

Droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

2008/0142(COD) - 04/09/2015 - Document de suivi

La Commission a présenté un rapport sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

La directive 2011/24/UE est entrée en vigueur le 24 avril 2011. Elle devait être transposée par les États membres pour le 25 octobre 2013 et apporte des précisions quant au droit des patients de demander le remboursement des soins de santé dont ils ont bénéficié dans un autre État membre.

Le rapport décrit la situation actuelle en ce qui concerne la transposition, et couvre les dispositions les plus importantes, comme le recours à l'autorisation préalable, le niveau de mobilité des patients, les pratiques de remboursement, les informations destinées aux patients et la coopération au titre de la directive. Il examine aussi l'utilisation des pouvoirs délégués.

Les principales conclusions du rapport sont les suivantes :

État de la transposition : des procédures d'infraction ont été engagées contre 26 États membres pour notification tardive ou incomplète des mesures correspondantes. En date du 1er juillet 2015, quatre procédures d'infraction restaient ouvertes, et les quatre États membres concernés s'étaient fermement engagés à régler les problèmes en suspens.

Mobilité des patients : le rapport constate que **le niveau de mobilité des patients qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins de santé programmés reste bas**, alors qu'il paraît être beaucoup plus élevé quand il s'agit de soins de santé non programmés. La France, le Luxembourg et, éventuellement, la Finlande et le Danemark semblent faire exception à cette observation générale.

En ce qui concerne les traitements qui ne sont pas soumis à autorisation préalable, la Finlande, la France et le Luxembourg ont rapporté une activité considérable, avec respectivement 17.142, 422.680 et 117.962 remboursements. Ces chiffres globaux combinent des données relatives aux règlements de sécurité sociale et de la directive.

Vingt États membres ont fourni des données concernant les remboursements effectués exclusivement au titre de la directive. Pour ces pays, un total de 39.826 remboursements a été effectué, dont 31.032 déclarés par le seul Danemark.

Le niveau d'utilisation des soins de santé programmés à l'étranger est nettement inférieur aux niveaux potentiels que laisse entrevoir le nombre de personnes qui, dans l'enquête Eurobaromètre, se déclarent disposées à envisager de recourir à des soins de santé transfrontaliers. La Commission estime qu'il peut y avoir plusieurs raisons à cela :

1°) **certains États membres ont tardé à mettre la directive en application**, ce qui aura une influence sur le nombre de personnes susceptibles d'en faire usage durant l'année 2014 ;

2°) comme l'indique aussi l'enquête Eurobaromètre, **le nombre de citoyens qui ont connaissance de leurs droits généraux au remboursement est extrêmement faible**. Même quand les citoyens connaissent leurs droits, dans plusieurs États membres, il est difficile pour les patients d'en savoir plus sur les moyens de faire usage de ces droits dans la pratique ;

3°) si certains États membres font des efforts pour faciliter les droits des patients aux soins de santé transfrontaliers, dans de nombreux autres États membres, les patients se heurtent à **des obstacles considérables qui ont été mis en place par les systèmes de santé** et qui, dans certains cas du moins, semblent être le résultat de choix politiques délibérés:

- certains des systèmes d'autorisation préalable existants ont une envergure qui ne paraît pas justifiée par le nombre actuel des demandes;
- souvent, il est difficile de savoir exactement quels traitements requièrent une autorisation préalable;
- les barèmes de remboursement inférieurs à ceux pratiqués dans l'État membre d'origine ont un effet clairement dissuasif;
- il y a aussi des contraintes administratives fastidieuses qui peuvent fort bien décourager les patients.

Il se peut que la demande de soins de santé transfrontaliers soit naturellement assez basse pour un certain nombre de raisons:

- patients peu enclins à voyager (par exemple, pour ne pas s'éloigner de leur famille ou parce que le système national leur est plus familier);
- barrières linguistiques; écarts de prix entre les États membres;
- délais d'attente acceptables pour recevoir un traitement dans l'État membre d'affiliation.

Le rapport note également qu'une partie de la demande qui existe peut être satisfaite dans le cadre d'accords bilatéraux locaux passés entre certains États membres. Cependant, **il n'est pas possible de conclure, pour l'heure, que l'utilisation des soins de santé transfrontaliers reflète fidèlement la demande potentielle.**

Toutefois, l'impact de la directive devrait être envisagé dans une perspective plus large que celle des soins de santé transfrontaliers uniquement. Elle a contribué à **alimenter plusieurs débats en cours** dans beaucoup d'États membres à propos d'une réforme des soins de santé.

Points de contact nationaux (PCN) et informations destinées aux patients : la directive contient un nombre important de dispositions relatives à la transparence qu'il convient de garantir aux patients quant à leurs droits et à la qualité et la sécurité des services de soins de santé. La question de savoir **de quelles informations les patients ont besoin et comment il convient de les fournir** restera probablement à l'ordre du jour pendant un certain temps encore.

La directive offre à la Commission et aux États membres un cadre approprié (et un forum, sous la forme du réseau des PCN, qui se réunit régulièrement) pour l'échange d'idées sur les options qui permettraient de relever ce défi.

Compte tenu des différences significatives entre les PCN, dans leur mode de fonctionnement comme dans la qualité des informations qu'ils fournissent, la Commission suggère **d'explorer des approches communes ou de formuler des lignes directrices** concernant les activités des PCN dans les discussions futures.

Coopération transfrontalière : les pressions qui s'exercent sur les services de santé se traduisent par un intérêt accru pour une collaboration transfrontalière permettant de mieux utiliser les ressources. Si les premiers travaux entrepris jusqu'à présent par la Commission ont esquissé quelques pistes d'action au niveau de l'Union (par exemple, l'échange de bonnes pratiques mises en évidence par des projets fructueux; la formulation de listes de contrôle pour les acteurs qui envisagent une collaboration transfrontalière), il est clair qu'elles serviront seulement à soutenir des activités nationales ou locales.

La coopération entre les systèmes de santé a créé un nouveau cadre de collaboration pour les États membres. Cela pourrait présenter **des avantages concrets** pour les systèmes de santé dans l'ensemble de l'Union. Pour n'en citer qu'un exemple, **les réseaux européens de référence (RER) pourraient améliorer l'accès aux soins dans des domaines où l'expertise disponible est limitée, comme les maladies rares/à faible prévalence et complexes**. Pour réaliser ce potentiel, un soutien et un engagement constants seront nécessaires de toutes parts.

Les premiers travaux entrepris par la Commission montrent qu'il existe un nombre limité de **projets transfrontaliers** susceptibles de constituer une source d'enseignements utiles pour les parties qui envisagent de s'engager dans cette voie. Ils ont aussi permis de circonscrire des domaines spécifiques où une intensification de la collaboration transfrontalière pourrait améliorer sensiblement la situation des patients, par exemple **en matière d'accès aux soins d'urgence en cas d'infarctus du myocarde**.

Le succès de la collaboration transfrontalière passe nécessairement par un engagement important des acteurs au niveau local, avec l'appui des autorités nationales. La prochaine étape consistera à **déterminer quelles sont, au niveau l'Union, les activités et les meilleures pratiques** qui peuvent contribuer à la mise en œuvre d'une véritable collaboration transfrontalière, créatrice de valeur ajoutée. Il convient aussi de recenser les zones géographiques susceptibles de bénéficier de cette collaboration.

Télémédecine : les progrès de la technologie font que les services de «télémédecine» (notamment les pharmacies en ligne) sont vraisemblablement **appelés à se répandre et à gagner en importance** dans un avenir immédiat. La Commission juge donc utile d'examiner si et comment les règles actuellement en vigueur (par exemple, en ce qui concerne la législation applicable; l'accès aux traitements et leur remboursement) doivent être complétées et clarifiées.

Actes délégués : la Commission est d'avis que les pouvoirs délégués conférés par la directive 2011/24/UE devraient rester en vigueur.

Le domaine des **médicaments et dispositifs médicaux** est un de ceux où des changements peuvent survenir rapidement. Bien qu'il ne soit pas nécessaire, actuellement, de prévoir des exclusions du principe de reconnaissance mutuelle, cette nécessité peut se présenter à l'avenir et exiger une réponse rapide, par voie d'actes délégués, afin de préserver la santé publique.

En ce qui concerne **les RER**, les premiers réseaux seront mis en place en 2016 et devront alors être évalués. Cette évaluation est susceptible d'aboutir à la conclusion qu'il est souhaitable d'ajuster le contenu de l'acte délégué actuel dans l'avenir.