



QUESTIONS ET REPONSES SUR LA TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE RELATIVE AUX SOINS DE SANTE TRANSFRONTALIERS



Version 1

Informations compilées par EURORDIS

La Directive relative aux Droits des Patients en matière de Soins de Santé Transfrontaliers a été adoptée officiellement le 9 mars 2011. A dater de sa publication dans le Journal Officiel de l'Union Européenne, les Etats membres disposent d'un délai de 30 mois pour la transposer dans leurs législations nationales. L'objectif du présent document est de répondre à quelques-unes des principales questions que les représentants des patients peuvent se poser pour bien comprendre la nouvelle législation et être à même de faire, dans l'intérêt des patients, des recommandations au niveau national pour la transposition de la Directive.

Q&R sur la transposition de la Directive sur les Soins Transfrontaliers

DIRECTIVE 2011/24/EU DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL DU 9 MARS 2011 RELATIVE A L'APPLICATION DES DROITS DES PATIENTS EN MATIERE DE SOINS TRANSFRONTALIERS

Introduction.....	2
1 POURQUOI AVONS-NOUS A LA FOIS UN REGLEMENT ET UNE DIRECTIVE ?.....	4
2 EN QUOI CES DEUX TEXTES DIFFERENT-ILS ?	4
3 LE FORMULAIRE S2 (EX-E112) EST-IL UTILE?	5
4 POURQUOI LE FORMULAIRE S2 (ex-E112) N'EST-IL PAS ENTIEREMENT SATISFAISANT ?	6
5 QU'EST-CE QUI EST IMPORTANT DANS LA NOUVELLE DIRECTIVE ?.....	6
6 QUEL TYPE DE SOINS SONT COUVERT PAR LA DIRECTIVE ?	7
7 PUIS-JE CHERCHER A ME FAIRE SOIGNER A L'ETRANGER SI UN TRAITEMENT N'EST PAS DISPONIBLE DANS MON PAYS ?.....	7
8 NOUS LES PATIENTS, DEVONS-NOUS TOUT PAYER A L'AVANCE ET ATTENDRE D'ETRE REMBOURSES PLUS TARD?	7
9 SUR QUOI POURRAIT SE FONDER UN REFUS D'AUTORISATION PREALABLE ?	8
10 RIEN DE PARTICULIEREMENT IMPORTANT POUR LES MALADIES RARES?	8
11 Y A-T-IL UN COÛT POUR LES CITOYENS NATIONAUX ET UN COÛT DIFFERENT POUR LES ETRANGERS ?.....	8
12 POUVONS-NOUS AUSSI DEMANDER LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE VOYAGE ET DE SEJOUR?	9
13 OU POUVONS-NOUS TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES SOINS DISPONIBLES DANS LES AUTRES ETATS MEMBRES?	9
14 SI QUELQUE CHOSE SE PASSE MAL, QUE PUIS-JE FAIRE ? QUI EST responsable ?.....	10
15 POUVONS-NOUS DEMANDER LE REMBOURSEMENT INTEGRAL DES PRINCIPAUXFRAIS ?.....	10
16 QUELS SONT LES SOINS SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE?.....	10
17 LES EM PEUVENT-ILS LIMITER LA PRISE EN CHARGE TRANSFRONTALIERE?	10
18 JUGEMENTS IMPORTANTS DE LA CEJ A AVOIR A L'ESPRIT.....	11
19 LA CEJ ET LE CAS GERAETS-SMITS & PEERBOOMS	11
20 LA CEJ ET LE CAS ELCHINOV	11
21 Glossaire.....	12

INTRODUCTION

La Directive, adoptée en mars 2011, représente un pas en avant pour améliorer l'accès des citoyens européens aux soins de santé. Non seulement elle propose aux professionnels de la santé des solutions pour une meilleure coopération entre Etats Membres (télémédecine, réseaux Européens de Référence...), mais elle indique aussi aux Etats Membres les initiatives à prendre pour faciliter l'accès aux soins dans d'autres Etats Membres que l'EM d'affiliation (celui où un patient paie ses impôts au bénéfice du système de soins de santé).

La Cour Européenne de Justice a confirmé que le droit d'obtenir des soins de santé dans d'autres pays de l'Union Européenne existe déjà dans le Traité. Par conséquent, la présente Directive ne crée pas de nouveaux droits pour les patients, ceux-ci existant déjà.

Cependant, la Directive ne sera utile que si tous les EM la transposent dans leur législation nationale, en pleine conformité avec les droits des patients, et ceci devrait être fait avant le 25 octobre 2013.

En conséquence, les patients et leurs organisations ont maintenant la possibilité de discuter avec leurs autorités de santé de la meilleure manière de mettre en œuvre la Directive pendant l'année à venir.

Une caractéristique de cette Directive est qu'elle propose de nombreuses options, à charge pour chaque EM de décider s'il les utilisera ou non.

Depuis 2006, EURORDIS fait les recommandations suivantes :

1. Les patients atteints de maladies rares devraient avoir le droit d'être traités dans un autre pays que celui de leur affiliation quand leur traitement n'est pas disponible dans leur pays de résidence.
2. Tous les coûts devraient être remboursés, y compris les frais de séjour et d'hébergement.
3. Les patients ne devraient pas avoir à payer à l'avance, et puis attendre d'être remboursés
4. Quand une autorisation préalable est requise, elle ne devrait pas dépendre d'une décision arbitraire, mais d'une jurisprudence constante (en évitant les demandes irréalistes d'information), et elle devrait être rapide, avec possibilité de faire appel en cas de décision négative (comme prévu par la Directive).

Pour préparer une discussion avec les autorités de santé, il faut souligner l'importance de certains articles de la Directive. Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Problème	Arguments à opposer	
	Article ou considérant de la Directive en notre faveur	Où trouver l'explication dans ce document ?
<p>Vos autorités de santé insistent sur le fait que les patients devraient toujours utiliser le formulaire S2 (anciennement E112) et exigent systématiquement une autorisation préalable.</p> <p>Ceci peut arriver quand un gouvernement juge la Directive inutile et n'est pas disposé à modifier en profondeur la procédure administrative de transposition de la Directive.</p>		Question 4 page 5

<p>Vos autorités de santé déclarent que les patients peuvent rechercher un second avis médical dans un autre pays, mais seulement en vue d'un diagnostic et non d'un traitement (et ce traitement est remboursé dans le pays d'affiliation).</p>	<p>Considérant 16, page 88/46</p>	
<p>Vos autorités de santé sont d'accord pour faciliter la prise en charge transfrontalière, mais seulement pour les maladies très rares</p>	<p>Considérant 55, page 88/51 <i>Les maladies rares sont celles dont le seuil de prévalence ne dépasse pas cinq personnes affectées sur 10000, conformément au règlement (CE) no 141/2000</i> Article 13.b, page 86/62</p>	
<p>Vos autorités de santé affirment que le patient devrait payer à l'avance et être remboursé ultérieurement (seulement s'il a obtenu une autorisation préalable)</p>	<p>Article 7.4, page 88/57</p>	<p>Question 7, page 7</p>
<p>Vos autorités de santé ne proposent pas d'efforts spécifiques en faveur des maladies rares par rapport aux maladies fréquentes</p>	<p>Article 13, page 88/62</p>	<p>Question 8 page 7</p>
<p>Les professionnels de santé proposent une tarification différente pour le même type de service, en fonction de la provenance du patient</p>	<p>Article 4.4, page 88/56</p>	<p>Question 9 page 7</p>
<p>Vos autorités de santé déclarent que les frais de voyage et de séjour ne sont pas pris en compte dans la Directive</p>	<p>Considérant 34, page 88/49 Article 7.4, page 88/58</p>	<p>Question 10 page 7</p>
<p>Vos autorités de santé déclarent que la Directive ne prévoit pas de remboursement intégral (des principaux frais) mais seulement dans la limite de ce qui serait remboursé dans votre pays</p>	<p>Article 7.4, page 88/58</p>	<p>Question 13 page 9</p>
<p>Vos autorités de santé refusent d'entamer un dialogue sur la liste des traitements nécessitant une autorisation préalable ou ne se montrent pas aussi transparentes que souhaité à propos de cette liste</p>	<p>Article 8.7, page 88/59</p>	<p>Question 14 page 9</p>
<p>Vos autorités de santé fixent des limites au nombre de patients d'autres EM qui pourront être traités dans le pays</p>	<p>Considérant 21, page 88/47 Article 7.9, page 88/58</p>	<p>Question 15 page 9</p>

1 | POURQUOI AVONS-NOUS A LA FOIS UN RÈGLEMENT ET UNE DIRECTIVE ?

Le Règlement 883/2004 a été adopté pour que soit garanti l'accès aux soins des travailleurs migrants et de leurs proches dans l'état de résidence. Il couvrait aussi les traitements reçus hors de l'état de résidence ou d'affiliation, aux conditions suivantes :

- Soins occasionnels : une personne qui se trouve à titre temporaire dans un autre EM a droit aux soins de santé qui deviendraient nécessaires pendant son séjour. Afin de prouver ses droits dans l'état de résidence, le patient devait soumettre un formulaire E111 dans l'état hôte (formulaire maintenant remplacé par la Carte Européenne d'Assurance Maladie - CEAM).
- Soins planifiés : les patients se rendant dans un autre EM pour se faire soigner doivent avoir obtenu une autorisation préalable de l'institution compétente de leur pays de résidence. Cette autorisation, certifiée par un formulaire S2 (anciennement E112), doit être accordée si le traitement, bien que disponible dans l'état de résidence, ne peut pas y être administré dans un délai justifiable sur le plan médical, ce qu'on appelle le « délai injustifiable ».



La Directive 2011/24 a été adoptée pour codifier les droits aux soins de santé à l'étranger, qui découlent directement des dispositions du Traité Européen relatives à la libre circulation des personnes, et qui existaient à côté des droits créés par le Règlement. Le Règlement existant 883/2004 a en effet été controversé, avec une longue série de recours légaux qui ont annulé dans des cas spécifiques l'exigence d'une autorisation préalable, permettant à des patients d'être remboursés de leurs frais de santé encourus à l'étranger.

2 | EN QUOI CES DEUX TEXTES DIFFERENT-ILS ?

La Directive devrait apporter clarté et sécurité légale aux patients. Comme l'a dit la parlementaire européen Irlandais Mairead McGuinness devant le Parlement Européen à Strasbourg, « le système doit être ciblé sur les patients. La nécessité d'une autorisation préalable et la liste fermée qui réduit le nombre des traitements transfrontaliers, ne doivent pas empêcher les patients de recevoir les soins dont ils ont besoin ».

L'autorisation préalable peut être envisagée :

- pour les soins de santé qui impliquent de passer au moins une nuit à l'hôpital ;
- pour les soins hautement spécialisés et coûteux ;
- dans des cas sérieux et spécifiques mettant en cause la qualité ou la sécurité des soins dispensés à l'étranger. Dans ces 3 cas, les patients peuvent avoir à solliciter à l'avance une autorisation auprès de leur autorité nationale en charge du remboursement ;

Même après l'adoption de cette législation, le Règlement 884/2004 continuera à exister et il se peut que des patients trouvent plus avantageux de solliciter des soins transfrontaliers sous le régime actuel plutôt que

sous la nouvelle Directive. Le Règlement 883/2004 prévoit que le patient peut être remboursé de frais de voyage raisonnables. Ce sera aux EM de décider s'ils payent ou non les frais de voyage et d'hébergement.

La Directive spécifie que la différence entre les coûts des traitements médicaux reçus dans un autre EM et les coûts des traitements s'ils avaient été reçus dans l'état de résidence, seront supportés par le patient, à moins que l'état de résidence accepte de payer le coût total du traitement.

Les principales différences sont résumées ci-dessous :

Règlement 883/2004 (E111/E112)

- *Autorisation préalable pour se faire soigner dans un autre pays que le pays d'affiliation : toujours nécessaire*
- *Si accordée : remboursement des frais réellement encourus.*

Nouvelle Directive 2011/24

- *Autorisation préalable non requise si le traitement est repris sur la « liste »*
- *S'il est sur la liste, remboursement sur la base des coûts dans le pays d'affiliation*

3 | LE FORMULAIRE S2 (EX-E112) EST-IL UTILE?

Oui, très utile ! Quand vous recevez, par l'intermédiaire du formulaire S2, l'autorisation de vous faire soigner dans un autre pays, non seulement tous les frais liés aux soins sont remboursés (même si ces frais sont plus élevés que dans le pays d'affiliation), mais les frais de voyage sont également remboursés. Caractéristiques du formulaire S2 :

- seulement pour les soins planifiés à l'avance (donc pas pour les urgences et les accidents)
- gratuit, fourni par l'assurance santé du patient
- lettre donnant la justification médicale
- autorisation préalable (expert)
- valable un an
- donne accès aux soins dans les conditions du pays dispensant ces soins
- le système de santé du pays dispensant les soins paie l'hôpital (pas tous les frais)
- pour une partie des coûts : paiement par le patient, puis remboursement par son assurance santé.

4 | POURQUOI LE FORMULAIRE S2 (EX-E1 1 2) N'EST-IL PAS ENTIÈREMENT SATISFAISANT ?

Les inconvénients du formulaire S2 sont :

- Il est arbitraire (autorisation préalable traitée par des conseillers qui ne sont pas forcément experts dans la maladie rare en question)
- Il s'applique surtout à des traitements bien établis (donc guère applicable aux maladies rares)
- Il s'applique au cas par cas (paperasse, délais)
- Il doit être renouvelé chaque fois qu'un patient se rend dans le pays où il est soigné
- Le patient paie une partie des frais, qui peut être élevée (remboursée, mais après un long délai)
-

5 | QU'EST-CE QUI EST IMPORTANT DANS LA NOUVELLE DIRECTIVE ?

La Directive invite l'EM à dresser la liste des traitements nécessitant une autorisation préalable.

Chaque EM devra créer un point de contact national où le public pourra trouver des informations sur quel type de soins est disponible dans quel pays européen et pour quel coût. Pour permettre aux patients de choisir en connaissance de cause, les points de contact les informeront sur leurs droits, ainsi que sur les aspects pratiques du recours à des traitements transfrontaliers (informations sur les dispensateurs de soins, la qualité et la sécurité, l'accessibilité des hôpitaux pour les personnes handicapées)

Exemple :

Exemple : un patient vit en Italie et se rend en République Tchèque pour recevoir un traitement spécifique. Ce traitement n'est pas sur la liste		
Règlement ou Directive	Règlement: formulaire S2 et autorisation préalable requise	Directive: pas d'autorisation préalable requise
Coût du traitement, Rép. Tchèque	30 000 €	30 000 €
Coût du traitement, Italie	26 000 €	26 000 €
Paiement d'avance par le patient * Parfois nul	3 000 €* Frais restants 27000 euros réglés à l'hôpital par le système de santé tchèque	30 000 €* L'assurance santé en Italie rembourse au patient 26000 euros, et non 30000
	L'assurance santé en Italie rembourse 3000 euros au patient	
Coût pour le patient	0 €	4 000 €

6 | QUEL TYPE DE PRISE EN CHARGE EST COUVERT PAR LA DIRECTIVE ?

La prise en charge dans le pays dispensant les soins peut inclure :

- La consultation
- L'examen
- La chirurgie
- Le traitement, y compris les médicaments

Le considérant n° 6 dit clairement que « Comme l'a confirmé la Cour de justice de l'Union européenne (ci-après dénommée la "Cour de justice") à plusieurs reprises, tout en reconnaissant leur caractère particulier, tous les soins médicaux, quelle qu'en soit la nature, relèvent du champ d'application du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ».

Le considérant n°16 définit avec précision les règles qui gouvernent l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux dans un pays différent :

« Aux fins du remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, la présente directive devrait couvrir non seulement la situation du patient qui reçoit des soins de santé dispensés dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation, mais également la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux lorsque ceux-ci sont fournis dans le cadre d'un service de santé.

La définition des soins de santé transfrontaliers devrait couvrir à la fois la situation du patient qui achète ces médicaments et dispositifs médicaux dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation et la situation du patient qui achète ces médicaments et dispositifs médicaux dans un État membre autre que celui dans lequel la prescription a été établie. »

7 | PUIS-JE CHERCHER A ME FAIRE SOIGNER A L'ETRANGER SI UN TRAITEMENT N'EST PAS DISPONIBLE DANS MON PAYS ?

L'autorisation préalable se rapporte au remboursement, non à l'accès au traitement. Si un traitement n'est pas disponible dans un EM et n'est pas inclus dans l'ensemble des traitements pris en charge, les autorités peuvent refuser l'autorisation préalable. Si un traitement est inclus dans cet ensemble mais n'est pas disponible, il y a sans doute alors un « délai injustifiable d'accès au traitement », et dans ce cas les autorités ne pourront probablement pas refuser. Le traitement dispensé à l'étranger sera remboursé.

D'habitude, les traitements remboursés sont définis de façon plutôt générale, mais si des listes plus précises existent (tels que des codes détaillés de facturation médicale), elles devront être utilisées pour les remboursements transfrontaliers.

8 | NOUS LES PATIENTS, DEVONS-NOUS TOUT PAYER A L'AVANCE ET ATTENDRE D'ETRE REMBOURSES PLUS TARD?

Au lieu de rembourser les patients, les EM d'affiliation peuvent aussi décider de payer le prestataire de soins directement. Il ne s'agit pas d'une obligation, mais d'une option dont l'Etat membre peut décider de faire usage, ou pas.

Ceci est expliqué dans l'article 7.4 :

“Les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus”.

Pour ce qui est des soins non-hospitaliers, les patients pourront se faire soigner à l'étranger sans autorisation ou formalités préalables, et demander le remboursement à leur retour chez eux.

9 | SUR QUOI POURRAIT SE FONDER UN REFUS D'AUTORISATION PREALABLE ?

Les motifs d'un refus doivent être fournis. Ils seront précisés de manière très claire, afin que soient évitées autant que possible les décisions arbitraires. Un EM d'affiliation peut refuser l'autorisation préalable :

- si le patient à la recherche de soins transfrontaliers va être exposé à des risques inacceptables pour sa sécurité,
- si la population générale va être exposée à un risque réel pour sa sécurité,
- si la prise en charge doit être assurée par un prestataire dont la conformité aux standards et lignes directrices de qualité et de sécurité suscite de sérieux doutes.
- ou si la prise en charge peut être assurée sur son territoire dans un délai justifiable sur le plan médical.

10 | RIEN DE PARTICULIEREMENT IMPORTANT POUR LES MALADIES RARES?

L'article 13 dit que La Commission Européenne et les EM devraient viser à :

a) « faire connaître aux professionnels de la santé les outils mis à leur disposition à l'échelle de l'Union pour les aider au diagnostic correct des maladies rares, en particulier la base de données Orphanet et les réseaux européens de référence;

b) faire connaître aux patients, aux professionnels de la santé et aux organismes responsables du financement de soins de santé les possibilités offertes par le règlement (CE) no 883/2004 pour le transfert de patients atteints de maladies rares vers d'autres États membres, même pour des diagnostics et des traitements qui ne sont pas disponibles dans l'État membre d'affiliation. »

En d'autres termes, les institutions européennes insistent sur les dispositions du Règlement et sur l'utilité du formulaire S2.

11 | Y A-T-IL UN COÛT POUR LES CITOYENS NATIONAUX ET UN COÛT DIFFERENT POUR LES ETRANGERS ?

Comme l'explique l'article 4.4, il ne devrait pas y avoir de différence :

« Les États membres garantissent que les prestataires de soins de santé appliquent, sur leur territoire, aux patients d'autres États membres le même barème d'honoraires de soins de santé que pour des patients nationaux se trouvant dans une situation médicale comparable, ou qu'ils appliquent un prix calculé sur la base de critères objectifs et non discriminatoires s'il n'existe pas de prix comparable pour les patients nationaux »

12 |
PO
UV

POUVONS-NOUS AUSSI DEMANDER LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE VOYAGE ET DE SEJOUR?

Oui, le remboursement d'« autres coûts » est mentionné dans le considérant 34 et dans l'article 7.4. Les EM sont libres de le faire, et donc les organisations de patients devraient recommander à leurs autorités nationales d'utiliser cette option.

“Les Etats membres sont libres, par exemple, de rembourser les frais supplémentaires, tels que les frais de déplacement et d'hébergement, ou les frais supplémentaires liés aux personnes handicapées même si ces frais ne sont pas remboursés dans le cas de soins procurés sur leur territoire.”

13 | OÙ POUVONS-NOUS TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES SOINS DISPONIBLES DANS LES AUTRES ETATS MEMBRES?

Le considérant 48 donne des informations sur la prise en charge transfrontalière :

« Une information adéquate sur tous les aspects essentiels des soins de santé transfrontaliers est nécessaire pour permettre aux patients d'exercer effectivement leurs droits à des soins de santé transfrontaliers. Dans le cas des soins de santé transfrontaliers, l'un des moyens de communiquer cette information consiste à mettre en place, dans chaque État membre, des points de contact nationaux ».

14 | SI QUELQUE CHOSE SE PASSE MAL, QUE PUIS-JE FAIRE ? QUI EST RESPONSIBLE ?

Le dépôt de plaintes et les responsabilités sont expliqués dans l'article 4.2(c) :

« L'EM de traitement veille à ce que ...soient mis en place des procédures transparentes permettant aux patients de déposer plainte et des mécanismes pour demander réparation conformément à la législation de l'État membre de traitement, s'ils subissent un préjudice dans le cadre des soins de santé qu'ils reçoivent ».

15 | POUVONS-NOUS DEMANDER LE REMBOURSEMENT INTEGRAL DES PRINCIPAUX FRAIS ?

Oui ! Voir l'article 7.4 :

« Lorsque l'intégralité du coût des soins de santé transfrontaliers est supérieure au montant qui aurait été pris en charge si les soins avaient été dispensés sur son territoire, l'État membre d'affiliation peut décider néanmoins de rembourser l'intégralité du coût. »

Chaque EM peut décider (si on l'y invite...) de rembourser l'intégralité des frais, dans les cas où les frais réels dépassent ceux qui auraient été remboursés dans le pays d'affiliation. Les EM qui souhaitent aider les patients atteints de maladies rares ont la faculté de choisir cette option, laquelle n'est cependant pas obligatoire.

16 | QUELS SONT LES SOINS SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE?

Article 8.7:

« L'État membre d'affiliation rend publique la liste des soins de santé soumis à autorisation préalable aux fins de la présente directive, ainsi que toute information pertinente relative au système d'autorisation préalable ».

L'établissement des listes (qui indiqueront pour quelles maladies il ne sera pas demandé d'autorisation préalable) sera du ressort de chaque EM et dépendra certainement de la capacité des organisations de patients à défendre leur cause au niveau national.

17 | LES EM PEUVENT-ILS LIMITER LA PRISE EN CHARGE TRANSFRONTALIERE?

Le considérant 21 explique que l'afflux des patients peut créer une demande excédant les capacités existantes dans un EM pour un traitement donné. Dans de tels cas exceptionnels, l'EM devrait se réserver la possibilité de remédier à cette situation en arguant d'un motif de santé publique.

En effet, les gouvernements des EM sont responsables de la planification des services de traitement et de l'allocation des budgets nécessaires. Si un EM estime avoir besoin de scanners 300-CT pour sa population et en cas d'afflux de patients venant d'autres EM, ces scanners 300-CT ne peuvent plus répondre à la demande, ou bien les délais seront trop longs ; l'EM peut alors décider d'acquérir plus de scanners –CT ou de limiter le nombre de patients venant d'autres EM.

18 | JUGEMENTS IMPORTANTS DE LA CEJ A AVOIR A L'ESPRIT

Depuis 1995, tous les jugements de la Cour Européenne de Justice (CEJ) ont tranché systématiquement en faveur des patients, se fondant sur le principe de la libre circulation des biens, des services et des personnes, tel qu'il est inscrit dans le Traité de l'UE :

- Decker 1995 et Kohll 1996
- Vanbraekel 1998
- Müller-Faurel 1999
- Geraets-Smits-Peerbooms 2001
- Leichtle 2002
- Inizan 2003
- Idryma Koinonikon Asfaliseon 2003
- Watts 2004
- Elchinov 2010

Ces jugements peuvent être trouvés sur : <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>

19 | LA CEJ ET LE CAS GERAETS-SMITS & PEERBOOMS

Le 10/12/1996, Mr. Peerbooms tomba dans le coma à la suite d'un accident de la route. Le 22/02/1997 il fut conduit à l'hôpital aux Pays Bas, puis transféré à l'état végétatif à la Clinique Universitaire d'Innsbruck, Autriche. Cette clinique administra à Mr Peerbooms une thérapie intensive à base de neuro-stimulation.

Le 20/06/1997 Mr Peerbooms sortit de son coma et quitta la clinique d'Innsbruck. Rentré aux Pays Bas, le remboursement des soins reçus en Autriche lui fut refusé car la neur-stimulation ne faisait pas partie du « panier de soins néerlandais » (ne figurait pas sur la liste des remboursements aux Pays Bas).

La Cour statua ainsi :

- L'autorisation d'aller chercher un traitement dans un autre EM ne peut être refusée dès lors qu'il apparaît que le traitement en question a été suffisamment expérimenté et testé par la science médicale au niveau international.
- L'autorisation ne peut être refusée si le traitement ne peut être obtenu dans le pays de résidence qu'après un long délai.

En d'autres termes, la Cour statua que Mr Peerbooms aurait dû être remboursé. Cette décision de la Cour ne serait pas nécessairement utilisable ailleurs qu'aux Pays Bas où le panier de prise en charge est défini comme « prise en charge normale par les milieux professionnels concernés ».

20 | LA CEJ ET LE CAS ELCHINOV

Mr Elchinov, Bulgare, souffrait d'une forme rare de cancer de l'œil. Le 9/03/2007 il demanda à NZOK (organisme de sécurité sociale bulgare) le formulaire S2 (ex-E112) pour bénéficier d'un traitement de pointe à Berlin (dispositifs radioactifs, thérapie aux protons), car ce traitement n'existait pas en Bulgarie.

Avant d'avoir reçu une réponse du NZOK, il fut admis en urgence à Berlin le 15/03/2007 car son état de santé se dégradait.

Le 18/04/2007, après son traitement à Berlin, il reçut du NZOK une réponse négative, sous prétexte que le traitement en question ne figurait pas parmi ceux prévus par la législation bulgare pour être remboursables par le NZOK. En Bulgarie, seule l'énucléation était disponible et donc remboursée.

Mr Elchinov fit appel à un expert qui confirma que le traitement de pointe n'était pas encore disponible en Bulgarie. Cependant, NZOK en appela à la Cour Suprême Administrative et Mr Elchinov s'adressa en dernier ressort à la Cour de Justice de l'Union Européenne.

Le jugement déclara que:

« L'autorisation ne peut être refusée si :

- la liste des traitements remboursés ne spécifie pas expressément et avec précision la méthode de traitement employée
- mais définit les types de traitement remboursés
- Il apparaît que la méthode de traitement en question correspond à des types de traitement figurant sur cette liste,

et si

- il n'est pas possible d'administrer un traitement alternatif d'efficacité égale sans créer un délai injustifiable dans l'EM de résidence de la personne assurée ».

En d'autres termes :

Si la liste bulgare dit :	Si la liste bulgare dit :
Type de traitement couvert: « pour un cancer des yeux: traitement radiologique ou chirurgical »	Type de traitement couvert : « pour un cancer des yeux, uniquement l'énucléation »
alors, le traitement de la thérapie aux protons pratiquée à Berlin ne peut être refusé.	alors, le remboursement de la thérapie aux protons pratiquée à Berlin peut être refusé.
	Seul le coût équivalent au coût de l'énucléation sera remboursé.

La leçon est la suivante : plus la liste des traitements remboursables est précise, plus il est difficile d'obtenir le remboursement d'un type différent de traitement dispensé dans un autre pays que celui d'affiliation.

21 | GLOSSAIRE

- **Soins de santé transfrontaliers** : soins dispensés ou prescrits dans un EM autre que l'EM d'affiliation.
- **Dispensateur de soins** : toute personne physique ou morale ou toute autre entité fournissant légalement des soins sur le territoire d'un EM. Il peut s'agir d'un professionnel de la santé, d'un hôpital, d'une clinique ...
- **Personne assurée** : nationaux d'un EM, apatrides et réfugiés résidant dans un EM qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou plusieurs EM. Sont compris les membres de leurs familles et leurs survivants.

Sont également assurés les nationaux d'un pays tiers qui remplissent les Conditions stipulées dans le Règlement (CE) n°859/2003 ou le Règlement (EU) N°1231/2010.

- **EM d'affiliation (pays d'affiliation)** : le pays où la personne assurée doit solliciter une autorisation préalable afin de recevoir un traitement approprié hors de l'EM de résidence.
- **EM de résidence** (pays de résidence) : là où la personne assurée vit.
- **EM de traitement** : l'EM sur le territoire duquel le traitement est effectivement administré au patient. Dans le cas de la télémédecine, on considère que les soins sont fournis dans l'EM où le dispensateur de soins est établi..

Ce document a été préparé par :

François Houyez, Directeur pour la Politique de la Santé, EURORDIS

Contact: francois.houyez@eurordis.org or tel: + 33 1 56 53 52 18. Web: www.eurordis.org

Avec des contributions de Flaminia Macchia, Directeur pour les Affaires Publiques de l'EU, EURORDIS
