solution intermédiaire pourrait être de former, au niveau des caisses et autres organismes compétents, des interlocuteurs

référents sur les questions transfrontalières.

Dans la recherche de pistes d'optimisation, il faut tenir compte du fait que les caisses et autres organismes compétents présentent des structures organisationnelles très variables, en particulier côté allemand (caisses structurées au niveau local, au niveau régional, au niveau national) : les solutions les mieux adaptées varieront nécessairement d'une caisse à l'autre.

Les structures du Rhin supérieur spécialisées sur ces questions (INFOBESTs, CEC, Euro-Institut/TRISAN, GT Travailleurs frontaliers de la Conférence du Rhin supérieur, EURES-T...) pourraient jouer un rôle utile, notamment :

- en organisant des formations sur les questions transfrontalières à destination des agents des caisses et autres organismes compétents
- en organisant des rencontres et actions de mise en réseau entre les interlocuteurs référents des différentes caisses pour favoriser les échanges de bonnes pratiques.
- en faisant remonter auprès de ces interlocuteurs référents les difficultés rencontrées sur le terrain et les solutions concrètes qui ont pu être trouvées (mise en place de circuits d'information et d'échanges pour une sensibilisation en continu et capitalisation).

En ce qui concerne les **obstacles administratifs**, une distinction doit être faite entre :

- les obstacles administratifs qui peuvent être résolus en contexte purement national (à titre d'exemple l'absence de case « soins ambulatoires programmés » dans le formulaire français de demande de remboursement de soins à l'étranger) ;
- les obstacles administratifs dont la résorption nécessite une approche coordonnée (par exemple problème de la double inscription à la caisse d'affiliation et dans le pays de résidence pour les travailleurs frontaliers). Dans cette deuxième catégorie, certains des obstacles administratifs identifiés semblent se prêter particulièrement bien à la recherche de pistes d'optimisation au niveau local dans le cadre d'un Protocole d'action. On citera en particulier la question de la double inscription ou encore les problèmes concernant les arrêts maladie.
- Les obstacles qui résultent d'un manque de process transfrontaliers (par exemple sur la question du versement des cotisations sociales).

En ce qui concerne les **obstacles liés au cadre réglementaire**, deux types d'action semblent pouvoir être envisagées :

- Faire remonter les difficultés d'application de la législation rencontrées sur le terrain auprès des autorités compétentes (Etat nationaux et/ou Union européenne) et entamer un travail de lobbying en vue d'une adaptation de la législation et/ou l'instauration de possibilités de dérogation ;
- Faire remonter les incompatibilités réglementaires auprès des autorités compétentes (par ex. sur la problématique des ayants-droit) ;

- Mettre en place des conventions locales et/ou avoir recours au droit à l'expérimentation pour mettre en place des réponses mieux adaptées au niveau local, sans toucher aux textes juridiques existants.

Partie III : Pistes d'action

Cette partie contient les points de discussion et les pistes d'action qui ont été convenues lors des ateliers de travail avec les acteurs de l'assurance maladie de février et mai 2019.

1. Pistes d'action relatives aux problématiques concernant les travailleurs frontaliers

Le tableau suivant contient les résultats de l'atelier du 26 février 2019 portant sur les problématiques 1 à 8.

Problématique N° 1 : Nécessité pour les travailleurs frontaliers de faire deux demandes d'inscription complètes pour une couverture maladie dans leur pays de résidence et dans leur pays d'activité

Points de discussion	- A partir du 1^{er} juillet 2019 : Les formulaires S1 doivent être transmis automatiquement via le système EESSI → système d'échange électronique d'informations sur la sécurité sociale devant être mis en place par tous les États membres de l'UE au 01.07.2019 - Commentaire écrit de la DVKA : Étant un document portable (PD), le formulaire S1 n'est pas un document électronique structuré (SED) et ne peut ainsi être transmis via le système EESSI. Toutefois, après l'introduction du système EESSI, la caisse du pays de résidence pourra décider si l'assuré doit prouver son affiliation auprès de la caisse compétente dans le pays d'activité avec le formulaire S1, ou si elle fait une demande auprès de la caisse compétente à travers le SED S071. La caisse compétente répondra ainsi avec le SED S072. - Les formulaires d'inscription sont bilingues en France (français/anglais) et aussi bilingues (allemand/anglais) voire plurilingues côté allemand, en fonction des caisses. - Problèmes : - o Les pièces justificatives requises ne sont pas forcément les mêmes dans les deux pays → Par exemple, en France, acte de naissance obligatoire pour pouvoir attribuer le numéro d'assuré - o En Allemagne, l'assuré peut choisir librement sa caisse d'assurance maladie → un frontalier résidant en Allemagne et travaillant en France devrait indiquer à la CPAM à quelle caisse il faudra destiner le formulaire S1
Pistes d'action	Le problème sera en partie levé en raison de la transmission automatique des formulaires S1 par le biais du système EESSI. L'introduction du système EESSI pourrait permettre à terme de ne pas devoir fournir deux fois les pièces qui sont exigées dans les deux pays. En revanche, la question se posera toujours pour les pièces qui ne sont exigées que dans un seul des deux pays.

Problématique N° 2 : Problème de l'affiliation des enfants en cas de divorce ou séparation des parents

Points de discussion	- Commentaire écrit de la DVKA : La DVKA n'a jamais considéré que des enfants puissent être affiliés auprès des deux parents. Le règlement étant clair, il ne peut y avoir qu'une seule caisse compétente. - Solutions ad-hoc qui existent actuellement : - o Affiliation à titre individuel de l'enfant sur base du critère de résidence (PUMa) si plus de 12 ans (avec remboursement sur le compte bancaire du parent frontalier). Cela n'est toutefois possible que sur dérogation, les dérogations sont délivrées au cas par cas, en fonction de la situation. - o Une autre solution pragmatique pourrait être, pour les soins effectués dans le pays de résidence, que le parent auprès duquel l'enfant est affilié remette au parent frontalier une attestation de droits, sur laquelle l'enfant est mentionné comme ayant-droit. Cela suppose que le praticien accepte l'attestation. Par ailleurs, dans ce cas de figure, il reste le problème du remboursement sur le compte de l'ex-conjoint. - o Entente entre les parents pour faire une procuration permettant le remboursement des soins sur le compte bancaire de l'autre parent. Cela suppose néanmoins que les parents puissent se mettre d'accord.
Pistes d'action	Accorder un droit d'option pour le rattachement de l'enfant (possibilité de choisir d'être rattaché au parent frontalier ou au parent non frontalier), avec possibilité d'un double-rattachement (rattachement aux deux parents), comme cela est prévu dans les législations nationales française et allemande.
Pistes de solution	1. Le traité d'Aix-La-Chapelle prévoit la possibilité de systèmes dérogatoires (sur la base d'un argumentaire précis). Une première solution serait de solliciter l'Assemblée parlementaire franco-allemande, en vue d'introduire un tel système dérogatoire permettant le droit d'option avec possibilité de double rattachement à la frontière franco-allemande. Il s'agirait alors d'un système dérogatoire « standardisé », c'est-à-dire allant au-delà des dérogations accordées au cas par cas actuellement → GECT Eurodistrict PAMINA 2. Remonter l'obstacle administratif par le biais de la plateforme européenne (Border Focal Point) en vue d'introduire dans le règlement 883/2004 un droit d'option avec possibilité de double-rattachement → GECT Eurodistrict PAMINA A noter : Problématique déjà remontée au niveau national côté français via les services de médiation et les services d'expertise régionale de l'Assurance maladie. Il conviendrait d'informer les acteurs concernés des démarches qui sont entreprises dans le cadre de B-Solutions.

Problématique N° 3 : Refus de délivrance du formulaire S1 pour des membres de la famille des travailleurs frontaliers

Points de discussion	L'interprétation faite par la CNAM du règlement 883/2004 semble contraire au règlement
Pistes d'action	Clarifier la question de savoir si l'interprétation du règlement par la CNAM est conforme au règlement
Pistes de solution	1. Remonter la problématique à la Commission européenne → CEC 2. Solliciter l'Assemblée parlementaire franco-allemande → GECT Eurodistrict PAMINA

Problématique N° 4 : Perte de la couverture maladie française liée au changement de résidence (vers l'étranger) dans le cadre d'un congé parental

Points de discussion	- Depuis l'introduction de la PUMa, il faut résider au moins 6 mois par an sur le territoire français pour pouvoir s'affilier au titre du critère de résidence. - La problématique concerne également les travailleurs frontaliers travaillant en France et prenant un congé parental.
Pistes d'action	Inclure dans les textes européens la possibilité d'une « exportabilité exceptionnelle » des droits d'affiliation s'il y a maintien du contrat de travail
Pistes de solution	Remonter l'obstacle administratif par le biais de la plateforme européenne (Border Focal Point) → GECT Eurodistrict PAMINA

Problématique N° 5 : Soins dans le pays de résidence pour les personnes ayant une assurance privée en Allemagne

Points de discussion	- Les assurés des caisses privées en Allemagne n'ont pas vocation à pouvoir retourner dans le système des caisses d'assurance maladie légales. Ils n'ont pas non plus vocation à pouvoir y retourner par le biais d'une assurance maladie étrangère. La PUMa exclut la possibilité pour les assurés privés d'être affiliés sur la base du critère de résidence. On notera qu'un accord a été conclu avec Pôle Emploi pour permettre aux assurés privés perdant leur emploi de s'inscrire à Pôle Emploi en dépit du fait qu'ils n'aient pas de numéro d'immatriculation. - Cette situation oblige effectivement les assurés privés à faire l'avance des frais pour leurs soins en France (y compris en cas d'hospitalisation). Cependant les assurés privés doivent également faire l'avance des frais pour des soins en Allemagne, donc cela ne semble pas problématique. - Toutefois, il faut différencier en fonction du public : On peut partir du principe que les Allemands qui choisissent de s'affilier à une caisse privée connaissent le système allemand et connaissent les implications de leurs choix. En revanche, les Français qui doivent s'assurer pour la première fois en Allemagne et qui doivent choisir entre une affiliation
----------------------	--

	à l'assurance maladie légale (GKV) ou l'assurance maladie privée (PKV) ne sont pas toujours bien au fait des implications de ce choix (et notamment l'impossibilité de retourner un jour dans la GKV).
Pistes d'action	Renforcer le conseil/information aux Français qui doivent s'affilier pour la première fois en Allemagne et ne sont pas soumis à l'obligation de s'affilier à la GKV.
Problématique N° 6 : Arrêts maladie en contexte transfrontalier	
Points de discussion	Concernant le problème n°1 (Arrêts de travail en langue étrangère) : - Bonne pratique des « arrêts de travail bilingues » : Il s'agit d'une initiative purement locale de l'AOK de Breisach, laquelle démarche les médecins français sur un périmètre très limité. - Côté français, il est possible de demander la traduction des arrêts de travail au CLEISS. - Commentaire de la DKVA : Les caisses d'assurance maladie allemandes peuvent se tourner vers la DVKA. Dans l'extranet du site internet, des traductions des certificats d'arrêts-maladie français sont mis à disposition. Concernant le problème n°2 (arrêt de travail envoyé à la mauvaise caisse) : - Fondamentalement, il s'agit d'un simple problème d'information des assurés frontaliers. - Le problème est aggravé par le fait que les arrêts de travail sont de plus en plus souvent dématérialisés. Côté français, l'arrêt de travail est alors transmis par le médecin automatiquement à la CPAM (même lorsqu'elle n'est pas compétente). - Concernant la proposition d'informer systématiquement le patient lorsqu'il a envoyé l'arrêt maladie à la mauvaise caisse : La CPAM indique qu'elle informe systématiquement les assurés. Selon les INFOBESTs, il semble que ce ne soit pas toujours le cas et/ou que l'information envoyée aux assurés n'est pas suffisamment explicite (courriers indiquant « Nous ne sommes pas compétents » mais ne précisant pas à l'assuré que la caisse compétente est sa caisse d'affiliation en Allemagne). - Concernant la proposition de faire preuve de tolérance lorsque l'affilié n'a pas respecté les délais de transmission de l'arrêt à sa caisse du fait qu'il l'a envoyé à la mauvaise caisse : La CPAM indique qu'elle délivre des attestations (avec date de réception de l'arrêt de travail), pour que les personnes ne soient pas pénalisées. - Concernant la proposition visant à ce que l'arrêt de travail, lorsqu'il a été envoyé à la mauvaise caisse, soit transmis directement à la caisse compétente : L'ancien règlement prévoyait l'obligation de transmettre l'arrêt de travail à la caisse compétente. Cette disposition a été

	abrogée, à cause de la charge de travail trop conséquente. - Au 1er juillet 2019 sera introduit le système d'Échange électronique d'informations sur la sécurité sociale (EESSI) de l'UE. Ce système permettra l'échange de formulaires européens sous forme dématérialisée. Il n'existe pas de formulaire européen pour les arrêts de travail, et donc les arrêts de travail ne sont pas concernés. Il serait intéressant de voir si les arrêts de travail peuvent être intégrés au dispositif et/ou prévoir une transmission automatique à la caisse compétente. - Autre problème soulevé : Les arrêts maladie français ne mentionnent pas le diagnostic, contrairement aux arrêts maladie allemands. Or, les caisses allemandes ont besoin du diagnostic pour procéder au versement d'indemnités maladie. Dans ce type de cas, la caisse peut adresser une demande d'information au service médical du pays voisin (par le biais du formulaire E 116), mais la procédure est très longue.
Pistes d'action	1) Mieux sensibiliser les publics concernés sur le fait que la feuille d'arrêt de travail doit être adressée à la caisse d'affiliation. 2) Entamer une réflexion sur la transmission transfrontalière dématérialisée des arrêts maladie
Pistes de solution	En lien avec la piste d'action n°1 (sensibilisation des publics concernés) : - o Informer les assurés lors de la délivrance du S1 (lettre de bienvenue avec points de vigilance) → caisses - o Information des assurés par le biais des employeurs → URSSAF - o Information des assurés sur les sites internet (caisses, URSSAF...) - o Informer les professionnels de santé par le biais des commissions paritaires médecins/caisses et par une circulaire aux médecins → caisses En lien avec la piste d'action n°2 : Ce point ne pourra être abordé qu'après l'introduction du EESSI. Il est précisé qu'en tout état de cause, les formulaires tels que prévus dans le pays de soins devront en principe être reconnus par la caisse d'affiliation dans le pays voisin (ainsi, concernant le fait que le diagnostic n'est pas précisé sur le formulaire français, il faudra trouver des dispositifs internes pour soit déroger à la nécessité du diagnostic, soit utiliser la procédure prévue par le formulaire E 116).
Problématique N° 7 : Paiement des cotisations sociales dans le pays voisin	
Points de discussion	Informations complémentaires concernant les problèmes : o Manque d'information des entreprises concernant la législation. L'URSSAF/CNFE a mis en place un site internet dédié (https://www.cnfe-urssaf.eu/index.php/de/), à destination des entreprises étrangères, avec informations disponibles dans plusieurs langues. Cependant, les entreprises ne connaissent pas l'URSSAF ni le CNFE.

	- o Souvent, l'employé n'informe pas l'employeur qu'il est en situation de pluriactivité. - o Thématique importante également pour les chômeurs : S'ils reprennent un emploi partiel côté allemand, c'est l'Allemagne qui devient l'Etat compétent. Or, la plupart ne le savent pas. - o Côté allemand, une multitude d'interlocuteurs (la compétence relève de chaque caisse). - o Il est particulièrement important de solutionner la question du télétravail, car ce dernier se développe fortement, notamment en contexte transfrontalier comme solution aux engorgements routiers (Luxembourg). - o Côté français, la problématique se pose moins pour les nouveaux auto-entrepreneurs : Au moment de leur inscription à la CCI, l'information est transmise à la CPAM qui informe l'assuré. - o Lorsqu'a été constaté que les cotisations sociales n'ont pas été versées dans l'Etat compétent, elles doivent être versées rétroactivement dans l'Etat compétent par la personne/l'entreprise concernée. En parallèle, une demande de remboursement doit être effectuée dans l'Etat qui les a indûment perçues. Cette procédure est longue et complexe et mériterait d'être simplifiée. - o Commentaire écrit de la DVKA : Par rapport au seuil de 25 % du temps de travail dans le pays de résidence – selon article 14 (10) du règlement (CE) 987/09, il faut prendre en compte une période de 12 mois. - o Commentaire écrit de la DVKA : La proposition d'un moratoire n'est pas compréhensible pour la DVKA, puisque le règlement est très clair sur la définition des règles applicables.
Pistes d'action	1) Envisager la mise en place d'un interlocuteur unique ou coordinateur côté allemand 2) Mieux sensibiliser les personnes / entreprises concernées 3) Mettre en place un moratoire stipulant que le télétravail n'est pas pris en compte pour déterminer l'Etat compétent (c'est-à-dire le pays dans lequel sont payées les cotisations) 4) Mettre en place un processus simplifié pour la régularisation de la situation : Prévoir un reversement direct des sommes indûment perçues à l'Etat compétent (sans passer par la personne ou entreprise concernée).
Pistes de solution	En lien avec la piste d'action n°1 (interlocuteur unique côté allemand) : Remonter la problématique à la DVKA (rattachée au GKV-Spitzenverband) → AOK Baden-Württemberg (?) En lien avec la piste d'action n°2 (sensibilisation des publics): - Mieux informer les personnes et entreprises concernées → Réseau

	INFOBEST, IHK/CCI, URSSAF/CNFE - Former les agents des caisses → Caisses En lien avec la piste d'action n° 3 (moratoire) : Au préalable, il sera nécessaire d'entamer une réflexion sur la définition de « télétravail » dans un contexte transfrontalier au niveau européen En lien avec la piste d'action n° 4 (régularisation) : La marche à suivre sera rediscutés lors de l'atelier de mai 2019
Problématique N° 8 : Manque d'information concernant les travailleurs frontaliers résident en France et percevant déjà une retraite française	
Points de discussion	Concernant le problème n°1 (versement des cotisations sociales sur la retraite française en Allemagne) : Il s'agit d'un problème d'information des assurés. Le réseau INFOBEST élabore à l'heure actuelle, en collaboration avec EURES-T Rhin Supérieur, une fiche d'information sur les thématiques liées aux travailleurs frontaliers qui perçoivent une retraite. Concernant le problème n°2 (Versement des indemnités maladie allemandes en cas de perception d'une pension de retraite française) : L'enjeu est là-aussi de mieux informer les assurés. Toutefois, cela est difficile tant que la situation juridique n'est pas clarifiée côté allemand. Concernant le problème n°3 (personnes retraitées effectuant un mini-job en Allemagne) : o Il ne s'agit pas seulement d'un problème d'information des personnes concernées. La situation juridique n'est pas claire : Selon la DVKA, la personne doit être assurée en Allemagne, même si les mini-jobs sont exonérés de cotisation. Pour l'assurance maladie française, la personne doit être assurée en France, du fait que la retraite française ouvre un droit permanent à l'assurance maladie et que les mini-jobs sont exonérés de cotisation. Toutefois, il n'est pas possible de trancher cette question pour l'instant, car il y a aussi des questions juridiques qui se posent côté allemand (dans un cadre purement national) concernant les mini-jobs. Ces questions sont en cours de clarification actuellement au niveau du GKV-Spitzenverband. Il s'agit notamment de déterminer si le mini-job doit être considéré comme une activité salariée. Si c'est le cas, alors le frontalier français devra effectivement s'affilier côté allemand (ses droits liés à l'affiliation en France seront simplement suspendus jusqu'à la fin de l'activité).

	- o En attendant, tous les travailleurs frontaliers exerçant un mini-job doivent être informés, car ils devraient s'affilier côté allemand (frais minimum par mois = 180€) - o Une autre question n'est pas claire : les personnes qui vivent en Allemagne et qui touchent exclusivement une retraite française doivent-ils s'assurer à titre volontaire côté allemand en cas d'activité professionnelle ?
Pistes d'action	1) Mieux sensibiliser/ informer les publics 2) Clarifier la réglementation en cours côté allemand (problèmes 2 et 3)
Pistes de solution	En lien avec la piste d'action n°1 (sensibilisation des publics): Réseau INFOBEST + caisses de retraite Carsat et MSA En lien avec la piste d'action n°2 (clarification de la réglementation) : Demander des précisions auprès du GKV-Spitzenverband → AOK Baden-Württemberg

2. Pistes d'action relatives aux soins à l'étranger pour les personnes n'ayant pas le statut de travailleur frontalier

Le tableau suivant contient les résultats de l'atelier du 13 mai 2019 portant sur les problématiques 9 à 12. En outre, deux autres problématiques ont été discutées et sont abordées à la fin du tableau.

Problématique n° 9 : Continuité des soins après la perte du statut de travailleur frontalier	
Points de discussion	- Il s'agit d'une question de continuité des soins, mais aussi souvent une question de compétences linguistiques, pour les ressortissants allemands ayant élu résidence en France. Il est rappelé que le critère de la langue n'est pas reconnu comme critère de délivrance du S2. Dans la pratique, côté français, des S2 ont pu être délivrés par le passé pour raisons linguistiques, en particulier pour des soins où la langue joue un rôle particulièrement important et y compris lorsque ces soins ne sont pas soumis à autorisation préalable aux termes de la législation française (par exemple la psychiatrie). Désormais, la délivrance des S2 est beaucoup plus restrictive côté français: Les S2 sont délivrés exclusivement pour les soins soumis à autorisation préalable (soins hospitaliers avec nuitée ; soins lourds et coûteux listés dans l'arrêté de 2014 sur les autorisations préalables). - La personne ayant perdu le statut de travailleur frontalier et souhaitant continuer des soins en Allemagne pourra faire une demande de S2 si les soins concernés sont soumis à autorisation préalable (par exemple traitement du cancer). Bien que la continuité des soins ne soit pas un critère de délivrance de S2, dans la pratique, le S2 lui sera normalement délivré. Il est toutefois important que la

	personne précise bien la pathologie et expose son cas de manière détaillée avec un courrier accompagnant la demande d'autorisation préalable. De manière générale, on relève un manque d'informations sur les points suivants : Nécessité d'obtenir un S2, nécessité de bien exposer son cas pour obtenir le S2 ; question de savoir à qui le S2 doit être adressé une fois obtenu. - Côté allemand, l'attribution des S2 dépend des différentes caisses et est plus souple. Notamment, elle n'est pas limitée aux soins soumis à autorisation préalable aux termes de la législation allemande. - Discussions concernant les pistes d'actions mentionnées dans le rapport (prise en compte de la continuité des soins comme critère de délivrance du S2 ; extension de l'éligibilité au S3) : - o Etant donné que la question se pose surtout côté français (politique restrictive de délivrance des autorisations), il pourrait être plus pertinent de faire évoluer la réglementation française, plutôt que la réglementation européenne - o Pour la CNAM, il n'est pas souhaité de faire de la continuité des soins un critère de délivrance du S2. Cela a été le cas par le passé, et cela a conduit à un dévoiement du S2. Les S2 pourront être accordés pour des raisons de continuité des soins en fonction de la situation individuelle, mais il n'est pas souhaité en faire un principe général. - o Le formulaire S3 est dédié à la question de la continuité des soins, mais actuellement limité aux seuls retraités ayant eu le statut de travailleur frontalier auparavant (cf. art. 28 du règlement n°883/2004). Un élargissement des conditions d'attribution du S3, à l'échelle européenne (modification du règlement), serait une solution plus pertinente. - o L'AOK souligne que cela pourra être problématique concernant la Suisse, en raison des écarts tarifaires. Actuellement, pour les personnes souhaitant continuer des soins en Suisse, l'AOK ne délivre des S2 que pour les traitements contre le cancer (protonthérapie) et limités à un an. - o Commentaire écrit de la DVKA : Une extension des conditions d'éligibilité au formulaire S3 ne serait possible qu'en modifiant le règlement.
Pistes d'action	Modification du règlement en vue d'élargir les conditions d'attribution du formulaire S3, actuellement réservé aux travailleurs frontaliers prenant leur retraite ou en situation d'invalidité.
Pistes de solution	Remonter la proposition par les canaux suivants : - Plateforme européenne (Border Focal Point) → Eurodistrict PAMINA - Groupe parlementaire franco-allemand → Eurodistrict PAMINA / CEC - Ministère français de la santé → CNAM

	- DVKA → AOK
Problématique n° 10 : Choix de la tarification pour les soins urgents à l'étranger	
Points de discussion	1) Concernant la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) : - Côté français, constat d'un manque d'information chez les assurés : - o La CEAM est présentée comme « la carte des vacances », alors que les populations frontalières peuvent en avoir besoin au quotidien. - o Les travailleurs frontaliers ne sont pas toujours conscients que leur CEAM est délivrée par leur caisse du pays d'activité professionnelle. Aussi, en cas de changement de pays d'activité, il leur arrive de garder l'ancienne carte. - Côté français, l'adossement de la CEAM sur la carte vitale n'est pas envisagé en raison des coûts et en raison de la dématérialisation de la carte vitale qui doit intervenir dans les 10 ans. La phase test de dématérialisation de la carte vitale (hors CEAM) sera lancée au 1^{er} janvier 2021. Il est précisé que des mesures spécifiques seront prises pour les publics n'ayant pas forcément de smartphone (notamment les personnes âgées) : mesures d'accompagnement, délivrance d'une carte vitale matérielle... - En France, la durée de la CEAM est actuellement limitée à 2 ans. Un rallongement serait, en principe, envisageable, tout comme des messages de rappel à destination des assurés. - Lorsque le patient n'a pas sa CEAM avec lui, il doit certes faire l'avance des frais, mais il peut obtenir rétroactivement (dans la limite d'une semaine) un certificat provisoire de remplacement (CPR) et le transmettre au médecin, qui doit alors rembourser le patient (si l'avance des frais n'est pas prévue dans le pays en question). - L'introduction du système EESSI au 1^{er} juillet 2019 (susceptible d'être reportée) facilitera la transmission d'informations entre les organismes d'assurance maladie, notamment en ce qui concerne le Certificat provisoire de remplacement (CPR) de la CEAM. - En Allemagne, la CEAM est souvent refusée par les cabinets (y compris dans les cas d'urgence). Le problème a déjà été remonté au sein de la Commission intergouvernementale franco-germano-suisse. Le problème de la facturation privée persiste, même si les médecins de ville en Allemagne sont, en principe, tenus d'accepter la CEAM et d'appliquer les tarifs légaux. 2) Concernant le choix de la tarification pour les soins urgents à l'étranger si la CEAM n'a pas été utilisé (pour les assurés français) : - Côté français, la notice du formulaire S 3125 a évolué et précise désormais que si le patient ne fait pas de choix concernant la base de remboursement, c'est celle du pays de traitement qui s'applique par défaut. - Ni les points de contacts ni le CEC ne sont en mesure d'informer les patients sur le choix de la tarification le plus avantageux pour le

	patient, du fait de la méconnaissance des tarifs appliqués, tout particulièrement côté allemand. Le CEC indique que la seule information sûre qu'ils peuvent donner, c'est que le remboursement sera beaucoup plus rapide si le patient choisit la base de remboursement française. Il conviendrait d'améliorer l'information sur les tarifs appliqués dans les différents pays. Il est également indiqué que lorsque des demandes de tarifications sont adressées à des pays tiers par le biais du formulaire E 126, les délais de réponse sont parfois très longs, selon les pays. - Les tarifs valables côté allemand sont accessibles dans le « Einheitlicher Bewertungsmaßstab » (EBM). Par contre, ces informations ne sont pas facilement compréhensibles pour le citoyen lambda. - Selon le représentant du MSA, dans la plupart des cas, le choix de telle ou telle base de remboursement ne fait pas varier beaucoup le niveau de remboursement, sauf sur un point : les transports » (en particulier les transports hélicoptères, beaucoup de cas concernant l'Autriche). Côté français, le remboursement des frais de transport d'urgence est forfaitaire (par exemple 200 € pour un transport hélicoptère) et est très en deçà des coûts facturés aux assurés). La question est en cours de discussion au sein de la CNAM. Selon les représentants du Centre européen de la consommation, l'écart de remboursement selon la tarification choisie peut être important, y compris lorsqu'il ne s'agit pas de transports.
Pistes d'action & Pistes de solution	<u>Concernant le point 1)</u> - Mieux informer les assurés français de la zone frontalière sur la CEAM → CPAM 67 et CPAM 68 - o Sensibiliser sur l'importance que revêt la CEAM en la promouvant plutôt comme « carte de mobilité » - o Informer sur la durée de validité et la nécessité de la renouveler le cas échéant - Augmenter la durée de validité de la CEAM des assurés français → La représentante de la CNAM fait remonter ce souhait en interne - Rappeler aux médecins de ville côté allemand qu'en situation d'urgence, ils sont tenus d'appliquer les tarifs légaux et d'accepter la CEAM → TRISAN prend contact avec les Kassenärztliche Vereinigungen des Länder de Bade-Wurtemberg et Rhénanie-Palatinat <u>Concernant le point 2)</u> - Concernant l'information sur les tarifs appliqués dans les différents pays : il serait souhaitable d'améliorer la communication entre les Points de contact nationaux (PCN). - o Remonter l'obstacle par le biais de la plateforme européenne (Border Focal Point) - o Remonter l'obstacle à la <i>European Social Insurance Platform</i>

	(ESIP) → CNAM
Problématique n° 11 : Difficultés en lien avec la prise en charge des soins programmés à l'étranger	
Points de discussion	1) Langage / traduction - En France : le CLEISS dispose d'un service de traduction, qui traduit gratuitement pour les personnes relevant de la CNAMTS. La MSA peut recourir à ce service, mais elle est facturée (et ne refacture pas aux assurés). Concernant les problèmes mentionnés dans le cas au niveau du RSI, il faut signaler que ce régime a vocation à disparaître d'ici 2020. Ainsi, il ne devrait plus y avoir un grand nombre de réclamations. - Kaufmännische Krankenkasse (KKH) : en cas de besoin, les assurés doivent prendre en charge des frais de traduction auprès d'un bureau externe. Les frais restent modérés car il ne s'agit pas d'une traduction assermentée. - AOK : pas de traduction nécessaire pour des remboursements au sein de l'UE, en cas de besoin recours à un bureau de traduction externe payé par l'AOK. - Commentaire écrit de la DVKA : Selon article 76 (7) du règlement (CE) 883/04, les autorités, institutions et juridictions d'un État membre ne peuvent rejeter les requêtes ou autres documents qui leur sont adressés du fait qu'ils sont rédigés dans une langue officielle d'un autre État membre. 2) Tarification / codification différente entre la France et l'Allemagne / explications pour le patient remboursé - Dans le cadre de la médecine de ville, grandes différences de facturation entre l'Allemagne (factures très détaillées, décomposées par actes médicaux) et la France (facturation à la consultation, avec 4 grandes catégories de tarification en fonction de la complexité). - En France : les codifications d'actes sont disponibles sur Ameli.fr, le but de la codification étant aussi la protection du secret médical. Toutefois, les informations ne sont pas facilement accessibles. Aussi, il est difficile de connaître les tarifs à l'avance car on ne connaît pas le statut du médecin (secteur de conventionnement 1, 2 ou 3 ; adhérent OPTAM ⁶ ou non...). Les tarifs valables côté allemand sont accessibles dans le « <i>Einheitlicher Bewertungsmaßstab</i> » (EBM). Par contre, ces informations sont quasiment impossibles à interpréter pour le citoyen lambda (système par points servant comme base pour la facturation entre les acteurs du système de santé allemand). - En Allemagne : le problème majeur reste la facturation privée qui est

⁶ Les médecins du secteur 2 peuvent fixer leurs tarifs librement. Ils ont la possibilité de signer un contrat avec l'assurance maladie – appelé « contrat OPTAM » (Option pratique tarifaire maîtrisée) – par lequel il s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires, en contrepartie d'une prime d'activité. Un contrat spécifique a été mis en place pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, appelé « contrat OPTAM-CO ».

	3,5 fois supérieure au tarif légal. - Dans le cadre des demandes de remboursement de soins à l'étranger, les caisses d'assurance maladie allemandes facturent des frais administratifs aux assurés (frais pouvant aller jusqu'à 7,5 % des coûts), ce qui semble contraire à la libre mobilité des patients. - Un travail sur la transparence des codifications utilisées dans les différents pays (meilleure connaissance de la codification des différents pays, harmonisation des définitions, définition d'équivalences...) est en cours au niveau européen selon la CNAM. 3) Absence de case « soins ambulatoires programmés » dans le formulaire S 3125 - Il est précisé que dans la terminologie française, on parle de « soins ambulatoires » (pas de « soins ambulatoires programmés »). - Le formulaire est en cours de révision au sein de la CNAM 4) Délais de traitement de demandes d'autorisation préalable - AOK et KKH : les délais pour les autorisations préalables sont les mêmes que pour des traitements en Allemagne, une non-réponse valant autorisation - Commentaire écrit de la DVKA : Ici, il s'agit d'interpréter le droit national. De ce fait, la DVKA ne peut émettre une recommandation. La compétence relève du <i>GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Referat Leistungsrecht, Reha, Selbsthilfe</i>. 5) Définition différente des soins stationnaires en France et en Allemagne - La différence vient probablement de la différenciation historique en Allemagne entre les hôpitaux et les médecins de ville organisés à travers la <i>Kassenärztliche Vereinigung (KV)</i>.
Pistes d'action & Pistes de solution	1) Langage / traduction Demander à la DVKA d'émettre une recommandation afin d'éviter que les coûts de traduction soient facturés aux assurés → AOK 2) Tarification / codification différente entre la France et l'Allemagne - Mettre en lumière le travail de transparence des codifications déjà entamé et l'approfondir → Caisses - Il serait utile de pouvoir mettre à la disposition des patients une information de base facilement accessible sur les tarifs pratiqués dans les deux pays → Caisses - Remonter la problématique de la facturation privée en Allemagne au groupe parlementaire franco-allemand → Eurodistrict PAMINA / CEC - Demander à la DVKA d'émettre une recommandation concernant la

	suppression des frais de gestion prélevés par les caisses allemandes pour les demandes de remboursement de soins à l'étranger, qui semble contraire à la directive → AOK 3) Formulaire en cours de révision 4) Délais de traitement de demandes d'autorisation préalable - Demander au <i>GKV-Spitzenverband</i> d'émettre une recommandation afin de clarifier la question des délais auprès de toutes les caisses → AOK - Côté allemand, mieux informer sur la question des délais → AOK, KKH 5) Définition différente des soins hospitaliers soumis à autorisation préalable en France et en Allemagne - Côté allemand, vérifier en interne quels types de soins hospitaliers sont soumis à autorisation préalable ». Cela couvre-t-il par exemple les « <i>teilstationäre Behandlungen</i> »⁷ ? → AOK, KKH - Solliciter le groupe parlementaire franco-allemand afin de mener une réflexion sur la définition des soins hospitaliers soumis à autorisation préalable dans les deux pays → Eurodistrict PAMINA / CEC
Problématique n° 12 : Prise en charge du patient lorsque l'urgence médicale l'amène à traverser la frontière pour y recevoir des soins	
Points de discussion	1) Soins hospitaliers - Ce n'est pas seulement une question de délais de délivrance des autorisations : Souvent les patients ne savent pas qu'il faut obtenir une autorisation préalable. Les médecins prescripteurs eux-mêmes ne le savent pas toujours. - Lorsqu'un assuré français est allé en Allemagne pour des soins urgents sans autorisation préalable et qu'il fait ensuite une demande de prise en charge, le plus souvent le service médical accorde le S2 a posteriori. A l'AOK, il est également possible d'obtenir une validation rétroactive le cas échéant. Toutefois : - o Le côté français indique un problème de formation des agents : Lorsque la personne appelle pour demander un S2 alors qu'elle est encore à l'hôpital ou en est déjà sortie, les agents auront tendance à répondre que le S2 ne peut pas être délivré du fait que le S2 est prévu pour les soins programmés et que la personne est déjà à l'hôpital. - o Pour permettre la prise en charge, il est nécessaire que le contexte de la situation soit expliqué de manière claire et complète, dans un courrier de l'assuré et/ou dans l'ordonnance du médecin prescripteur. Or peu de médecins sont informés de cette

⁷ Une « *teilstationäre Behandlung* » (hospitalisation partielle) correspond à une prise en charge comprenant plusieurs passages à l'hôpital ne dépassant pas 24 heures. Cela concerne des pathologies spécifiques, notamment dans les domaines de la psychiatrie ou de la gériatrie.

	nécessité. Les praticiens dans la zone frontalière doivent être mieux informés (par exemple à travers la <i>Kassenärztliche Vereinigung</i> et l'ordre de médecins) pour savoir comment agir administrativement dans de tels cas. - o La prise en charge est donc possible au cas par cas, mais il n'est pas possible d'en faire un principe général, car il y aurait des dérives (liées à des interprétations différentes de ce qui est « urgent » ou non) - La CNAM indique que la situation va s'améliorer avec la mise en place du EESI : - o Le système EESSI accélérera la procédure de délivrance du S2 (le délai de traitement max. étant de 2 semaines). - o Grâce au système EESSI, l'institution compétente du pays de traitement pourra demander le S2 en urgence à l'institution compétente du pays d'affiliation. Il faut toutefois noter que les prestataires de soins ne sont pas partie prenante au système EESSI. Il faudra donc que le prestataire de soins contacte d'abord l'institution compétente du pays de traitement - Possibilité de passer des conventions binationales spécifiques pour faciliter l'accès aux soins ? - o L'AOK peut conclure des conventions. Une convention existe p.ex. avec le Kinderspital de Bâle - o La CPAM peut conclure des conventions dans le cadre l'accord-cadre. Il y a eu une tentative de convention entre le Kinderspital de Bâle et la Clinique des 3 Frontières, mais elle n'a pas abouti. Cependant une procédure standardisée a été mise en place : Lorsqu'un nouveau-né est pris en charge à Bâle, le service médical de la CPAM est informé et un S2 délivré automatiquement. 2) Soins de ville - Contexte de désertification médicale qui est, de manière générale, très marqué dans les régions frontalières. - Il est possible de désigner un médecin installé en Allemagne comme « médecin traitant » au sens de la réglementation française. Le médecin installé à l'étranger n'a pas de numéro ADELI mais un numéro fictif pourra lui être attribué. Toutefois, pour être reconnu comme médecin traitant, le médecin doit adhérer à la convention médicale. Or, la convention médicale n'existe qu'en français et de ce fait, bien souvent, le médecin ne donne pas suite. - Est-ce que la question de la langue pourrait être prise en compte, en vue de la délivrance d'un S2 dans ce type de cas. - o Pour la CPAM, les Allemands installés en France le sont souvent par intérêt économique. De ce fait, la question n'est pas considérée comme une priorité. - o Du point de vue de Agnès Meyer, la question linguistique concerne
--	--

	souvent d'anciens travailleurs frontaliers allemands qui sont venus vivre en France par pur intérêt économique (coût de l'impôt/coûts de l'immobilier). Au-delà de la question spécifique de la continuité des soins, on peut considérer que ces personnes, dès lors qu'elles font le choix de venir s'installer en France, doivent accepter l'ensemble des conditions qui y sont liées. C'est la raison pour laquelle la question n'est pas considérée comme prioritaire dans la mesure où les mêmes soins sont disponibles en France. - o Pour l'AOK : Des S2 sont délivrés au cas par cas. C'est une décision discrétionnaire, prenant en compte tous les éléments de contexte (y compris la langue, mais également d'autres critères tels que les raisons familiales). - o Voir aussi les discussions du cas n°9. - Au sein de la CPAM, il existe un médiateur au niveau départemental qui pourra orienter des assurés n'ayant pas trouvé de médecin. Toutefois, le dispositif n'est peut-être pas assez connu, même si les délais sont relativement rapides.
Pistes d'action & Pistes de solution	1) Soins hospitaliers - (Mieux) informer les assurés ainsi que les prescripteurs sur la nécessité de demander un S2, et la nécessité de préciser le contexte pour justifier la prise en charge. Pour les prescripteurs, on pourrait envisager des actions d'information dans les facultés de médecine → Caisses - Mieux former les agents des caisses concernant les demandes de S2 a posteriori → CPAM - Passer des conventions spécifiques entre caisses et établissements de soins en cas de besoin → caisses 2) Soins de ville - Informer les assurés français de l'existence du médiateur → CPAM
Problématique supplémentaire n° 1 : Remboursement de soins d'urgence	
Description (problématique ne figure pas dans le rapport)	Problèmes de prise en charge pour les assurés français qui ont un accident en Allemagne et qui sont admis : - dans un hôpital allemand ou - (par hélicoptère) dans un hôpital à Bâle. Les établissements de soins refusent de prendre en charge ces soins (refus de la CEAM), considérant qu'il s'agit de soins « programmés » puisque consécutifs à une consultation ou décision du centre de régulation des secours en Allemagne et réclament le paiement direct des sommes dues aux assurés ou un formulaire S2. Du côté de la CPAM, ces transferts étant effectués dans l'urgence, le formulaire S2 ne peut être délivré.
Points de discussion	- Il semble qu'il existe des différences entre les pays dans la définition des « soins urgents » et des « soins programmés », potentiellement en

	lien avec des différences de définition des « soins primaires » et des « soins secondaires ». - Etant donné que les règles de prise en charge des soins urgents découlent d'un règlement européen, cette différence de définitions semble étrange. Le soin urgent est défini dans le règlement CE 883/2004 comme un soin nécessaire pendant un séjour dans un autre Etat membre, et qui ne peut attendre le retour du patient dans son pays d'affiliation. Qu'il y ait d'abord passage par un médecin ou transfert sur décision du centre de régulation ne change rien à la définition européenne, qui vaut pour tous les pays. - Concernant le cas décrit, l'assurance maladie suisse (LAMal) a trouvé une solution pragmatique dans ce type de cas entre la Suisse, l'Autriche et l'Allemagne.
Pistes d'action & Pistes de solution	Solliciter le groupe parlementaire franco-allemand en vue d'une réflexion sur les définitions de « soins urgents » et « soins programmés » dans les deux pays → Eurodistrict PAMINA / CEC
Problématique supplémentaire n° 2 : Intérimaire	
Description <i>(problématique ne figure pas dans le rapport)</i>	Une intérimaire est envoyée par une entreprise de travail temporaire française pour des missions en Allemagne. L'entreprise a certes son siège en France mais l'intérimaire paie les cotisations de sécurité sociale en Allemagne. L'intérimaire effectue depuis plusieurs mois et ce sans interruption des missions en Allemagne pour le compte de cette entreprise d'intérim française. Ses contrats ne courent que du lundi au vendredi. A la suite d'un accident privé lors du week-end, l'intérimaire se voit refuser le versement d'indemnités journalières maladie. La caisse d'assurance maladie allemande déclare qu'elle n'est pas compétente puisque le contrat s'est terminé le vendredi et le nouveau contrat ne commençait que le lundi suivant. La CPAM refuse également de verser des indemnités journalières car la personne payait ses cotisations de sécurité sociale en Allemagne et elle n'était pas inscrite comme demandeur d'emploi en France pendant le week-end.
Points de discussion	- Dans le cas décrit, la France est compétente (même sans inscription à Pôle emploi) sur critère de résidence introduit par la PuMA. - Selon § 19 (2) SGB V, l'assurance maladie allemande doit encore couvrir l'ex-assuré pendant un mois après la fin de son activité professionnelle s'il ne peut bénéficier du statut d'ayant-droit (<i>Familienversicherung</i>). Les contrats français d'intérim prévoient aussi une couverture le week-end si le contrat se termine le vendredi. - Dans tous les cas, les personnes dans ce cas de figure devraient rester inscrites à Pôle emploi pour éviter des problèmes.
Pistes d'action	Développer des espaces de discussion entre tous les acteurs concernés

Annexes

1. Structures ayant fait remonter les problématiques

N° de problématique	Thématique	Structure ayant fait remonter la problématique
Problématiques concernant les travailleurs frontaliers		
1	Nécessité pour les travailleurs frontaliers de faire deux demandes d'inscription complètes pour une couverture maladie dans leur pays de résidence et dans leur pays d'activité	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
2	Problème de l'affiliation des enfants en cas de divorce ou séparation des parents	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
3	Refus de délivrance du formulaire S1 pour des membres de la famille des travailleurs frontaliers	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
4	Perte de la couverture maladie française liée au changement de résidence (vers l'étranger) dans le cadre d'un congé parental	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
5	Soins dans le pays de résidence pour les personnes ayant une assurance privée en Allemagne	INFOBEST PAMINA
6	Arrêts maladie en contexte transfrontalier	INFOBEST Kehl/Strasbourg
7	Païement des cotisations sociales dans le pays voisin	INFOBESTs PALMRAIN et Kehl/Strasbourg
8	Manque d'information concernant les travailleurs frontaliers résidant en France et percevant déjà une retraite française	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
Problématiques concernant les soins à l'étranger pour les personnes n'ayant pas le statut de travailleur frontalier		
9	Continuité des soins après la perte du statut de travailleur frontalier	INFOBEST Kehl/Strasbourg
10	Choix de la tarification pour les soins urgents à l'étranger	Centre Européen de la Consommation / TRISAN
11	Difficultés en lien avec la prise en charge des soins programmés à l'étranger	Centre Européen de la Consommation
12	Prise en charge du patient lorsque l'urgence médicale l'amène à traverser la frontière pour y recevoir des soins	Centre Européen de la Consommation INFOBEST Vogelgrun/Breisach

2. Sources

2.1 Sources juridiques au niveau européen

Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

2.2 Autres sources juridiques

Accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière du 22 juillet 2005 complété par l'arrangement administratif du 9 mars 2006, concernant les modalités d'application de l'accord cadre du 22 juillet 2005

Article R160-2 du Code de la sécurité sociale fixant les conditions de la procédure d'autorisation préalable

Arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) : § 5, § 7, § 13, § 39, § 50, § 226, § 229

2.3 Site internet du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)

Cleiss : « Formulaire S1 - Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie » (<https://www.cleiss.fr/reglements/s1.html>)

Cleiss : « Formulaire S3 - Soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'ancien État d'activité » (<https://www.cleiss.fr/reglements/s3.html>)

Cleiss : « Informations concernant le formulaire S1 et son utilisation » (https://www.cleiss.fr/reglements/S1_infos.pdf)

Cleiss : « Informations concernant le formulaire S3 et son utilisation » (https://www.cleiss.fr/reglements/S3_infos.pdf)

2.4 Site internet du réseau des INFOBESTs

INFOBEST : « Prise en charge des soins des ayants droit des travailleurs frontaliers » (<https://www.infobest.eu/fr/themes/article/securite-sociale/prise-en-charge-des-soins-des-ayants-droit-des-travailleurs-frontaliers/>)

INFOBEST : [« Sécurité sociale – Introduction »](#)

[\(https://www.infobest.eu/fr/themes/article/securite-sociale/introduction/\)](https://www.infobest.eu/fr/themes/article/securite-sociale/introduction/)

INFOBEST : « Sécurité sociale en cas d'exercice simultané d'une activité professionnelle dans plusieurs États »

[\(https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_F.pdf\)](https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_F.pdf)

INFOBEST : « Sozialversicherungspflicht bei gleichzeitiger Erwerbstätigkeit in mehreren Staaten »

[\(https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_D.pdf\)](https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_D.pdf)

2.5 Autres sites internet

Droit-finances : « Sécurité sociale : les ayants droit de l'assuré » (<https://droit-finances.commentcamarche.com/contents/1257-securite-sociale-les-ayants-droit-de-l-assure>)

Krankenkassenzentrale.de: « Elternzeit: Alle Fakten zur Krankenversicherung für Eltern » (<https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/elternzeit>)

Sites internet [français](#) et [allemand](#) du Centre Européen de la Consommation, avec des informations consacrées aux soins transfrontaliers

2.6 Autres documents

Rapport du 17.10.2017 « Obstacles pour les patients : l'exemple de la zone frontalière franco-allemande- Le point de vue du Centre Européen de la Consommation »

3. Liste des participants de l'atelier de travail du 26/02/2019

Nom	Prénom	Structure
Allgeyer	Pascale	INFOBEST PAMINA
Baldenweck	Sylvie	CNFE
Boitel	Aurélie	GECT Eurodistrict PAMINA
Carré	Delphine	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
Davenne	Anne	KKH Servicezentrum Baden-Württemberg
Dussap	Anne	Euro-Institut / TRISAN
Faust	Hans-Jürgen	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See
Fuhr	Anette	INFOBEST Vogelgrun-Breisach
Füssel	Sven	TK Rheinland-Pfalz
Giesinger	Carola	AOK Baden-Württemberg
Harster	Patrice	GECT Eurodistrict PAMINA
Ibach	Bernhard	AOK Baden-Württemberg - BD Mittlerer Oberrhein
Jäger	Christian	AOK Baden-Württemberg
Kleinert	Christian	Euro-Institut / TRISAN
Kurtz	Julien	INFOBEST Palmrain
Léopold	Nicole	CPAM Bas-Rhin
Loewenkamp	Denise	INFOBEST PAMINA
Meyer	Agnès	CPAM Haut-Rhin
Pradier	Eddie	Euro-Institut / TRISAN
Reibel	Marc	MSA Alsace
Schlosser	Audrey	INFOBEST Kehl/Strasbourg
Schmitz	Antoine	URSSAF Alsace
Siebenhaar	Frédéric	GECT Eurodistrict PAMINA
Tiriou	Christian	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz

4. Liste des participants de l'atelier de travail du 13/05/2019

Name	Vorname	Einrichtung
Allgeyer	Pascale	INFOBEST PAMINA
Baldenweck	Sylvie	CNFE
Batoul Diop	Véronique	CNAM
Boitel	Aurélie	GECT Eurodistrict PAMINA
Carré	Delphine	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
Cipriani	Joseph	CPAM Moselle
Davenne	Anne	KKH Servicezentrum Baden-Württemberg
Dussap	Anne	Euro-Institut / TRISAN
Fuhr	Anette	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
Harster	Patrice	GECT Eurodistrict PAMINA
Jäger	Christian	AOK Baden-Württemberg
Kleinert	Christian	Euro-Institut / TRISAN
Kurtz	Julien	INFOBEST Palmrain
Léopold	Nicole	CPAM Bas-Rhin
Loewenkamp	Denise	INFOBEST PAMINA
Mérigeau	Martine	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz
Meyer	Agnès	CPAM Haut-Rhin
Meyer	Justine	Région Grand Est (stagiaire)
Parthon	Isabel	INFOBEST Kehl/Strasbourg
Pradier	Eddie	Euro-Institut / TRISAN
Reibel	Marc	MSA Alsace
Schlosser	Audrey	INFOBEST Kehl/Strasbourg
Schmidt	Simon	CPAM Moselle
Siebenhaar	Frédéric	GECT Eurodistrict PAMINA
Tiriou	Christian	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz

Imprimé par le Conseil Départemental du Bas-Rhin

