

III. Application des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 – Autorisation préalable pour des traitements de pathologies psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2019 jusqu'au 31 décembre

1. Introduction

§ 1. La présente circulaire entend fournir des précisions relatives à l'accès et au remboursement des traitements psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne aux assurés de l'assurance soins de santé fédérale obligatoire (dénommée ci-après : assurance maladie fédérale) et résidant sur le territoire des Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

§ 2. Les Cantons de l'Est englobent les neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, la Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Bütgenbach et Saint-Vith) ainsi que les cantons de Malmédy et Waimes.

§ 3. Ces assurés peuvent déjà bénéficier de certaines mesures spécifiques leur permettant d'avoir accès et de bénéficier d'un remboursement :

- pour des soins médicaux spécialisés dispensés par des dispensateurs de soins (médecins spécialistes et institutions de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle ainsi que dans les arrondissements Bitburg, Daun et Prüm (= dénommée ci-après : "la région frontalière allemande") conformément à la circulaire O.A. 2018/180¹ ou la circulaire O.A. qui la remplace
- pour certaines prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne, et notamment dans un des hôpitaux ou centres mentionnés sur la liste figurant à l'annexe 1 de la circulaire O.A. 2019/144 ou la circulaire O.A. qui la remplace.

§ 4. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, certaines prestations de l'assurance maladie fédérale ont été transférées aux entités fédérées, notamment les conventions de rééducation fonctionnelle "*soins de longue durée*", ce qui fait que ces prestations ne font plus partie de l'ensemble des prestations remboursées par l'assurance maladie fédérale.

§ 5. Nous devons toutefois relever que la ligne de démarcation qui sépare les traitements psychiatriques/psychosomatiques n'est pas toujours évidente à établir : par exemple :

- "les conventions de rééducation fonctionnelle "*soins de longue durée*" pour des soins psychiatriques – telles les conventions de type 772 ou 774 – ont été transférées aux entités fédérées alors que les soins de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques (avec la possibilité d'une posture de rééducation psychiatrique ambulatoire) continuent à être remboursés par l'assurance maladie fédérale

1. Publiée dans le B.I. n° 2018/2.

- une section psychiatrique dans un hôpital général (dénommée ci-après : SPHG) offre des soins psychiatriques résidentiels. Bien que certains SPHG proposent des soins en hôpital de jour, le SPHG s'oriente plutôt vers des courts séjours, notamment pour des situations d'urgence psychiatrique. Vous pouvez également vous adresser à eux pour bénéficier d'un traitement de courte durée qui vous aidera à surmonter vos problèmes de dépendance. Les traitements proposés par les SPHG sont remboursés par l'assurance maladie fédérale, alors que les conventions de rééducation fonctionnelle "*soins de longue durée*" dispensés aux toxicomanes (convention de type 773) ont, quant à elles, été transférées aux entités fédérées.

§ 6. Afin de pouvoir garantir la *continuité des soins* pour ces assurés, et de déterminer plus clairement si les traitements psychiatriques/psychosomatiques sont désormais à charge de l'assurance maladie fédérale ou s'ils relèvent plutôt des entités fédérées, nous proposons que les demandes d'obtention d'une autorisation préalable pour des traitements psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne soient soumis au Collège des médecins-directeurs (dénommé ci après : CMD).

2. Procédure et modalités

§ 7. L'assuré introduit une demande écrite auprès du médecin-conseil de son organisme assureur pour obtenir une autorisation préalable pour le traitement d'une pathologie psychiatrique/psychosomatique en Allemagne (voir la cir. O.A. n° 2014/440 du 14.11.2014, Titre II, Chap. II, Section IV). Celui-ci transmet, sans tarder la demande au CMD.

§ 8. La demande ne peut être prise en considération qu'à condition qu'elle comporte au minimum les éléments suivants :

- un rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement habilité à pratiquer la médecine dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, accompagné du diagnostic
- un plan de traitement qui permet au CMD de déterminer si le traitement de la pathologie psychiatrique/psychosomatique est compris dans l'ensemble des prestations de l'assurance maladie fédérale ou s'il relève plutôt de la compétence d'une entité fédérée dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle transférée portant sur des "*soins de longue durée*"

§ 9. Le CMD doit suivre les directives suivantes lorsqu'il traite une demande d'autorisation préalable :

- *étape 1* : contrôler (sur la base d'un plan de traitement) si le traitement dispensé en Allemagne pour une pathologie psychiatrique/psychosomatique fait partie des prestations de l'assurance maladie fédérale ou si c'est plutôt une convention de rééducation fonctionnelle en matière de "*soins de longue durée*" qui le prévoit."
- *étape 2* : si le traitement demandé est compris dans l'ensemble des prestations de l'assurance maladie fédérale, la demande est alors traitée selon les procédures en vigueur prévues dans le cadre de la réglementation (fédérale) belge et européenne
Si ce n'est pas le cas...
- *étape 3* : et que le traitement demandé est prévu par une convention de rééducation fonctionnelle transférée pour des "*soins de longue durée*"
- l'organisme assureur fédéral notifie – sur la base de la décision du CMD – une décision de refus motivée selon l'assurance maladie fédérale à l'assuré

- le CMD prend une décision au nom de l'entité fédérée (voir le § 10), et l'organisme assureur fédéral notifie sans tarder cette décision à l'institution compétente de l'entité fédérée à laquelle l'assuré est affilié :
- pour les assurés résidant sur le territoire de la Communauté germanophone :
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Att. de Md Julia Hepp
Gospertstraße 1
4700 Eupen
e-mail : julia.hepp@dgov.be
- pour les assurés résidant dans les communes de Malmédy, Waimmes, Baelen, Bleyberg (Plombières) ou Welkenraedt :
la Société Mutualiste Régionale (SMR) auprès laquelle l'assuré est affilié.
L'institution compétente de l'entité fédérée est tenue ensuite de délivrer une autorisation préalable (document S2) et d'assurer la prise charge des obligations financières qui en découlent.
L'organisme assureur fédéral informe l'assuré du transmis.

3. Période d'application de cette procédure particulière

§ 10. Sur la base des données disponibles à la date de publication de la présente circulaire, nous pouvons constater que la Communauté germanophone et la Région wallonne n'ont pas encore créé d'organe (décisionnel) propre pour l'évaluation des demandes de rééducation fonctionnelle à l'étranger. Suite à des accords conclus entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, ces entités peuvent faire appel à des médecins-conseils des organismes assureurs fédéraux et le CMD, **et ce jusqu'au 30 juin 2019 inclus.**

§ 11. Par **dérogation au § 10**, la procédure esquissée au § 9 reste également d'application après la date du 30 juin 2019. La procédure esquissée au § 9 reste d'application pour les demandes introduites à partir du 1^{er} mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2019.

§ 12. Au cours du dernier trimestre de 2019, le CMD rédigera un rapport d'évaluation approfondi sur la base des demandes réceptionnées au cours de la période s'étalant du 1^{er} mai au 30 septembre 2019 inclus. Le rapport d'évaluation doit contribuer :

- à améliorer les connaissances sur l'ampleur de la mobilité des patients dans les régions frontalières, notamment en ce qui concerne les traitements psychiatriques/psychosomatiques dispensés en Allemagne
- à améliorer la connaissance de la nature de ces traitements dans les hôpitaux et les centres en vue de délimiter plus clairement les traitements à charge de l'assurance maladie de ceux qui relèvent des entités fédérées.



Circulaire O.A. n° 2019/146 – 83/491 du 2 mai 2019.