

TABLE RONDE N° 2

LES SOINS DE SANTÉ À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE ET LA LIBERTÉ DU PATIENT.

Présentation de la mise en application des dispositions du règlement au niveau des Caisses d'assurance maladie et manière dont les institutions françaises applique la jurisprudence de la Cour de justice de la communauté européenne.

Didier LAPORTE - *Médecin conseil - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*

Mon exposé sera très pratico-pratique : je vais décrire la façon dont le régime général de l'assurance maladie assure le remboursement des soins effectués dans un État de l'UE-EEE par ses assurés.

D'abord, il faut rappeler les principes généraux :

- Le remboursement des soins reçus dans un autre État membre n'est pas soumis, sauf exceptions, à autorisation préalable de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré.
- Les soins reçus en UE-EEE doivent être remboursables en France ou dans le pays de séjour pour être pris en charge.
- Enfin, les dépenses de soins exposés dans un autre État membre sont prises en charge dans la limite des frais exposés soit dans les mêmes conditions que s'ils avaient été engagés en France, soit en application des tarifs du lieu des soins. Volontairement, je n'évoquerai pas la jurisprudence Vanbraekel en ce qui concerne le versement d'un différentiel, je laisserai les éminents professeurs de droit présents ici développer ce sujet si l'assemblée le souhaite.

Quelles sont les exceptions à cette règle générale de prise en charge ? Quels sont ces soins concernés par la procédure d'autorisation préalable ?

- Tout d'abord, les hospitalisations programmées, à l'exclusion de celles effectuées dans les établissements bénéficiant de conventions avec la France. Je reviendrai sur ce point à la fin de mon exposé.
- Les recours aux équipements lourds prévus par le code de santé publique. Je citerai à titre d'exemple les tomographes et caméras à émission de positons, les scanographes à utilisation médicale. Ce point-là nous crée quelques déboires avec la Commission européenne et je ne sais pas où en est la procédure d'infraction qui avait été mise en œuvre, je ne sais pas si elle continue.
- Enfin, sont soumis à autorisation préalable, les actes et prestations pour des soins déjà soumis à une procédure d'accord préalable en France. A titre d'exemple, je citerai le grand appareillage qui est soumis à une procédure d'accord préalable en France ou certains transports comme les transports de plus de 150 km ou les transports par avion.

En pratique, que doit faire l'assuré ?

- Il doit adresser sa demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. L'avis doit être donné très rapidement puisque l'absence de réponse dans un délai de deux semaines vaut accord.

Comment se passe la gestion de ces demandes de soins soumis à autorisation préalable ? Je rappelle rapidement que l'autorisation de prise en charge des soins ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :

- un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de son affection ;
- les soins envisagés ne figurent pas parmi ceux dont la prise en charge est prévue par la réglementation française.

Quelles sont ces décisions et comment sont prises ces décisions de refus d'ordre administratif ?

Ce type de refus concerne les soins, prestations ou examens dont la prise en charge n'est pas prévue par la réglementation française ou ne répondant pas aux critères retenus dans les nomenclatures. A titre d'exemple, les actes de procréation médicale assistée ne sont pas pris en charge au-delà de l'âge de 43 ans.

La notification de la décision est adressée à l'assuré. Cette notification doit impérativement mentionner le motif précis du refus, les textes réglementaires opposables ainsi que la voie de recours devant les instances compétentes, en l'occurrence d'abord la commission de recours amiable de la caisse d'affiliation et puis le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Les décisions de refus d'ordre médical concernent :

- soit les désaccords entre le médecin conseil et le médecin prescripteur sur l'état de santé du patient ou sur le caractère approprié des soins à son état ;
- soit les situations où un traitement identique ou présentant un même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France. Difficulté d'évaluer le temps opportun.

La notification doit indiquer les voies de recours à l'expertise médicale telle qu'elle est prévue par le code de la sécurité sociale.

Un certain nombre d'avis sont centralisés et soumis au médecin conseil national. Ce sont les traitements innovants ou effectués dans le cadre d'essais thérapeutiques ainsi que pour les actes d'assistance médicale à la procréation. Les autres avis sont délégués aux échelons décentralisés du service du contrôle médical.

Pour information, en 2008,

- 1
.750 avis environ ont été donnés par le médecin conseil national pour les États de l'UE-
EEE et la Suisse.
○ 8
3 % des avis donnés l'ont été pour cinq pays : l'Espagne est en tête parce que la
plupart des actes de procréation médicale assistée sont effectués en Espagne,
l'Allemagne, la Belgique, la Suisse et le Luxembourg,
○ p
lus de 20 % de ces avis concernent des actes d'assistance médicale à la
procréation,
○ e
nfin, un tiers des avis donne lieu à un refus dont les deux tiers sont des refus
d'ordre médical.

Maintenant, je vais développer les modalités de prise en charge des frais de soins effectués dans un pays de l'UE-EEE et la Suisse. Il existe trois circuits de prise en charge : deux circuits principaux et un circuit qu'on pourrait dire accessoire ou complémentaire.

- Le premier passe par le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) qui a pour mission d'accélérer le traitement des dossiers des assurés du régime général de la sécurité sociale, d'uniformiser les règles de remboursement, de renforcer et de professionnaliser la lutte contre les fraudes et enfin de fournir aux autorités de tutelle des données fiables et affinées sur la nature des soins pratiqués et les pays dispensateurs de ces soins. Pour l'assuré, la démarche reste identique. L'assuré dépose son dossier auprès de la caisse d'affiliation. La caisse d'affiliation procède aux vérifications habituelles sur l'ouverture des droits et sur les éléments constitutifs au remboursement, demande à l'assuré de remplir un imprimé qui lui indique, entre autre, qu'il peut choisir d'être remboursé soit sur la base du tarif français, soit sur la base du tarif des soins dans le pays dans lequel ils ont été effectués. La gestion est effectuée entièrement par ce Centre National et les contentieux inhérents aux refus de prise en charge et aux suspicions de fraude sont instruits toujours par ce Centre en lien avec la caisse d'affiliation de l'assuré. Petite information : ce centre traite actuellement les dossiers des soins à l'étranger pour 100 caisses primaires qui lui ont délégué la gestion.
- La deuxième modalité de prise en charge concerne le Cleiss. Je ne reviendrai pas, ici, dans cette assemblée, sur le rôle du Cleiss. Simplement, l'assuré doit présenter aux médecins, pharmaciens et hôpitaux publics dans le pays où il séjourne sa carte européenne d'assurance maladie, la CEAM, délivrée par sa caisse d'affiliation ou son certificat provisoire. Les frais médicaux sont pris en charge selon la réglementation en vigueur dans le pays de séjour. Un formulaire E112 aussi peut être présenté en cas de soins soumis à l'autorisation préalable. La prise en charge des frais engagés se fait sur la base des tarifs du lieu de soins. A titre de remarque – je ne sais pas si c'est un dispositif souvent utilisé – l'assuré a également la possibilité de se présenter à l'organisme d'assurance maladie du pays de séjour pour se faire rembourser.

Une disposition nouvelle est en cours de mise en place, toujours dans le cadre de la lutte contre la fraude et les abus, sujet qui a été évoqué à plusieurs reprises par les intervenants français dans ce colloque : la CNAMTS et le Cleiss vont mettre en place des actions de contrôle en s'appuyant sur l'expertise des caisses d'affiliation et également sur celle du service du contrôle médical.

- La dernière modalité de prise en charge des soins se fait dans le cadre d'accords transfrontaliers. Il est possible, toujours dans le cadre de ces actions, qu'un assuré d'un régime français résidant en France sur un territoire donné, aille se faire soigner dans un hôpital de l'autre côté de la frontière et ses soins peuvent être pris en charge par une « caisse pivot » désignée à cet effet. A titre d'exemple, je crois que cela va se mettre en place très prochainement dans le cadre de ce type de convention, un assuré d'un régime français qui réside en Cerdagne, c'est-à-dire dans le territoire situé entre Font-Romeu et Bourg-Madame, pourra aller se faire soigner à Pucerda dans un hôpital situé de l'autre côté de la frontière et le remboursement se fera par l'intermédiaire d'une caisse pivot qui devrait être Perpignan. Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2010 propose d'adapter notre droit interne à ce type d'accord en donnant, entre autres, une base légale à ce type de paiement.

En matière d'information, il y a d'abord, l'information du réseau de l'assurance maladie. La CNAMTS, avec l'appui de correspondants de son réseau spécialisé dans la prise en charge des soins à l'étranger et en lien avec le Cleiss met à disposition dans son extranet « MEDIAM » un

certain nombre de guides électroniques consacrés entre autres aux soins effectués à l'étranger, notamment dans un pays de l'UE-EEE et la Suisse. Un outil informatique d'aide à la décision, RECITAL, est également mis à disposition des agents du réseau de l'assurance maladie.

S'agissant de l'information de l'assuré, en complément aux informations que l'assuré peut obtenir de sa caisse d'affiliation, la CNAMTS a créé sur son site internet AMELI, www.ameli.fr, une rubrique consacrée aux formalités à effectuer pour la prise en charge des soins à l'étranger.

Je terminerai par les enjeux :

- Le premier des enjeux, je crois que cela a été évoqué à plusieurs reprises par différents intervenants, c'est améliorer l'information aux assurés sociaux dans le domaine de la prise en charge des soins effectués dans un pays de l'UE-EEE et la Suisse, notamment en regard des nouveaux règlements qui ont été évoqués à plusieurs reprises ce matin. C'est un enjeu crucial et difficile.
- Le deuxième enjeu est d'améliorer les procédures de contrôle afin de lutter contre la fraude et les abus.

Je vous remercie.