

BELGISCHE VERENIGING VAN ARTSENSYNDICATEN
ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX
v.z.w. BVAS – ABSyM a.s.b.l.

Boondaalsesteenweg 6 bus 4
Chaussée de Boondael 6 bte 4
BRUXELLES 1050 BRUSSEL
Tel.: (32-2) 644.12.88
Fax: (32-2) 644.15.27
E-mail : absym.bvas@euronet.be

HA/VM/221206

Consultation concernant une action communautaire
dans le domaine des services de santé

Communication de la Commission du 26 septembre 2006

NOTE DE L'ABSyM

Il faut qu'il soit clairement rappelé que la prestation de service vise un service occasionnel ou temporaire par ou au profit d'une personne non établie ou non résidente dans l'Etat de prestation.

1. Introduction

Remarques préalables

Les prestations de service au sens du Traité de Rome ne peuvent viser que les prestations occasionnelles et temporaires et se distinguent à cet égard du concept de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) qui inclut la présence commerciale ; au sens européen, les règles relatives à l'établissement dans le domaine médical doivent rester différentes des règles relatives à la prestation de service.

Cette distinction éliminera bien des craintes et des contestations. Ainsi la limitation à l'installation, notamment en matière de PETscan s'inscrit dans le droit d'établissement et l'évaluation des règles dans ce domaine. Aucune limitation ne peut être édictée sans justification d'intérêt. Tandis que l'établissement concerne l'installation définitive.

Dans le domaine médical, la différence s'établit comme suit : La prestation de service se limite aux déplacements :

- du service (biologie, télémédecine) ;
- du prestataire (matière réglée par les directives médecins, infirmières, sages-femmes).

La loi du pays de prestation s'applique moyennant certaines adaptations de coordination (Directive médecins de 1975).

- du malade.

La question soulevée se limite à la mobilité des patients parce que celle des prestataires est réglée par les directives médecins de 1975.

La jurisprudence de la Cour de Justice Européenne porte sur cette problématique et les directives services devraient s'y référer. Certaines dispositions du Projet Bolkestein pouvaient aboutir à restreindre cette jurisprudence et d'autres visaient l'établissement (limites à la programmation). Une des clarifications souhaitables porte sur une définition étroite du service au sens du Traité.

A cet égard, une définition relative à la durée (ex. 4 mois) du service constitue la création d'un établissement temporaire et fait naître tous les conflits.

Le temps de séjour doit être limité au temps de la prestation, fût-il répétitif.

2. Principes et questions soulevées par la Commission

Question 1 : Retombées sur l'accès aux soins

- a) Le libre choix du lieu de prestation par le patient découle des principes de la liberté des services, du principe de la non-discrimination et de la citoyenneté européenne, à moins que ce dernier droit n'ait aucune portée pratique, et du droit aux soins de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE.

Ce droit doit pouvoir s'exercer dans toute l'Europe d'une manière transnationale.

C'est une application du droit individuel aux soins.

Nous sommes choqués par le terme « tourisme médical » utilisé dans un sens péjoratif par les Etats nationalistes hostiles à une Europe de la santé. Si un patient cherche des soins de meilleure qualité hors de son Etat, c'est que celui-ci est en défaut d'assurer à ses citoyens le service auquel il a droit. L'Europe n'a d'utilité que si elle permet de compenser ces défaillances. Le cancéreux italien qui se fait soigner à Villejuif n'est pas un touriste.

- b) Il n'y a pas de raison de limiter ce principe aux soins ambulatoires. Pour ceux-ci, le principe doit être absolu et particulièrement dans les zones frontalières. L'activité d'un médecin d'un Etat dans l'Etat voisin et la consultation transfrontalière d'un patient d'un Etat dans l'autre doivent devenir courantes et reconnues automatiquement.

La reconnaissance mutuelle des diplômes des praticiens garantit une qualité comparable.

Le principe de l'accès aux soins hospitaliers doit être reconnu automatiquement comme l'accès aux soins ambulatoires sous réserve d'une clause de sauvegarde à justifier par l'Etat à la Commission (voir d).

- c) Le remboursement ou le tiers payant doit être assuré directement par l'Etat d'origine à son barème. Il appartiendra au patient qui a fait un choix étranger d'en supporter ou bénéficier de la différence.

Les conditions de prestation du médecin choisi (passage obligé par un généraliste p.ex.) doivent être celles qui s'imposent au prestataire et non celles qui s'imposent au bénéficiaire. L'Etat d'origine du patient doit reconnaître la prestation lorsqu'elle a été effectuée conformément aux règles de l'Etat d'accueil ou de prestation.

Lorsqu'il n'y a pas de barème à l'acte dans l'Etat d'origine du patient, c'est le barème de l'Etat de prestation qui sert de base de remboursement.

Ce principe s'applique tant sur le plan du remboursement que celui de la prestation elle-même. C'est le lieu de prestation qui détermine les conditions d'accès, par exemple d'âge. Si un traitement ne peut plus être donné après 25 ans dans un Etat mais qu'il peut être donné dans un autre Etat, il incombe au premier de reconnaître et rembourser ce traitement.

Ce principe s'inspire de la jurisprudence Peerbooms CJE Affaire C 157/99 rec. 2001. C'est une application d'un droit européen à l'accès aux soins.

Monsieur Peerbooms, âgé de 36 ans, serait resté dans le coma végétatif si sa famille n'avait décidé de lui faire bénéficier à Innsbruck de neurostimulation réservée aux Pays-Bas aux patients de moins de 25 ans. Il a ainsi été sauvé par l'UE.

Par ailleurs, l'Arrêt Ioannidis C 326/00 du 25.02.2003 reconnaît que les soins dans un autre Etat doivent être étendus aux pathologies préexistantes ou chroniques sans exigence d'urgence ni autorisation préalable afin de faciliter la mobilité des pensionnés, souvent en mauvaise santé.

Donc, le remboursement serait général sauf si un panier de soins adopté par une directive désignait nommément les seuls soins ouverts aux traitements transnationaux.

- d) Les principes ci-dessus doivent s'appliquer aux soins hospitaliers, par définition les plus significatifs dans la problématique soulevée.

Toutefois, les Etats Membres doivent pouvoir faire jouer une clause de sauvegarde en cas de déséquilibre des capacités hospitalières ou de leur financement.

Il n'y a pas à se préoccuper d'une harmonisation des qualités des soins dès lors que le choix est assuré par le patient lui-même.

Toutefois, les patients doivent pouvoir connaître :

- si l'hôpital est agréé ;
- s'il existe un système d'accréditation ;
- s'il dispose d'un système d'évaluation de la qualité et de risk management.

Les organisations professionnelles médicales et hospitalières devraient pouvoir fournir ces informations.

La notion d'hôpital de référence est contestable

Il faut remarquer que la qualité d'un hôpital n'est pas uniforme pour tous les services. Il peut être réputé en chirurgie cardiaque, greffe, orthopédie, cancérologie, et être très mauvais en gynécologie ou chirurgie esthétique. Cela s'avère exact même pour des hôpitaux universitaires.

Remarquons aussi que ces réputations sont liées à la qualité des prestataires autant qu'aux installations. Si les médecins sont débauchés par un autre hôpital, c'est la référence qui se déplace avec eux. Si un hôpital universitaire confie ses malades à des stagiaires dont la formation est incertaine, il perd sa référence.

Question 2 : *Clarifications juridiques et informations*

Une directive devrait préciser que le libre choix est le principe de base sauf clause de sauvegarde notifiée et justifiée par l'un des Etats.

Chaque législation nationale doit préciser dans sa législation de sécurité sociale ou de services de santé la base de remboursement non discriminatoire qui sera appliquée lors d'une prestation dans un autre Etat Membre.

Les mêmes législations doivent prévoir des recours devant des juridictions indépendantes en cas de refus de paiement.

Question 3 : *La responsabilité des autorités*

La responsabilité médicale, y compris celle de la continuité des soins, est celle du prestataire sous le contrôle des autorités chargées dans le pays de prestation de la surveillance de l'art de guérir et des hôpitaux.

Lorsque le patient est retourné dans son Etat, s'il échoue, il incombe au prestataire de renvoyer la continuité des soins à un confrère, ce qui transférera le contrôle et la surveillance à un nouveau prestataire sous la surveillance de son autorité de tutelle.

Question 4 : *Responsabilité civile*

La responsabilité civile est celle du prestataire ou de l'hôpital où le patient a été traité, selon les règles de responsabilité et de recours de l'Etat où il est installé ou de celui où il a presté.

Un véritable problème surgit lorsqu'un Etat applique les principes de la responsabilité sans faute.

Il est de nature à bloquer le système.

Cette indemnisation automatique de l'aléa thérapeutique jointe au principe de non-discrimination risque de jouer un rôle de pompe aspirante et de compromettre l'équilibre du Fonds d'indemnisation de l'Etat concerné si le financement de celui-ci est à charge des seuls nationaux.

Il faudrait une participation au financement de ces Fonds par les Etats d'origine, soit dans la proportion où leurs nationaux ont été traités avec la garantie de ces Fonds, soit, et ce serait plus équitable, dans la proportion financière où des nationaux ont été indemnisés. Chaque année l'Etat de prestation présenterait la note à l'Etat d'origine du patient, sous la garantie de la Commission.

En effet, on peut supposer que le patient qui choisira d'aller se faire traiter à l'étranger sera atteint d'une pathologie plus lourde et plus grave, augmentant le risque et déséquilibrant l'équilibre actuariel des risques ayant fondé le budget du Fonds.

Ce domaine demande une coordination par voie de directive sur la base ci-dessus.

Question 5 : *Liberté d'accès et équilibre financier*

Le libre choix est réciproque. Les prestataires, sauf si des soins urgents sont nécessaires, peuvent refuser un patient.

Au cas où il y a un risque prouvé de déséquilibre, l'Etat d'accueil doit être autorisé à faire jouer une clause de sauvegarde conditionnant l'accueil à un financement par l'Etat d'origine, soit à défaut, limitant l'accès des étrangers.

Sur les remboursements, voir réponse à la 1^{ère} question..

Question 6 : Questions complémentaires

Les directives de 1975 sur le droit d'établissement et la libre prestation de service des médecins sont satisfaisantes.

La directive infirmière doit permettre un flux correspondant aux besoins mais la partie de formation pratique devrait être soumise à un audit par des professionnels des divers Etats de l'Union dans chacun des Etats Membres.

Question 7-8 : Améliorations suggérées pour faciliter la prestation transfrontalière

1) Prestations frontalières :

Reconnaissance automatique par les Ordres des Médecins et les autorités de santé et de sécurité sociale des Etats Membres des prestataires installés de part et d'autre d'une frontière.

Cela implique :

- a) la reconnaissance officielle des médecins demandant leur inscription dans plusieurs Etats ;
- b) la possibilité de conventionnement dans les deux systèmes ;
- c) le libre choix par les patients ;
- d) la reconnaissance des ordonnances par les pharmaciens.

2) L'inscription sur une liste dans chaque Etat des hôpitaux ou services d'autres Etats qui en font la demande.

Cela implique l'acceptation par cet hôpital et son Etat d'un contrôle de qualité.

Exemple : L'Hôpital Américain de Neuilly (Fr) a été agréé par la Joint Commission on Accreditation of Health Care Services américain (Chicago). Ce système peut être étendu.

Des hôpitaux ont été agréés à travers l'Europe par les compagnies d'assurance hospitalisation.

Question 9 : De quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants ?

La sécurité juridique postule une directive. Celle-ci comprendrait non seulement les principes énumérés mais l'obligation d'organiser dans chaque Etat un programme d'évaluation de la qualité et de risk management, l'obligation d'assurance et l'autorité médicale exclusive pour tout ce qui concerne les traitements et l'organisation.

Cette directive doit porter aussi sur les hôpitaux, car si on exclut les soins hospitaliers, on exclut la partie concernant la technologie la plus avancée qui est celle qui tente le plus les prestataires et qui pourrait apporter des possibilités thérapeutiques aux malades qui en ont besoin.

10.01.2007

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.