

Libre circulation des malades dans l'UE : quelles réalités ?

Cross-border Healthcare in Europe: the Reality in 2016

Raymond Lies

Centre Hospitalier du Kirchberg - Luxembourg.

Mots clés

- ◆ Directive 2011/24/UE transmise en loi nationale (25.10.2013)
- ◆ Droits des malades
- ◆ Soins transfrontaliers
- ◆ Remboursement des frais
- ◆ Points de contact nationaux
- ◆ Enquête Commission Européenne (2015) / Enquête AEMH / FEMS (2015-2016)
- ◆ Confirmation de manque d'informations auprès des malades et des médecins
- ◆ Actuellement statu quo des soins transfrontaliers

Résumé

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a été transposée en loi nationale depuis le 25 octobre 2013. En résumé on peut retenir les points forts de cette réglementation visant surtout à être en concordance avec les jugements de la Cour de Justice Européenne pour clarifier les droits des malades dans les soins transfrontaliers notamment dans les domaines :

- de la libre circulation
- du remboursement des frais hospitaliers et de traitements à la même valeur que dans le pays de l'assuré
- de la création de points de contacts nationaux pour informer les patients
- de la coopération renforcée des États membres concernant les maladies rares et des Centres d'Excellence
- de la reconnaissance des ordonnances médicales dans les autres états membres

Pour apprécier l'impact réel de cette directive dans les pays de l'UE, l'auteur se base sur :

- une enquête auprès des délégations nationales des membres de l'AEMH (Association Européenne des Médecins Hospitaliers) et de la FEMS (Fédération Européenne des Médecins salariés)
- un rapport de la Commission Européenne au Parlement et au Conseil

Les deux démarches ont révélé qu'à ce stade, la directive n'a pas encore été à la source d'un changement d'attitude notable aussi bien auprès des patients qui manquent encore visiblement d'informations sur leurs droits qu'auprès des Caisses de maladies soucieuses de ne pas s'exposer à des frais supplémentaires et à des bouleversements mettant en danger « l'intérêt majeur national ».

Avec l'évolution rapide de l'influence de E-health et de M-health, cette directive devra sûrement être adaptée rapidement à l'évolution des progrès technologiques en matière de communication.

Par ailleurs, les études ont également permis de constater les différences de réaction auprès des pays de l'UE allant d'un protectionnisme caché à une ouverture totale pour le secteur de Santé Européen.

Keywords

- ◆ Cross-border Healthcare in Europe / The reality in 2016
- ◆ Directive 2011/24/EU / Patients rights, Reimbursement, national contact points
- ◆ Report from the Commission 2015 / Questionnaire AEMH / FEMS 2015/2016
- ◆ Lack of informations for patients and doctors
- ◆ No increase of transborder healthcare

Abstract

The Directive on cross-border healthcare in Europe (2011/24/EU) has been transposed into the national legislation of all member states since October 2013.

The main provisions of the new directive, in respect of the case law of the European Court of Justice on patients' rights in cross-border healthcare concern especially the reimbursement up to the level of costs that would have been assured by the member state of affiliation if this healthcare has been provided on its territory.

But for overriding reasons of general interest, a member state of affiliation may limit the application of the rules on reimbursement for cross-border healthcare. Therefore, member states may introduce a system of prior authorization to manage the possible outflow of patients.

In order to inform patients about their rights, member states will have to establish national contact points.

By analysing different european reports, the author takes stock of the current situation in the field of cross-border healthcare in Europe.

As well the report ordered by the Commission, the report of DG Sanco and the different answers to a questionnaire sent to the national delegations of hospital doctors confirm that since the application of the directive, there has been no significant rise of the number of patients looking for cross-border healthcare.

The lack of information, the probability of administrative barriers in some countries and the quality of healthcare in their own country are the reasons why cross-border healthcare has not become the rule, but it gives the opportunity to the patients with serious health problems (cancer, rare diseases a.s.o.) to be treated with quality and safety in the neighbouring country.

The analysis of the different reports confirms however that some countries for « overriding reasons of national interest » continue by operating a protectionist policy.

Correspondance :

Raymond Lies

Centre Hospitalier du Kirchberg - 9, rue Edward Steichen - L-2540 Luxembourg.

E-mail : rlies@pt.lu

Disponible en ligne sur www.academie-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.1.000

Les réalités

Travaillant au Luxembourg, état frontalier par excellence et mandaté comme Président des médecins hospitaliers européens, j'ai pu suivre les évolutions de la thématique à travers les méandres du labyrinthe des législations nationales et européennes.

Avant d'évoquer la Directive Européenne elle-même, je dois quand même relever que bien des dispositions nationales permettaient aux citoyens européens en déplacement en Europe de bénéficier d'un traitement aux mêmes conditions que les ressortissants du pays concerné. Mais souvent les problèmes étaient plus compliqués lorsqu'un citoyen européen décidait de se faire soigner de son propre gré dans un pays « étranger » et voulait accéder aux remboursements des frais. Ainsi, on parlait de plus en plus d'une médecine à deux vitesses à l'avantage de ceux qui pouvaient se l'offrir. Par ailleurs, au niveau politique, les décideurs, obnubilés par les consensus au niveau des stratégies économiques et financières prioritaires, excluaient les questions de santé aussi bien dans les traités de Paris, Rome et Maastricht.

Depuis le traité de Rome

En 1957, la libre circulation des personnes est autorisée pour les travailleurs des pays membres. Mais depuis 1985, où l'Allemagne, la France, la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg ont signé les premiers accords de Schengen, la libre circulation des personnes est étendue à tous les ressortissants de l'espace Schengen. En 2015, l'espace Schengen regroupe 26 pays et concerne 420 millions d'habitants (Fig 1).

La réalisation du marché intérieur européen, la reconnaissance des diplômes, la reconnaissance à la propriété intellectuelle sont d'autres étapes qui ont façonné l'Europe de la Santé et ce sont finalement les jurisprudences de la Cour de Justice Européenne qui ont donné le déclic pour les travaux préparatoires d'une nouvelle directive 2011/24/UE votée par

le Parlement et le Conseil de l'Union Européenne le 9 mars 2011.

Le délai de transposition en loi nationale était le 25 octobre 2013.

Pendant les 12 années de ma présidence à l'AEMH, les sujets de reconnaissance des diplômes, le problème de la liste d'attentes dans certains pays européens du Nord, les arrêts Kohl et Decker et finalement la thématique de la libre circulation ont occupé tous les agendas de réunion des médecins européens soit au CPME (le comité permanent) soit dans les différentes assemblées des organisations médicales européennes. En effet, la prise de décision n'est pas facile dans une Union où les parties prenantes ont une voie consultative incontournable, car ce sont aussi des électeurs.

L'influence grandissante des parties prenantes

Les « malades » sont regroupés dans le « EU Patients Forum » et représentent une soixantaine d'organisations (Fig 2).

Les hôpitaux d'Europe sont regroupés dans HOPE, organisation très structurée avec siège à Bruxelles et très concernée par l'absence de réglementations budgétaires concernant le traitement de citoyens non assurés au pays où ils se font traiter.

Les médecins, représentés au CP (Comité permanent) où j'ai réussi pendant ma présidence à l'AEMH à créer un comité des présidents de toutes les organisations médicales européennes afin d'arriver à des prises de position communes, entreprise très difficile à réaliser en milieu médical.

Les infirmières, très nombreuses en Europe, plus d'un million, très écoutées par les pouvoirs politiques.

L'industrie pharmaceutique, lobby très puissant avec 1,3 millions de salariés.

Les caisses de maladie incontournables pour les remboursements mais très soucieuses de garder leur autonomie et finalement les pouvoirs politiques pour lesquels les ministères de santé et de sécurité sociale jouent souvent un rôle nécessaire mais peu attrayant.

Les points forts de la Directive 2011/24/EU :

- Les accès aux soins de santé transfrontaliers même pro-

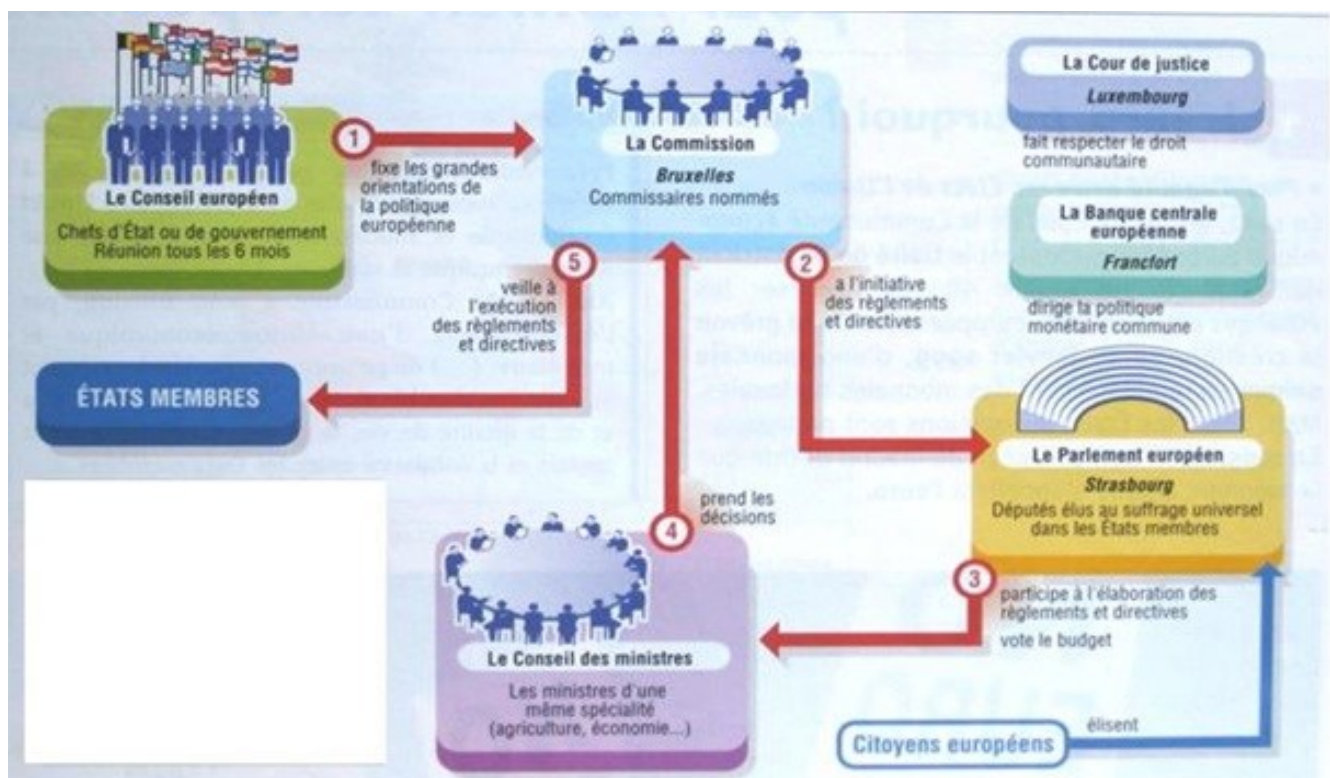


Figure 1. Les mécanismes décisionnels en Europe.



Figure 2. Les parties prenantes.

grammés et en dehors des urgences (très important pour les frontaliers de tous les pays)

- Les remboursements des frais à la hauteur des frais remboursés au pays de l'assuré
- Les points de contact nationaux et les autorisations préalables
- Les coopérations transfrontalières et services d'excellence
- Les coopérations en matière de maladies rares et E-health
- La reconnaissance des prescriptions médicales

La directive ne concerne pas :

- Les maladies chroniques
- Les transplantations
- Les traitements de confort

Les raisons impérieuses d'intérêt général

Dans les discussions avec des parlementaires et des membres de la commission, il apparaît que le texte au Chapitre III, art. 7, pt. 9 jouait un rôle déterminant pour l'adoption de toute la directive. Les différentes études avaient cependant montré qu'en **moyenne** les demandes pour remboursement de frais pour soins à l'étranger n'excédaient pas 5 % dans le total des frais incombant aux caisses de maladie.

Il fallait donc pour empêcher le risque de déséquilibres financiers supplémentaires un frein pour toute demande exagérée. Nous reviendrons sur ce point après avoir passé en revue les différentes études récentes.



Figure 3. Accès aux soins transfrontaliers dans le contexte du Luxembourg.

Rapport de la Commission

En effet, comme il est prévu dans la directive, la Commission a effectué un premier rapport au parlement et au Conseil des Ministres le 04/09/2015 (accessible sur Internet en français COM (2015) 421 final). Tous les 3 ans un rapport suivra.

En ce qui concerne la transposition, 26 états n'avaient pas encore transposé complètement la directive à la date prévue du 25/10/2013.

Le 1er juillet 2015, quatre états étaient encore en procédure d'infraction.

La mobilité des patients a été au cœur de l'étude de la Commission (Fig 3).

L'autorisation préalable pour les soins de santé impliquant au moins une nuit à l'hôpital ou s'ils nécessitent un recours à des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux. Mais le rapport mentionne correctement que tout système d'autorisation préalable doit être nécessaire et proportionné par rapport à l'objectif à atteindre et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ou une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

Ce qui sort de cette enquête, c'est le fait que dans 14 états, les patients ne savent pas exactement quels traitements sont soumis à autorisation préalable (Fig 4).

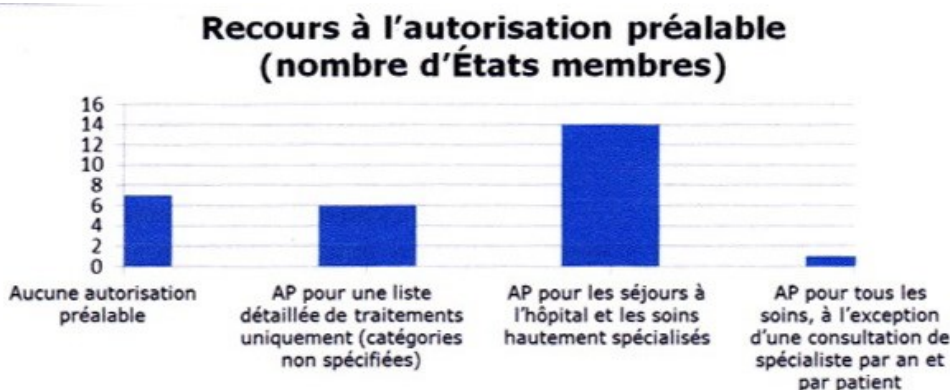


Figure 4. Recours à l'autorisation préalable.



Figure 5. Les difficultés du parcours administratif.

En ce qui concerne le remboursement et l'administration, le rapport fait état de différentes procédures :

Au moins trois états ont adopté le principe de base de la directive c'est-à-dire le remboursement à la hauteur des frais opposables pour des soins analogues dispensés sur son territoire.

Trois états membres demandent au patient pourquoi il était médicalement nécessaire de se faire soigner à l'étranger.

Douze états membres exigent l'intervention du médecin référent pour la demande d'autorisation pour soins à l'étranger.

Quatre états membres exigent une traduction assermentée des factures dont un état qui exige la certification par le consul du pays de traitement.

Au vu de ces exemples, on peut imaginer le travail pour la Cour de Justice européenne, surtout que l'ampleur grandissante de E-health et de la télémédecine compliqueront la prise en charge pour la caisse de maladie.

Les flux des patients

Le rapport mentionne que les flux de patients qui se font soigner à l'étranger en vertu de la directive sont faibles en 2014 surtout en ce qui concerne des cas avec autorisation préalable.

Pour les traitements qui ne sont pas soumis à autorisation préalable, la Finlande, la France et le Luxembourg ont rapporté une activité considérable avec respectivement 17142, 422680 et 117962 remboursements.

Par ailleurs, 20 états ont effectué ensemble seulement 39826 remboursements dont 31032 déclarés par le seul Danemark.

85 % des demandes de remboursement ont été effectuées. J'ai donné ces chiffres pour vous illustrer que les situations varient selon les pays (ex. Luxembourg) et que les pouvoirs politiques possèdent les chiffres réels concernant la circulation effective des malades.

Les points de contacts nationaux (PCN)

Leur impact reste faible car l'enquête Eurobaromètre indique que moins de 2 citoyens sur 10 ont le sentiment d'être bien informés sur leurs droits et 1 sur 10 seulement connaît l'existence des PCN.

Une association de patients affirme « que le sentiment dominant est que le PCN doit être une porte d'accès aux soins de santé et non un gardien qui bloque le passage ».

Les coopérations transfrontalières

La reconnaissance des prescriptions médicales dans un autre pays que celui du prescripteur représente un avantage pour les patients et constitue une suite logique dans la reconnaissance des diplômes.

Les réseaux européens de référence manquent encore de définition quoique les premières nominations sont attendues pour les premiers mois de 2016. Il est évident que les critères de ces réseaux doivent être établis en concertation avec les parties prenantes.

En ce qui concerne le projet de santé en ligne (2012-2020), les évolutions des dernières décennies montrent qu'il s'agit d'innovations qui dépassent le cadre européen.

Les collaborations transfrontalières connaissent une évolution avec le flux des frontaliers grandissant (Fig 5).

Conclusions

Les conclusions du rapport de la Commission

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 non programmés.

Vu que dans l'enquête Eurobaromètre le nombre de personnes qui se déclarent disposés à recourir à des soins transfrontaliers est supérieur, la Commission est d'avis que les potentialités qu'offre la Directive ne sont pas encore épuisées, ceci d'autant plus que :

- Certains états ont tardé avec la mise en application
- La connaissance des droits des malades n'a pas encore évolué malgré la mise en place de points de contacts
- Les obstacles administratifs restent très élevés dans certains états

L'enquête AEMH / FEMS

J'ai soumis un questionnaire aux délégations de l'Association européenne des médecins hospitaliers et de la Fédération des médecins salariés européens.

La moitié des délégations n'a pas répondu sous prétexte qu'il n'y avait pas de changements notables par rapport au passé. Cependant les réponses des délégations :

- De l'Allemagne, de la Belgique, des Pays-Bas, du Luxembourg au Centre
 - De l'Italie, de l'Espagne au Sud
 - Du Danemark au Nord
 - De la Slovénie, de la Slovaquie et de la Roumanie à l'Est
- Ont permis de tirer les conclusions suivantes :
- La Directive est loi nationale dans tous les pays ;
 - Il n'y a pas de changements notables dans l'activité hospitalière proprement dite ;
 - En cas de transferts à l'étranger, il s'agit :
 - de maladies en relation avec le cancer ;
 - de la cardiologie ;
 - de l'orthopédie ;

Figure 6. Le rapport du médecin avec son malade reste le centre de toutes les décisions.



- de la rhumatologie ;
- de l'ophtalmologie ;
- de téléradiologie.
- La plupart des délégations ignorent l'impact des points de contact nationaux ;
- Des obstacles administratifs sont surtout relevés pour l'Italie, la Slovaquie, la Slovénie et la Roumanie ;
- Toutes les délégations pensent que E-health et la Télémédecine vont accélérer les échanges dans le futur ;
- Le remboursement n'est pas un incitant pour les Roumains et les Allemands ;
- Les listes d'attente ne semblent pas touchées par les nouvelles dispositions, mais il faut dire que les pays du Nord n'ont pas répondu au questionnaire.

Les conclusions d'autres rapports

Notamment celui de

- DG Sanco (Direction générale de la Santé et des consommateurs)
- L'EPHA (European Public Health Alliance)

Et surtout l'Eurobaromètre spécial 425 que je vous recommande de consulter sur le site : http://ec.europa.eu/public_opinion/index_fr.htm

Confirment que :

- L'information sur les mécanismes administratifs et les droits des citoyens et de beaucoup de parties prenantes sur le terrain n'est pas encore passée
- Que plus de 50 % des citoyens sont d'accord pour se faire soigner à l'étranger en cas de maladie grave
- Que la Commission est bien consciente que l'Europe de la Santé est encore bien sous la responsabilité des différents États mais que de nouveaux cas de jurisprudence attendent la Cour de Justice Européenne.

Compte tenu des évaluations diverses et des intérêts divers dans le contexte de cette directive, je pense personnellement que la relation médecin-malade reste la clé et la boussole dans les décisions d'orientation pour le malade principal intéressé dans la réussite de son traitement (Fig 6).

Discussion en séance

Commentaire de M Merle

Il convient de remercier Raymond Lies qui vient de nous initier aux arcanes du fonctionnement de l'Union Européenne lorsque celle-ci veut par une directive instituer la libre circulation des malades dans les 28 pays qui la compose.

Sa longue expérience en tant que Président de l'Association Européenne des Médecins Hospitaliers nous permet de découvrir combien l'Europe est pavée de bonnes intentions et combien les états sont encore réticents à appliquer les directives.

Je retiendrai que dans le cadre des soins d'urgence il existe peu de problème de prise en charge pour un patient de l'Union européenne.

- Dans le cadre des soins programmés j'aimerais connaître quels sont les spécialités et les pays les plus recherchés.
- Afin d'éviter le tourisme médico-chirurgical il est souhaitable que pour les soins coûteux une autorisation préalable soit nécessaire, ma question : est-ce le médecin traitant ou la caisse d'assurance maladie qui doit être le décisionnaire quand on connaît la réticence de cette dernière à se déposer de son assuré comme si elle en était le propriétaire ?
- Vous nous avez montré le nombre d'intervenants à Bruxelles pour aboutir à une directive qui s'impose aux 28 membres de l'Union Européenne. Ce qui est inquiétant c'est la difficulté des médecins pour se faire entendre face aux lobbies. J'observe qu'il y a plus de 60 organisations de malades représentées dans ces institutions, un lobby très puissant des hôpitaux publics (HOPE), en France il existe 600 000 infirmières pour 260 000 médecins et l'industrie pharmaceutique européenne est riche de 1,300 000 salariés.
- Ma dernière question compte tenu de votre importante expérience à Bruxelles : quelles recommandations feriez-vous à nos confrères pour peser dans la politique de santé au niveau Européen ?

Questions de M Merle

- Qui doit orienter les malades : les médecins ?
- Quelle est leur place dans le système ?

Réponse

D'après la Directive que je viens de présenter, c'est le malade qui peut « circuler librement » dans l'UE : il est le premier concerné et tout dépend de sa propre décision.

Comme l'étude Eurobaromètre spécial de mai 2015 (page 8) la montre, les spécialités les plus concernées sont l'oncologie, la chirurgie cardiaque, les traitements dentaires, la chirurgie prothétique des hanches et des genoux ainsi que la chirurgie de la cataracte.

C'est le rôle du médecin traitant du malade de l'aider dans l'orientation avant sa prise de décision. Il est évident que ce sont les critères de qualité et d'efficacité médicale qui devraient être déterminants pour le choix. Pour le malade et le médecin, selon un slogan bien connu, la santé n'a pas de prix ; mais rétorquent les payeurs, c'est-à-dire les caisses de maladie, la santé a un coût et voilà qu'on arrive à comprendre pourquoi le texte de la Directive comprend l'argument des « raisons d'intérêt national » (overriding reasons of national interest).

C'est dans ce cas très précis où le rôle des différents acteurs sera déterminant.

Le malade seul dans cette controverse économique est souvent perdant, car le remboursement d'un traitement à l'étranger, s'il est autorisé, ne se fera qu'à la hauteur du remboursement du pays de l'assuré. Par contre, en face d'arguments médicaux objectifs, selon le texte de la Directive, je

ne vois pas comment on pourrait refuser l'autorisation de soins à l'étranger, surtout en face de l'argument de « non-assistance à personne en danger ». Je suis d'avis que dans l'avenir les cas soumis à la Cour de Justice Européenne seront encore très nombreux.

Avant d'en arriver là, le rôle du médecin est de conseiller le malade dans l'intérêt majeur de son état de santé et les discussions dans le contexte de cette Directive l'ont bien montré : les organisations médicales européennes, par leurs avis parmi les parties prenantes, ont contribué à améliorer l'état antérieur où le vide juridique était trop important.

Voilà pourquoi j'ai toujours plaidé contre l'attitude trop répandue « de la chaise vide », défendue par certains dans notre profession qui argumentent que les médecins ne doivent faire que de la médecine, ceci surtout à une époque où circule déjà le slogan provocateur mais pas anodin « de la médecine sans médecins ».

Question de J Caton

Quelle prise en charge aux urgences pour un malade extra-européen ?

Réponse

Cette question n'est pas touchée par la Directive sur les soins transfrontaliers en UE.

Elle révèle bien l'ambiguïté et la complexité de la réalité qui se pose au « service d'urgence ».

Il n'y a pas de doute ce qu'il faut faire en face d'une vraie urgence, surtout vitale : la prise en charge doit être adaptée à la situation clinique surtout dans le contexte de la non-assistance à personne en danger, concept qui n'est pas lié à la nationalité du malade.

Théoriquement, les frais et honoraires résultant de cette prise en charge sont opposables au patient ou au fonds spécial que la plupart des états mettent à disposition pour les cas sociaux d'origines diverses.

En pratique, souvent l'épisode équivaut à la fin à une action humanitaire pure et simple ce qui est le cas actuellement dans les pays touchés par l'immigration, car les fonds spéciaux destinés à ces prises en charge sont dans la plupart des pays insuffisants ou débordés.

Références accessibles sur internet

1. 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. Journal Officiel de l'Union européenne.
2. Rapport de la Commission au Parlement Européen et au Conseil COM (2015) 421 final du 4 septembre 2015.
3. Evaluation study on the cross-border healthcare directive 2011/24/EU. Final report Executive Summary 21 March 2015. DG Sanco / European Commission.
4. EPHA (European Public Health Alliance). Report on the Implementation of the cross-border healthcare directive (October 2015).
5. Questionnaire AEMH / FEMS sur la libre circulation des malades après la Directive 2011/14/UE.
6. Eurobaromètre spécial 425 de mai 2015. A consulter sur : http://ec.europa.eu/public_opinion/index_fr.htm
7. La directive des soins transfrontaliers 31 octobre 2013. Santé gouv. fr. du 26 février 2015.