



**ASSOCIATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX
EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS
EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE
EUROPESE VERENIGING VAN STAFARTSEN
DEN EUROPÆISKE OVERLÆGEFORENING
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ
ASSOCIAZIONE EUROPEA DEI MEDICI OSPEDALIERI
DEN EUROPEISKE OVERLEGEFORENING
ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS HOSPITALARES
ASOCIACIÓN EUROPEA DE MÉDICOS DE HOSPITALES
EUROPEISKA ÖVERLÄKARFÖRENINGEN
EVROPSKO ZDRŽENJE BOLNIŠNIČNIH ZDRAVINIKOV
EUROPSKA ASOCIACIA NEMOCNICNÝCH LEKAROV
EUROPSKA UDRUGA BOLNIČKIHI LIJEČNIKA
ΕΒΡΟΠΕΪΣΚΑ ΑΣΟΪΑΪΑΙΑ ΝΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΝΗΧΝΗ ΛΕΚΑΡΗ
ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE**

Document:	AEMH 16-024
Title:	Research on the Crossborder Healthcare Questionnaire
Author :	Dr Raymond Lies
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	19-05-2016

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

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 Etats 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.

Commentateur: Michel MERLE

Cross-border Healthcare in Europe The reality in 2016

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 confirm however that some countries for « overriding reasons of national interest » continue by operating a protectionist policy.

La libre circulation des malades dans l'Union Européenne

Les Réalités

Raymond Lies
Luxembourg

Monsieur le Président,
Chers collègues,

Je vous remercie, Monsieur le Président, de m'offrir le privilège d'exposer ici à l'Académie de Chirurgie un sujet auquel j'ai été confronté souvent dans ma carrière de chirurgien d'abord et comme directeur d'hôpital plus tard.

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.

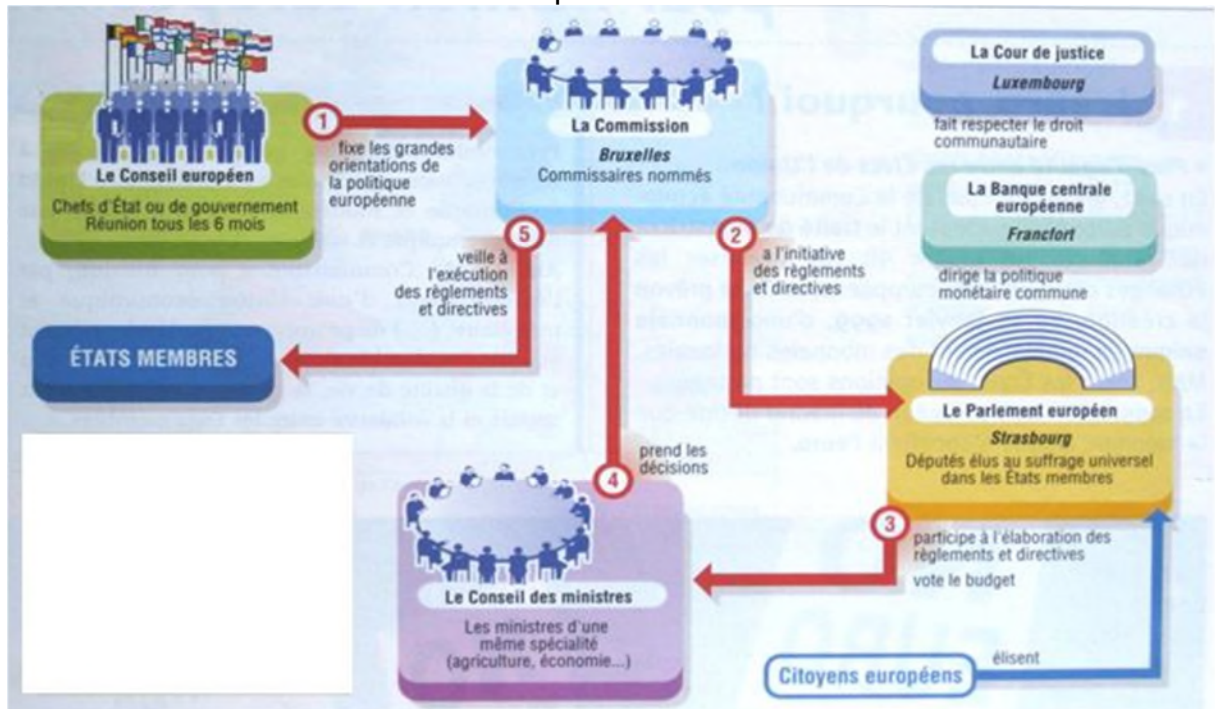
Avant de parler de la Directive Européenne elle-même, je dois quand même relever que bien des dispositions nationales permettaient aux citoyens européens en déplacement en Europe de bénéficier d'un traitement aux mêmes conditions que les ressortissants du pays concerné. Mais souvent les problèmes étaient 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.

Adresse de correspondance:

rlies@pt.lu
Centre Hospitalier du Kirchberg
9, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Les mécanismes décisionnels en Europe



- **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.

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) ou 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.

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 programmés 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.

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.

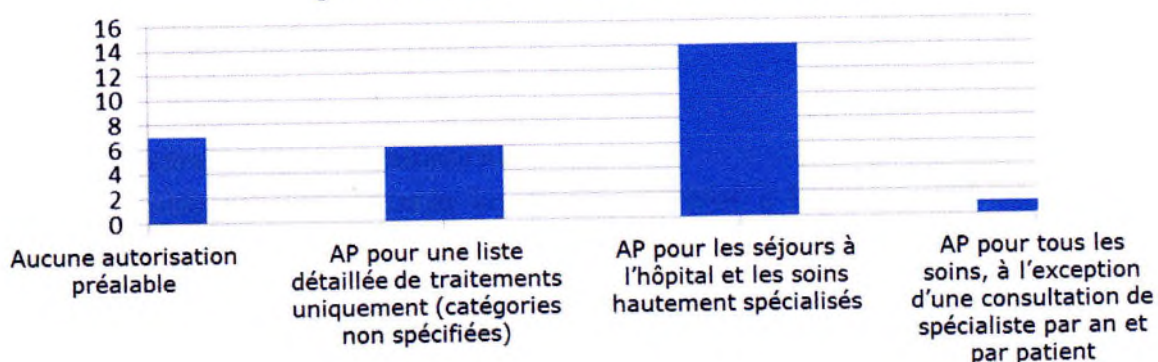
Le 1^{er} juillet 2015, quatre états étaient encore en procédure d'infraction.

Accès aux soins transfrontaliers dans le contexte du Luxembourg



Recours à l'autorisation préalable

Recours à l'autorisation préalable (nombre d'États membres)



La mobilité des patients a été au cœur de l'étude de la Commission.

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.

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. à d. 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

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

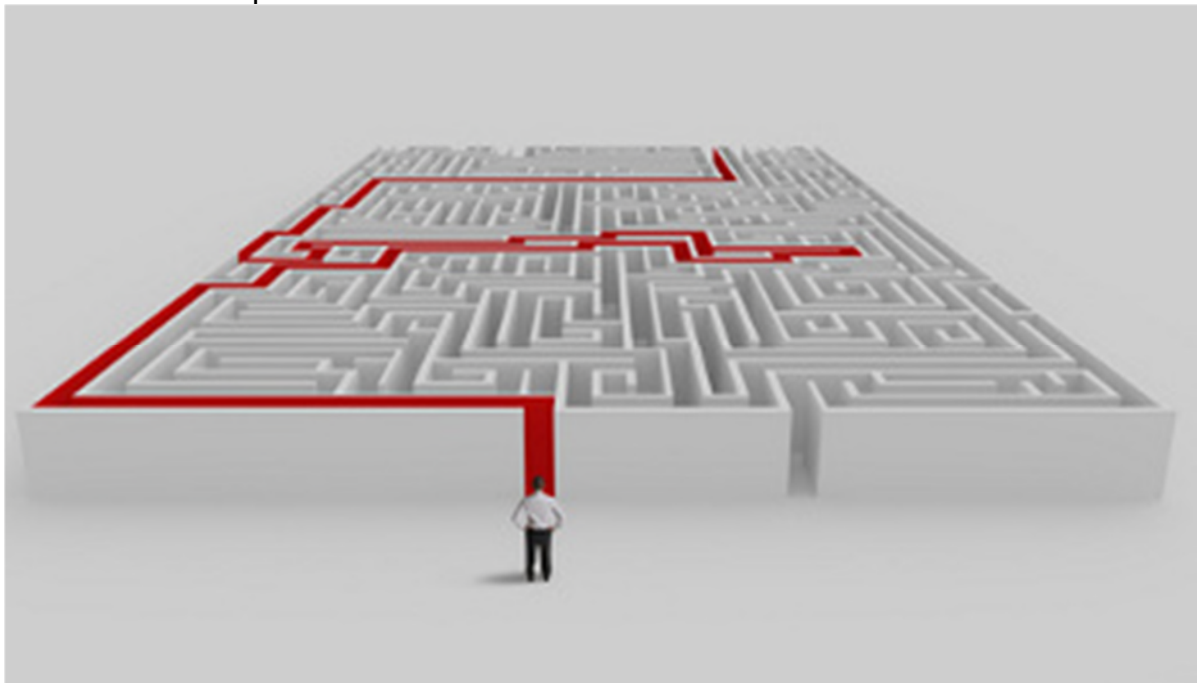
La reconnaissance des prescriptions médicales dans un autre pays que celui du prescripteur représente un avantage pour les patients et constitue une suite logique dans la reconnaissance des diplômes.

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.

Les difficultés du parcours administratif



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 épuisés, 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
 - o de maladies en relation avec le cancer
 - o de la cardiologie
 - o de l'orthopédie
 - o de la rhumatologie
 - o de l'ophtalmologie
 - o 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 Etats mais que de nouveaux cas de jurisprudence attendent la Cour de Justice Européenne

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



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.

Bibliographie:

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