

La mobilité des patients en Europe

La santé est l'un des sujets de préoccupation majeurs des citoyens européens lorsqu'ils voyagent en Europe, quelle que soit la raison de cette mobilité – tourisme, travail... L'Union européenne, malgré des compétences limitées sur le sujet, encadre l'accès à la santé par différents textes et organise le remboursement des frais entre institutions de sécurité sociale (voir page 2 le rôle du CNSE en France). La directive 2011/24 est même venue renforcer ces droits et a créé des nouvelles structures d'échanges entre les États membres. La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM), approuvée dans le cadre du Plan d'action sur les compétences et la mobilité de 2002, est l'un des outils de cette mobilité en matière de santé. Retrouvez dans ces 3 pages tous les détails sur ces mécanismes pour faciliter la mobilité des patients partout en Europe.

Les textes encadrant la mobilité des patients en Europe

Les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale (883/2004 et 987/2009)

Les règlements de coordination n°883/04 et n°987/09 fixent des règles communes permettant de coordonner les régimes nationaux de sécurité sociale des États membres de l'Union européenne. L'objectif de la coordination est de faciliter la libre circulation des citoyens afin d'éviter une perte de leurs droits lors des déplacements en Europe (UE 27, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) et d'assurer ainsi sous certaines conditions la continuité de leur protection sociale.

Ces règlements concernent les systèmes de sécurité sociale et les prestataires qui y sont liés. Ils ne s'appliquent pas aux prestataires non conventionnés par la sécurité sociale (p. ex. hôpitaux privés non conventionnés).

La directive 2011/24/CE sur les droits des patients

Elle a pour objectifs de faciliter l'accès aux soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée et d'encourager la coopération en matière de soins de santé entre les États membres de l'UE et de l'EEE. Surtout, elle étend les droits des patients en permettant une meilleure reconnaissance des prescriptions transfrontalières, la mise en place d'un point de contact national chargé de fournir aux patients toute information sur leurs droits (voir encadré ci-contre), la création d'un réseau d'autorités responsables de l'évaluation des technologies de santé, le libre choix par le patient de son prestataire de soins privé ou public, un remboursement du patient à hauteur du montant que le système du pays d'origine aurait payé si il avait bénéficié de ce traitement dans son pays ou encore la mise en place d'un réseau d'autorités responsables de la "santé en ligne".

Quelle différence entre la directive et les règlements de coordination ?

La directive, qui a été adoptée postérieurement aux règlements, concerne essentiellement les soins ambulatoires, qu'ils soient programmés ou non. Elle intègre en grande partie les décisions de la CJUE en matière de remboursement de soins transfrontaliers. Les soins médicalement nécessaires couverts par la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) sont quant à eux régis par les règlements (CE) n° 883/04 et 987/09. Ainsi, le régime du règlement (CE) n° 883/2004 et de la directive 2011/24/CE coexistent et sont complémentaires. En fonction de la comparaison entre le système du pays d'affiliation et celui du pays des soins, soit la directive, soit le règlement s'applique.

Les Points de Contact Nationaux (PCN)

Institués par la directive 2011/24/CE, ces points de contacts nationaux sont chargés de fournir aux patients les informations essentielles sur les soins de santé transfrontaliers :

- Les soins disponibles (prestataires et établissements)
- Coûts et qualité des soins
- Les informations obligatoires à reporter sur les prescriptions de médicaments
- Les modalités de remboursement
- Les démarches en cas de litige
- L'accessibilité des établissements aux personnes handicapées

Pour la France, c'est le [Cleiss](#) qui est le point de contact.

FOCUS - Le centre national des soins à l'étranger (CNSE)

Quel est le rôle du CNSE ?

Le CNSE gère l'instruction et le paiement des demandes de remboursement pour les soins reçus et réglés à l'étranger par les affiliés de l'Assurance Maladie. Ce centre national est également le centre de liaison auprès des pays de l'UE et des pays hors UE qui ont conclu des conventions bilatérales avec la France pour la gestion des factures relatives aux soins effectués par leurs assurés en France et réciproquement. Il s'occupe donc à la fois du remboursement des soins aux assurés de l'Assurance Maladie et de la gestion des dettes et créances internationales entre États auparavant réalisées par le Cleiss. Il est rattaché à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) depuis sa création en 2006 et est géré par la CPAM du Morbihan.

Comment est pris en charge le remboursement des soins médicaux à l'étranger en Europe ?

Quatre différentes situations peuvent être étudiées :

1. Les soins lors d'un séjour temporaire à but non médical (ex. : vacances) : il s'agit de soins médicalement nécessaires intervenus lors d'un séjour temporaire. Ces soins peuvent être pris en charge par : (i) la CEAM : l'organisme de sécurité sociale du pays de séjour prend en charge directement les soins selon ses tarifs et les refacture au CNSE ; (ii) l'assuré règle directement les soins et il demande au CNSE un remboursement de ceux-ci soit à la tarification du pays de séjour, soit selon la tarification française.
2. Les soins transfrontaliers : il s'agit d'un assuré, le plus souvent frontalier, qui se rend dans le pays voisin pour recevoir des soins programmés principalement ambulatoires. Ces soins ne sont pas éligibles à l'usage de la CEAM. L'assuré devra donc avancer les frais et sera remboursé par le CNSE au tarif de son pays d'origine en vertu de la directive sur les soins transfrontaliers.
3. Les soins programmés soumis à autorisation préalable : il s'agit d'un assuré qui souhaite réaliser des soins programmés soumis à autorisation préalable sur le territoire d'un autre État. L'assuré doit avant son départ demander l'autorisation auprès du CNSE (formulaire S2) pour la réalisation de ces soins. Cette autorisation est acquise dès lors que les soins demandés ne sont pas réalisables en France dans un délai raisonnable au vu de l'état de santé du patient ou lorsqu'il s'agit de soins innovants, non disponibles en France. Ces soins peuvent être pris en charge par (i) le formulaire S2 et dans ce cas l'organisme de sécurité sociale du pays de séjour prend en charge directement les soins et les refacture par la suite au CNSE ; (ii) l'assuré qui paie tout ou partie des soins et se fait rembourser par le CNSE selon le tarif (de l'État de soin ou d'affiliation) le plus avantageux.
4. Les soins lors réalisés dans le cadre d'un transfert de résidence (ex. pensionné d'un pays résidant dans un autre État) : la personne devra demander à son institution d'origine la délivrance d'un formulaire S1 qui lui permettra de s'inscrire auprès de l'institution de son pays de séjour. La prise en charge de ces soins sera réalisée dans un premier temps par le pays de séjour selon sa réglementation puis refacturée au pays d'affiliation dans le cadre de la gestion des dettes et créances internationales entre États relevant de la Commission des comptes de la CACSSS de l'UE.

Comment le CNSE lutte-t-il contre la fraude aux soins à l'étranger ?

Le CNSE est chargé, dans le cadre de ses missions, de la détection et l'instruction des fraudes au remboursement des soins de santé. Il utilise par exemple, principalement en amont du paiement, des signalements internes et des situations suspectes, des demandes de pièces complémentaires ou encore des contrôles a priori. Ainsi 2183 cas de fraudes, fautes ou abus ont été détectés en 2022 pour un montant dépensé de 2,5 millions d'euros concernant des assurés résidents hors de France et demandant une prise en charge des soins de santé à l'étranger. Le CNSE reçoit aussi des signalements (9907 en 2022) d'organismes partenaires (Caf, Carsat) pour un montant indu de 1,3 millions d'euros. L'impact financier global s'élève à 6,8 millions d'euros.

Le CNSE en chiffres

488 999 dossierstraités
pour des soins dans 182
pays

38 % des dépenses en
soins de santé ont été
effectuées dans la région
Grand Est, du fait du grand
nombre de personnes
travaillant au Luxembourg
ou en Belgique

800 millions d'euros de
créances ont été payées
par la France dans le cadre
des règlements européens
contre **495** millions de
dettes qui lui ont été
remboursées

24 % des
créances
introduites
sont
présentés au
Luxembourg

804,4
millions
d'euros
remboursés
à la France

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Qu'est-ce que c'est ?

La CEAM est une carte gratuite qui permet de bénéficier de la prise en charge des soins de santé publics médicalement nécessaires lors de séjours temporaires dans un autre État membre de l'Union européenne, en Norvège, au Liechtenstein, en Islande ou en Suisse, selon les mêmes conditions et au même tarif que les personnes assurées dans ce pays.

La CEAM peut être utilisée quelle que soit la nature du séjour (vacances, études, séjour professionnel par exemple), et quel que soit le statut : travailleur, pensionné, demandeur d'emploi, étudiant, etc.

La CEAM doit être présentée au prestataire de soins dans l'État de séjour, pour des soins médicalement nécessaires. L'assuré bénéficiera de la prise en charge selon la législation en vigueur dans cet État.

235 millions d'Européens disposent de la CEAM.

La numérisation de la CEAM

La CEAM est disponible en version numérique en France et dans plusieurs pays européens.

Dans le cadre du projet de passeport européen de sécurité sociale (ESSPASS), la Commission ambitionne une numérisation complète de la procédure pour pouvoir bénéficier de soins médicaux non programmés à l'étranger.

Deux consortia ([Vector](#) et [Digital Credentials for Europe C4EU](#)) travaillent sur la mise en œuvre d'outils permettant, entre autres, la délivrance et la vérification de la CEAM. Ainsi, et en application du cadre européen sur l'identité numérique et du portail numérique unique, l'objectif de la Commission est qu'un citoyen européen puisse, à l'avenir, disposer d'un portefeuille d'identité numérique dans lequel il téléchargerait sa CEAM numérique après en avoir fait la demande en ligne auprès de son organisme d'assurance maladie.

Cet assuré pourrait ensuite, à la suite d'un accident sur son lieu de vacances dans l'UE par exemple, présenter à l'hôpital de son lieu de séjour sa CEAM en version numérique qui pourra facilement vérifier la validité et l'authenticité de la carte.

Pour plus d'informations en France : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-etranger/vacances-etranger>

Les différentes cartes en Europe : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=fr>

CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE

CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE

Nom	
DURAND	
Prénoms	
JULIETTE	
1 Date d'inscription	2 Numéro d'identification nationale
05/12/1945	2 45 12 75 033 057 23
7 Numéro d'identification de l'assurance	
1234567890 - CPAM XXXXXXXX	
3 Numéro d'identification de la carte	4 Date d'expiration
12345678901234567890	07/07/2020

Comment l'obtenir ?

-  **ameli.fr** ou MSA
-  Sur votre borne multiservices Cpm
-  au 3646

A quel prix ?

 0€

Quelle durée de validité ?

 2 YEARS

Quand ?

 15

A savoir

- la CEAM ne remplace pas la carte vitale
- il faut la commander au moins 15 jours avant son départ, sinon un certificat provisoire de remplacement sera délivré
- la CEAM est valable dans les 27 États membres de l'UE, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein et en Suisse
- La CEAM ne remplace pas l'assurance voyage