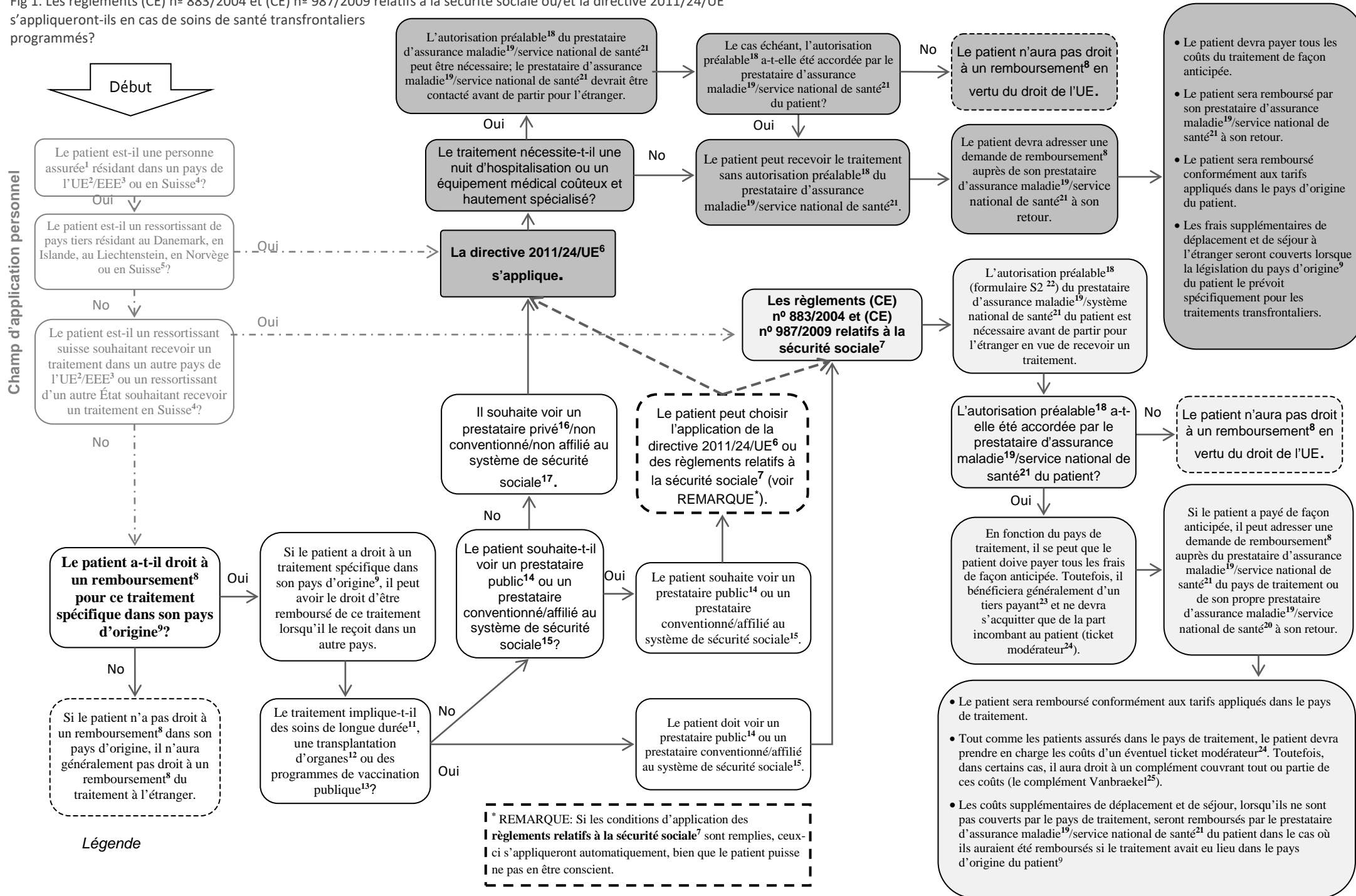




Arbre décisionnel pour les PCN – Traitement transfrontalier programmé


Fig 1. Les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale ou/et la directive 2011/24/UE s'appliqueront-ils en cas de soins de santé transfrontaliers programmés?



 = Champ d'application personnel

 = Voie prévue par la directive 2011/24/UE

 = Voie prévue par les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale

 = Remarque: priorité accordée aux règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale.

! Attention, la situation suivante n'est pas envisagée dans l'arbre décisionnel

Lorsque le patient travaille dans un État membre et réside dans un autre État membre, il aura droit aux soins de santé tant dans son pays d'origine (c'est-à-dire l'État membre de résidence, où il est affilié au système de santé obligatoire) que dans l'État membre de travail (c'est-à-dire l'État membre compétent, aux frais duquel il a droit aux soins de santé dans son État membre de résidence).

Plus précisément, la personne assurée et les membres de sa famille ont également droit aux soins de santé lorsqu'ils séjournent dans l'État membre compétent. L'État membre compétent dispensera les soins de santé à ses propres frais, conformément à sa législation, comme si la personne concernée résidait dans cet État membre (article 18 du règlement (CE) n° 883/2004). Dans certains États membres, ce principe continuera de s'appliquer aux retraités et aux travailleurs frontaliers retraités [articles 27 et 28 du règlement (CE) n° 883/2004].

Dans certains États membres, les membres de la famille d'un travailleur frontalier sont exclus de ce régime.

Glossaire et précisions:

| Champ d'application personnel | |
|---|---|
| ¹ Personne assurée | L'arbre décisionnel ne s'applique qu'aux travailleurs salariés ou non salariés (actifs ou retraités) et aux membres de leur famille qui résident dans un État membre de l'UE ² /EEE ³ ou en Suisse ⁴ et qui sont assujettis à la législation en matière de sécurité sociale d'un ou plusieurs de ces États. Il en va de même pour les ressortissants de pays tiers et les membres de leur famille qui résident légalement dans un État membre de l'UE ² /EEE ³ ou en Suisse ⁴ . (! Pour les ressortissants de pays tiers résidant au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse ⁵ , seule la voie prévue par la directive 2011/24/UE ⁶ s'applique). |
| ² Union européenne (UE) | Les 28 pays suivants sont membres de l'Union européenne (UE): <i>Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède et Tchéquie.</i> |
| ³ Espace économique européen (EEE) | L'Espace économique européen (EEE) inclut, en plus des 28 États membres de l'UE, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. |
| ⁴ Suisse | Dès lors que la voie prévue par la directive 2011/24/UE ⁶ exclut la Suisse, en vertu du droit de l'Union, les ressortissants suisses/de pays tiers (non-ressortissants de l'UE ² /EEE ³) résidant en Suisse ne peuvent bénéficier de soins de santé transfrontaliers qu'en vertu des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale. Il en va de même pour les ressortissants de l'UE ² /EEE ³ et de pays tiers (non ressortissants de l'UE ² /EEE ³) qui souhaitent recevoir un traitement transfrontalier en Suisse. (! Dans le cas de la Suisse, seule la voie prévue par les règlements relatifs à la sécurité sociale s'applique). |
| ⁵ Ressortissants de pays tiers résidant | Les ressortissants de pays tiers (non ressortissants de l'UE ² /EEE ³) résidant au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse sont exclus des règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale ⁷ . (! Pour les ressortissants de pays tiers se trouvant au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, seule la directive 2011/24/UE ⁶ s'applique). |
| Droit de l'Union | |
| ⁶ Directive 2011/24/UE | Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. |
| ⁷ Règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale | <ul style="list-style-type: none"> - Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale - Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale |
| Glossaire | |
| ⁸ Remboursement | Remboursement d'un patient par le service national de santé/système d'assurance maladie national pour des services de santé couverts par le régime de sécurité sociale. |

| | |
|---|--|
| ⁹ Pays d'origine | Le pays d'affiliation au système de sécurité sociale et dont la législation s'applique à la personne assurée (État membre de résidence), que ce soit au nom d'un autre État membre ou non (à savoir ,l'État membre compétent ¹⁰). |
| ¹⁰ État membre compétent | État membre dont le système de sécurité sociale assure le patient concerné au moment du traitement transfrontalier, ou auprès du système de sécurité sociale duquel le patient concerné est assujéti au moment du traitement transfrontalier. |
| ¹¹ Soins de longue durée | Services dans le domaine des soins de longue durée dont le but est d'aider les personnes qui ont besoin d'aide (non médicale) pour accomplir des tâches quotidiennes courantes, par exemple, maisons de soins. |
| ¹² Transplantation d'organes. | Attribution d'organes et accès à ceux-ci à des fins de transplantation (à l'exception de l'acte chirurgical de transplantation en soi). |
| ¹³ Programmes de vaccination publique | Programmes de vaccination publique contre des maladies infectieuses, qui visent exclusivement à protéger la santé de la population sur le territoire d'un État membre et qui sont soumis à des mesures spécifiques de planification et d'exécution. |
| ¹⁴ Prestataire de soins de santé public | Prestataire de soins de santé qui travaille au sein du service national de santé ²¹ /régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ . |
| ¹⁵ Prestataire de soins de santé conventionné/affilié au système de sécurité sociale | Prestataires de soins de santé publics ¹⁴ qui travaillent au sein du service national de santé ²¹ /régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ , ainsi que dans certains États membres, prestataires privés autorisés à fournir des services de santé couverts par le service national de santé ²¹ /régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ . |
| ¹⁶ Prestataire de soins de santé privé | Prestataire de soins de santé qui travaille indépendamment du service national de santé ²¹ /régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ . |
| ¹⁷ Prestataire de soins de santé non conventionné/non affilié au système de sécurité sociale | Prestataires de soins de santé privés ¹⁶ qui travaillent au sein du secteur privé de la santé et qui n'ont pas le droit de fournir des services de santé couverts par le service national de santé ²¹ /régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ . |
| ¹⁸ Autorisation préalable | Autorisation que les patients doivent obtenir de la part de leur service national de santé ²¹ /prestataire d'assurance maladie ¹⁹ avant leur voyage à l'étranger, afin de bénéficier d'un remboursement garanti de leur traitement transfrontalier. |
| ¹⁹ Prestataire d'assurance maladie | Prestataire d'une assurance maladie au titre du régime d'assurance maladie obligatoire ²⁰ (caisse ou fonds d'assurance maladie, compagnie d'assurance maladie, etc.). |
| ²⁰ Assurance maladie nationale/assurance maladie obligatoire | L'assurance maladie obligatoire est le système de financement au sein du régime de sécurité sociale qui couvre les dépenses en soins de santé des citoyens d'un pays. |
| ²¹ Service national de santé ou systèmes de soins de santé de type «service national de santé» | Systèmes de soins de santé contrôlés par le gouvernement, qui sont responsables de la prestation de services de santé financés par l'État pour tous les citoyens de leur pays (par exemple, le NHS au Royaume-Uni). |
| ²² Formulaire S2 | Document attestant la réception d'une autorisation préalable émanant du service national de santé ²¹ /l'institut national d'assurance maladie ²⁰ du patient lui permettant de bénéficier d'un traitement transfrontalier programmé, conformément aux règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 relatifs à la sécurité sociale ⁷ (ancien formulaire E112). |
| ²³ Tiers payant | Le tiers payant désigne le paiement direct du prestataire de soins de santé par le service national de santé ²¹ /l'institut national d'assurance maladie ²⁰ . En conséquence, le patient profite du traitement gratuitement au point d'utilisation et ne doit payer que la part des coûts qui lui incombe (ticket modérateur). |

| | |
|--|--|
| <p>²⁴ Ticket modérateur</p> | <p>Montant déboursé fixe qui ne sera pas couvert par le service national de santé²¹/l'assurance maladie obligatoire²⁰, mais que l'assuré devra payer directement au prestataire de soins de santé/à l'hôpital ou à toute autre institution pour les services de santé fournis; en d'autres termes, il s'agit de la part des frais médicaux qui reste à la charge du patient.</p> |
| <p>²⁵ Complément Vanbraekel</p> | <p>Le complément Vanbraekel consiste en une intervention financière complémentaire lorsque le patient a effectivement pris lui-même en charge tout ou partie des frais médicaux (ticket modérateur²⁴) du traitement transfrontalier pour lequel il disposait d'une autorisation préalable¹⁸ (formulaire S2²²), et si le barème de remboursement à l'étranger est inférieur aux coûts qui auraient dû être remboursés si le même traitement avait été prodigué dans l'État membre du patient. Dans ce cas, le service national de santé²¹/prestataire d'assurance maladie¹⁹ compétent doit rembourser le patient, <i>sur demande</i>, à concurrence du montant de la différence entre les deux taux de remboursement (sans dépasser les coûts effectivement supportés par le patient) [article 26, paragraphe 7, du règlement (CE) n° 987/2009].</p> |