Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Division des affaires communautaires
et internationales (DACI)

Personne chargée du dossier :
Irène JASMIN-SVERDLIN
Tél. : 01 40 56 70 84
Fax : 01 40 56 72 55
Email : irene.jasmin-sverdlin@sante.gouv.fr

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

à

Monsieur le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,

Monsieur le directeur général de la caisse nationale du régime social des indépendants,

Monsieur le directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole,
sous couvert de Monsieur le ministre
de l'agriculture et de la pêche,

Mesdames et Messieurs les directeurs ou responsables
des caisses, organismes ou services assurant la gestion
d'un régime spécial ou autonome de sécurité sociale,

Monsieur le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale,

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Direction de la solidarité et de la santé (Corse), Directions de la santé et du développement social (Guadeloupe, Guyane, Martinique), Direction départementale de la sécurité sociale (Réunion).

CIRCULAIRE N°DSS/DACI/2008/242 du 21 juillet 2008 relative à la prise en charge des soins reçus dans un autre Etat membre de l'UE – EEE.

Date d'application : immédiate
NOR : SJSS0830730C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : assurance maladie, maternité, décés

Résumé : Le décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France a posé le principe du remboursement par les organismes d'assurance maladie français des dépenses de soins exposées par leurs bénéficiaires dans un autre pays de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen en introduisant dans le code de la sécurité sociale les articles R. 332-2 à R. 332-6. La Commission européenne a engagé une procédure d'infraction contre l'Etat français, afin notamment que soit intégrée dans sa réglementation une disposition issue de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Il s'agit d'appliquer un complément différentiel égal à la différence entre le montant du remboursement qui aurait été accordé par l'institution de l'Etat d'affiliation et le montant qui a été accordé par l'institution du lieu de séjour.

Mots-clés : Union européenne - Espace économique européen - libre prestation de services - libre circulation des marchandises - prestations en nature maladie-maternité - remboursement des frais des soins reçus dans un autre Etat membre.

Textes de référence : - Traité instituant la Communauté européenne, articles 28, 30, 49 et 50,
- Règlement 1408/71 du 14 juin 1971, article 22, paragraphe 1, sous a,
- Code de la sécurité sociale (CSS), articles L. 332-3 et R. 332-2 à R. 332-6,
- Code de la santé publique (CSP).

Textes modifiés et complétés : - Circulaire n° DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005.

Annexes : néant

Dans l'arrêt *Vanbraekel* du 12 juillet 2001, la Cour de justice a considéré qu'un assuré social ayant reçu une autorisation préalable, dans le cadre des dispositions de l'article 22, paragraphe 1, sous c), du règlement CE n° 1408/71, pour recevoir des soins hospitaliers dans un autre Etat membre pouvait, après en avoir obtenu le remboursement des frais en cause de la part de l'institution d'assurance maladie du lieu de séjour, obtenir en outre de son institution d'affiliation un complément de remboursement égal à la différence entre le montant du remboursement qui aurait été accordé par cette institution (selon la voie jurisprudentielle) et le montant qui a été accordé par l'institution du lieu de séjour (voie du règlement).
Le corollaire est que, d'une part, l'autorisation préalable donnée pour recevoir des soins hospitaliers dans un autre Etat vaut à la fois pour la voie jurisprudentielle et la voie du règlement, l'assuré ayant le choix de la voie suivie et que, d'autre part, l'assuré peut, **quel que soit le mode de remboursement choisi, bénéficier le cas échéant, d'un complément de remboursement par son institution d'affiliation.**

Les conclusions du groupe de travail « Impact des flux migratoires sur les dépenses de santé françaises », que j'ai mis en place en décembre 2006, au sein duquel sont représentés l'ensemble des organismes d'assurance maladie, font apparaître que, **même si cette jurisprudence est d'ores et déjà appliquée par les caisses**, celles-ci sont confrontées à de nombreuses difficultés concrètes. Ainsi, les représentants des organismes ont-ils relevé que l'absence de référentiel commun pour comparer le coût d'un soin dans un autre Etat et celui du même soin en France et les lenteurs de la coopération entre institutions partenaires constituaient un obstacle pour parvenir à un calcul satisfaisant du complément différentiel éventuel. Par ailleurs, les efforts déployés pour parvenir au calcul allongent les délais de traitement et alourdissent la charge de gestion de telle sorte que, que pour des montants remboursés de faible importance, le complément différentiel apparaît impossible à mettre en œuvre. Enfin, il existe un risque de double remboursement pour un même soin.

Conscient de ces difficultés, **je vous demande néanmoins de continuer à faire le nécessaire pour mettre en œuvre le dispositif de complément différentiel, en cas de demande de l'assuré.**

A cet égard, je vous rappelle que sont visées toutes les situations pour lesquelles les assurés et leurs ayants droit ont reçu des soins dans un autre Etat membre ayant donné lieu soit à une prise en charge ou à un remboursement, soit par l'institution du lieu de séjour en application de l'article 22 du règlement n° 1408/71, soit à l'avance des frais par l'assuré à l'établissement ou au professionnel de santé, qu'il s'agisse de soins devenus nécessaires pendant un séjour ou de soins programmés, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou de soins de ville, qu'ils se traduisent par des achats de services de professionnels de santé ou par des achats de produits sanitaires.

Les intéressés doivent avoir supporté tout ou partie des dépenses correspondant à ces soins. Un remboursement complémentaire ne peut en effet être envisagé que si les demandeurs ont gardé tout ou partie de la charge des soins reçus : soins non pris en charge par le régime local, soins pris en charge ou remboursés partiellement ou participations prévues des patients (tickets modérateurs, franchises, forfaits au temps ou à l'acte …).

Pour qu'intervienne un remboursement complémentaire il faut que soit constatée une différence positive

entre, d'une part, le montant qui aurait été pris en charge par la caisse française si les mêmes soins avaient été reçus en France et, d'autre part, le montant du coût supporté par l'institution du lieu de séjour en application de l'article 22 du règlement n° 1408/71. C'est cette différence, si elle existe et si elle est positive, qui permet de prendre en charge à due concurrence le montant acquitté par l'assuré et non remboursé sur place par l'institution du lieu de séjour (reste à charge, franchise, soins non remboursés ou pris en charge …).

Comme indiqué plus haut, ce dispositif de remboursement complémentaire crée à l'évidence des charges de gestion supplémentaires et allonge parfois considérablement la durée totale de traitement des dossiers pour des soins reçus dans un autre Etat membre. S'il trouve tout son intérêt pour des dépenses d'une certaine importance, liés notamment à des soins hospitaliers ou à des actes techniques d'une certaine cotation, c'est évidemment pour des dépenses de faible importance, telles que la consultation d'un médecin ou l'achat de quelques médicaments, que le rapport coût – avantage est le plus faible, tant pour l'assuré (délais de traitement) que pour la caisse d'assurance maladie.

Dès lors il convient de donner toute l'information nécessaire aux bénéficiaires potentiels pour éviter la multiplication de demandes qui s'avèreraient d'emblée non fondées (soins non pris en charge en France, absence de dépenses restant à la charge de l'assuré, absence de preuve des dépenses engagées …) et qui ne pourraient qu'être rejetées.

Enfin, il convient bien sûr d'intégrer ce dispositif de remboursement complémentaire ou de complément différentiel dans le suivi statistique de la prise en charge des soins reçus hors de France prévu par ma circulaire n° DSS/DACI/2005/235 du l9 mai 2005. Il fera l'objet d'un **premier bilan d'étape, quantitatif et qualitatif, dès la fin de l'année 2008**. A cet égard, je vous demande de me communiquer, en sus des éléments statistiques annuels, à cette même échéance un état détaillé des difficultés concrètes de mise en œuvre de ce dispositif

Mes services demeurent, bien entendu, à votre disposition pour vous apporter toute l'aide qui sera nécessaire dans le traitement des situations qui se présenteront dans vos organismes.

Pour la ministre et par délégation,
le directeur de la sécurité sociale :

Dominique LIBAULT