



**CONSEIL DE  
L'UNION EUROPEENNE**

**Bruxelles, le 16 juillet 2004**

**Traduction – version originale EN**

**11570/04**

---

**Dossier interinstitutionnel:  
2004/0001(COD)**

---

**COMPET 128  
ETS 47  
SOC 363  
JUSTCIV 112  
CODEC 920**

**NOTE**

---

De: Secrétariat général du Conseil  
À: Groupe de travail "Compétitivité et croissance"  
N°. prop. Com: 6174/04 COMPET 18 SOC 58 JUSTCIV 23 CODEC 1892 + ADD1  
Objet: Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur  
- Note explicative des services de la Commission sur les dispositions de la proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur concernant la prise en charge des frais de santé encourus dans un autre État membre, et plus particulièrement sur les relations avec le règlement (CEE) n° 1408/71

---

Les délégations trouveront, en annexe à la présente, une note explicative des services de la Commission sur les dispositions de la proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur concernant la prise en charge des frais de santé encourus dans un autre État membre, et plus particulièrement sur les relations avec le règlement (CEE) n° 1408/71.

---

L'article 23 codifie et complète la jurisprudence bien établie de la Cour relative à la libre circulation des services, et notamment les arrêts *Kohll* et *Decker* (1998), *Smits et Peerbooms* et *Vanbraekel* (2001), *Müller-Fauré/van Riet*, *Inizan* (2003) et *Leichtle* (2004)<sup>1</sup>. L'article 23 reflète cette jurisprudence qui garantit que les patients puissent tirer parti des avantages du marché intérieur lorsque leur état de santé requiert l'accès à certains traitements. L'article 23 vise à assurer que, sous réserve des conditions énoncées par la Cour, les patients conservent leurs droits à la prise en charge des frais lorsque les soins de santé sont dispensés dans un autre État membre.

La jurisprudence reflétée dans l'article 23 ne remet pas en question la compétence des États membres pour organiser et financer leurs systèmes de sécurité sociale: il relève de la compétence de chaque État membre de définir les règles régissant les droits ou devoirs découlant de son système de sécurité sociale, l'étendue de la couverture des soins de santé et les conditions d'octroi des prestations prévues par son régime d'assurance maladie.

L'article 23 est complémentaire du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à la coordination des régimes de sécurité sociale, qui traite divers scénarios de prise en charge des frais encourus pour des soins de santé transfrontaliers. Par rapport audit règlement, la proposition de directive relative aux services ne traite que d'un nombre limité de situations de soins transfrontaliers.

L'article 23 est également pleinement cohérent avec les travaux entrepris au sein du groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux, lequel a pour but de faciliter la coopération entre États membres dans ce domaine et de contribuer ainsi à la garantie d'un degré élevé de protection sanitaire pour les citoyens de l'ensemble de l'Union.

## **I. Pourquoi la proposition aborde-t-elle la question de la prise en charge des frais de santé?**

L'examen de cette question dans le cadre de la proposition poursuit un triple objectif: renforcer les droits des patients en ce qui concerne la liberté de recevoir, sous certaines conditions, des soins de santé dans un autre État membre, augmenter la sécurité juridique et la transparence pour les patients ainsi que pour les États membres et leurs systèmes de sécurité sociale, en clarifiant un certain nombre de points qui, à ce jour, ne sont pas suffisamment clairs dans la jurisprudence de la Cour et, enfin, offrir la possibilité au législateur européen de traiter de questions pratiques laissées ouvertes par la jurisprudence.

S'agissant du premier objectif, l'article 23 est un élément constitutif essentiel d'une section de la proposition consacrée au renforcement des droits des citoyens européens, en tant que destinataires des services. Pour rapprocher l'UE des citoyens européens, il est indispensable de veiller à ce que ceux-ci puissent tirer pleinement parti d'un marché

---

<sup>1</sup> Arrêt Kohll, affaire C-158/96, du 28 avril 1998, Rec. 1998 p. I-1931; arrêt Decker, affaire C-120/95, du 28 avril 1998, Rec. 1998 p. I-1831; arrêt Smits et Peerbooms, affaire C-157/99, du 12 juillet 2001, Rec. 2001 p. I-05473; arrêt Vanbraekel, affaire C-368/98, du 12 juillet 2001, Rec. 2001 p. I-05363; arrêt Müller-Fauré/van Riet, affaire C-385/99, du 13 mai 2003, Rec. 2003 p. I-04509; arrêt Inizan, affaire C-56/01, du 23 octobre 2003 (non encore publié); arrêt Leichtle, affaire C-8/02, du 18 mars 2004 (non encore publié).

intérieur des services au fonctionnement amélioré. La proposition aborde donc une série de questions relatives aux personnes en tant que destinataires des services et vise, notamment, à supprimer les discriminations, accroître l'information sur les services transfrontaliers et améliorer l'assistance aux destinataires des services en cas de litiges.

La prise en charge des frais pour des traitements médicaux reçus dans un autre État membre figure parmi les principaux sujets de préoccupation des citoyens européens, comme en atteste le nombre sans cesse croissant de questions et pétitions du Parlement européen, ainsi que de cas portés devant les tribunaux nationaux<sup>2</sup>. Comme signalé dans un document de travail des services de la Commission du 28 juillet 2003<sup>3</sup>, très peu d'États membres ont réellement adopté des mesures de mise en œuvre de la jurisprudence de la Cour. Par conséquent, la situation à laquelle se voient confrontés les patients varie selon leur État membre d'affiliation; très souvent, ils continuent de rencontrer des obstacles injustifiés ou disproportionnés lorsqu'ils souhaitent exercer leur droit au remboursement, tel que reconnu par la Cour.

La Commission, en sa qualité de gardienne du traité, doit examiner les plaintes des patients quant au fait que les États membres ne se conforment pas pleinement à la jurisprudence. Cependant, l'instruction de plaintes au cas par cas et l'ouverture de procédures d'infraction contre les différents États membres incriminés ne constituent pas un moyen efficace pour assurer que tous les citoyens de l'ensemble de l'Union européenne puissent profiter de leurs droits tirés du marché intérieur.

Pour ce qui est du deuxième objectif de la proposition, c'est-à-dire l'apport d'une plus grande sécurité juridique, il convient de noter que le processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne a insisté sur la nécessité d'améliorer la sécurité juridique en ce qui concerne le droit des patients au remboursement des traitements médicaux reçus dans un autre État membre. Ce besoin a également été souligné par le Conseil EPSCO, lors de sa réunion des 1<sup>er</sup> et 2 juin 2004.

Jusqu'ici, diverses questions importantes, telles que la distinction précise entre soins hospitaliers et soins non hospitaliers – y compris dans les cas où un traitement est considéré comme hospitalier dans certains États membres, mais comme non hospitalier dans d'autres –, n'ont pas été clarifiées dans la jurisprudence. D'autres points, tel le niveau de prise en charge des frais, qui ont, en principe, été traités par la jurisprudence n'en continuent pas moins de soulever des questions.

Enfin et surtout, en abordant la question de la prise en charge financière, la proposition donne au législateur européen l'opportunité de traiter de certains aspects pratiques pour

---

<sup>2</sup> À titre d'exemple, on peut citer les cas suivants: au Royaume-Uni, High Court of Justice, Queen's Bench Division, Administrative Court, arrêt du 1.10.03 dans l'affaire Yvonne Watts contre Bedford Primary Care Trust et Secretary of State for Health; en Suède, le Regjeringsrätten (tribunal administratif suprême suédois) a rendu trois arrêts, le 30.01.04, dans les affaires *Jelinek* (affaire 5595-99), *Stigell* (affaire 6790-01) et *Wistrand*; en France, Cour de cassation, décision n° 758 du 25.05.04; en Allemagne, deux affaires sont pendantes: Eva-Maria Weller contre Deutsche Angestellten-Krankenkasse, devant le Sozialgericht d'Augsbourg, et Karin Bautz contre AOK Baden-Württemberg, devant le Bundessozialgericht de Stuttgart (cette affaire a été soumise à la Cour de justice des Communautés européenne sous le numéro C-454/02-1).

<sup>3</sup> SEC(2003)900

leurs systèmes de sécurité sociale. Il en résultera une sécurité juridique bien plus grande que si, pour le règlement de ces questions, on s'en remettait uniquement à l'évolution future de la jurisprudence de la Cour.

## II. Quels sont les principaux éléments de la jurisprudence sur lesquels la proposition de directive est fondée?

Comme indiqué ci-dessus, la proposition se fonde sur la jurisprudence bien établie de la Cour relative à la libre circulation des services telle que garantie par l'article 49 du traité CE.

En résumé, la Cour a confirmé ce qui suit:

1. Les services de santé, y compris les prestations hospitalières, sont des services au sens du traité: "Il y a lieu de rappeler, à cet égard, qu'il résulte d'une jurisprudence constante que les activités médicales relèvent du champ d'application de l'article 60 du traité, sans qu'il y ait lieu de distinguer à cet égard selon que les soins sont dispensés dans un cadre hospitalier ou en dehors d'un tel cadre." (arrêt *Smits et Peerbooms*, point 53)
2. Les services de santé sont des services au sens du traité, indépendamment de la manière dont les États membres organisent et financent leurs systèmes de sécurité sociale: "(...) une prestation médicale ne perd pas sa qualification de prestation de services au motif qu'elle serait prise en charge par un service national de santé ou par un régime de prestations en nature. (...) il n'y a pas lieu, sous l'angle de la libre prestation des services, d'établir une distinction selon que le patient acquitte le montant des frais exposés et sollicite par la suite le remboursement de ceux-ci ou que la caisse d'assurance maladie ou le budget national paie directement le prestataire." (arrêt *Müller-Fauré/van Riet*, point 103)
3. L'exigence d'une autorisation pour le remboursement des frais médicaux encourus dans un autre État membre constitue, tant pour les patients que pour les prestataires de services médicaux, un obstacle à la libre prestation des services: "Par conséquent, une telle réglementation décourage les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis dans un autre État membre et constitue, tant pour ces derniers que pour leurs patients, une entrave à la libre prestation des services." (arrêt *Kohll*, points 34 et 35)
4. L'exigence d'une autorisation peut être justifiée pour les prestations hospitalières, mais non pour les prestations non hospitalières.
  - En ce qui concerne les prestations hospitalières, la Cour a indiqué que, compte tenu de la nécessité d'une planification pour, d'une part, garantir une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité et, d'autre part, assurer une maîtrise des coûts et éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, "l'exigence consistant à soumettre à une autorisation préalable la prise en charge financière par le système national de sécurité sociale de soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre apparaît comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable" (arrêts *Smits et Peerbooms*, points 76 à 80, et *Müller-Fauré/van Riet*, points 76 à 92).

- Par contre, en ce qui concerne les prestations non hospitalières, la Cour a estimé qu'une telle exigence n'était pas justifiée dans la mesure où la prise en charge de soins non hospitaliers, dans les limites de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie de l'État membre d'affiliation, ne porterait pas gravement atteinte à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale (arrêt *Müller-Fauré/van Riet*, points 93 à 98).

### III. Quelle est la valeur ajoutée de la directive par rapport à la jurisprudence?

1. La proposition codifie la jurisprudence sur la distinction entre soins hospitaliers et soins non hospitaliers. Elle confirme que les États membres peuvent maintenir l'exigence d'une autorisation préalable pour la prise en charge financière des soins hospitaliers et leur demande de supprimer une telle exigence pour les soins non hospitaliers. En même temps, la proposition reprend toutes les conditions, applicables respectivement au remboursement des soins hospitaliers et non hospitaliers, que la Cour a reconnues comme justifiées afin de ne pas porter atteinte à l'équilibre financier des budgets de sécurité sociale et assurer un niveau élevé de santé publique.
2. La proposition complète la jurisprudence en donnant une définition des soins hospitaliers, afin d'accroître la sécurité juridique. La Cour, dans son arrêt *Müller-Fauré/van Riet*, point 75, a admis que la distinction entre les deux catégories de soins était difficile à établir et a fourni un certain nombre d'indications pour la faciliter. Bâti sur ces points, l'article 4-10, propose des critères objectifs devant aider à déterminer le type de soins pour lequel l'exigence d'une autorisation préalable peut être justifiée.
3. La Cour a précisé que les raisons d'intérêt général justifiant l'exigence d'une autorisation étaient intrinsèquement liées à la nécessité de planifier les soins délivrés dans une infrastructure hospitalière; l'élément déterminant à cet égard n'est pas le fait que le traitement soit dispensé dans un cadre hospitalier, mais le fait qu'il ne puisse pas l'être en dehors d'un tel cadre. Le critère le plus clair pour une distinction en vertu de ce principe est que les soins concernés nécessitent un hébergement de nuit. Plusieurs États membres ont contesté cette définition, car, d'après eux, la nécessité d'un hébergement n'est pas la seule raison pour laquelle certains types de traitements médicaux sont réservés aux hôpitaux. Ce point pourrait faire l'objet d'un examen plus approfondi avec les États membres en vue d'affiner la définition.

La question s'est notamment posée de savoir comment déterminer si les soins médicaux concernés ont un caractère hospitalier ou non hospitalier, au sens de la directive proposée, dans le cas où l'un des deux États membres délivre ces soins dans un hôpital et l'autre non. À la lumière de la jurisprudence de la Cour, l'État membre de référence est l'État membre d'affiliation du patient, puisque c'est lui qui est responsable de la planification des services hospitaliers sur son territoire. En conséquence, une autorisation peut être exigée pour la prise en charge financière de ce qui est considéré comme soins hospitaliers dans l'État membre d'affiliation, même si ces traitements sont qualifiés de soins non hospitaliers dans l'État membre où ils sont reçus. Cela pourrait être clarifié dans le texte de la définition des soins hospitaliers figurant à l'article 4-10.

Cette définition ne remet pas en cause la compétence des États membres de déterminer, pour des motifs de santé publique, quels traitements doivent être

dispensés au sein ou en dehors d'une infrastructure hospitalière. Elle n'a d'autre but que de permettre une application correcte de la distinction, établie à l'article 23, entre soins hospitaliers et non hospitaliers. Ceci pourrait être clarifié en déplaçant à l'article 23 la définition qui se trouve actuellement à l'article 4-10.

4. La proposition dispose que les exigences de transparence applicables à l'ensemble des régimes d'autorisation (énoncées aux articles 9, 10, 11 et 12 de la directive proposée) s'appliquent également aux régimes d'autorisation mis en place, le cas échéant, par les États membres pour la prise en charge financière des soins de santé. La Cour a précisé, dans ses arrêts *Smits et Peerbooms* (point 90), *Müller-Fauré/van Riet* (point 85) et *Inizan* (points 48 et 57), que, pour être justifié, un régime d'autorisation doit être fondé sur des critères transparents, de manière à circonscrire l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales.

#### **IV. Quelles sont les relations entre le règlement (CEE) n° 1408/71 et la directive proposée?**

Le règlement (CEE) n° 1408/71 organise la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale afin de garantir que l'application des différentes législations nationales ne lèse pas les personnes exerçant leur droit à la libre circulation à l'intérieur de l'Union européenne. Il traite de situations dans lesquelles des citoyens, pour des raisons d'ordre professionnel ou personnel, séjournent temporairement dans un État membre autre que celui dans lequel ils sont affiliés à un régime de sécurité sociale et viennent à nécessiter des soins de santé au cours de leur séjour. En vertu de ce règlement, de tels soins seront fournis dans les mêmes conditions que pour les personnes assurées dans ce pays et les frais seront remboursés conformément aux tarifs en vigueur dans l'État membre où les soins ont été dispensés. Le règlement (CEE) n° 1408/71 traite également de la mobilité des patients, c'est-à-dire des situations dans lesquelles le déplacement est effectué dans le but de recevoir des soins médicaux. En pareil cas, le règlement prévoit qu'une autorisation de l'institution de sécurité sociale compétente doit être délivrée au patient pour que celui-ci obtienne la prise en charge des frais médicaux selon les tarifs en vigueur dans l'État membre où les soins sont dispensés.

1. Le règlement (CEE) n° 1408/71 s'applique en cas de soins hospitaliers, pour lesquels une autorisation est nécessaire, ou en cas de soins non hospitaliers, lorsqu'un patient demande une autorisation afin de tirer parti des mécanismes établis par ce règlement. Il convient de rappeler que, même si un patient n'a pas besoin d'une autorisation pour le remboursement de frais de soins non hospitaliers, il peut néanmoins en solliciter une, en vue de bénéficier des dispositions du règlement et, en particulier, du niveau de prise en charge des frais qui y est prévu et qui peut être supérieur à celui obtenu en l'absence d'autorisation. Cela signifie que, par rapport au règlement (CEE) n° 1408/71, la proposition de directive sur les services traite uniquement des cas où un patient demande le remboursement de soins non hospitaliers reçus, sans autorisation, dans un autre État membre. Cette articulation avec le règlement (CEE) n° 1408/71 pourrait être expliquée dans un considérant.
2. Pour les cas où un patient demande une autorisation (soit pour des soins hospitaliers, pour lesquels une autorisation est nécessaire, soit pour des soins non hospitaliers, lorsque le patient souhaite en obtenir une afin de bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71), ledit règlement fixe les conditions sous lesquelles une

autorisation de subir des soins médicaux dans un autre État membre ne peut pas être refusée. À ce propos, l'article 22, paragraphe 2, du règlement (CEE) n° 1408/71 dispose qu'une autorisation ne peut pas être refusée dès lors que sont remplies les deux conditions suivantes: les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside la personne assurée et, les soins que le patient a l'intention de recevoir dans un autre État membre que celui de son affiliation ne pourraient pas, compte tenu de son état de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire à leur obtention dans l'État membre d'affiliation. Dans ses arrêts *Smits et Peerbooms* (points 103 et 104) et *Müller-Fauré/van Riet* (points 90 à 92), la Cour a indiqué que cette seconde condition devait être interprétée sur la base de considérations exclusivement médicales, et non pas économiques. Le règlement (CEE) n° 1408/71, tel que simplifié et modernisé (règlement (CE) n° 883/2004), a clarifié cette dernière condition en précisant, à son article 20, paragraphe 2, qu'un critère strictement médical devait être appliqué pour apprécier si les soins en question pouvaient être obtenus dans un délai acceptable dans le pays d'affiliation du patient. À cet égard, l'article 20, paragraphe 2, transpose la jurisprudence de la Cour. Les deux mêmes conditions de fond sous lesquelles une autorisation ne peut pas être refusée sont reprises à l'article 23, paragraphe 2, de la proposition de directive, afin d'assurer une pleine cohérence avec le règlement. Cette relation pourrait être signalée par l'insertion, à l'article 23, paragraphe 2, d'un renvoi à la disposition correspondante du règlement (CEE) n° 1408/71.

#### **V. Quel est le niveau de prise en charge des frais dans le cadre de l'article 23 et du règlement (CEE) n° 1408/71?**

Les deux scénarios suivants doivent être distingués:

1. **Soins non hospitaliers reçus par un patient dans un autre État membre en l'absence d'autorisation:** Dans ce cas, afin d'éviter tout impact significatif sur le budget de sécurité sociale de l'État membre d'affiliation du patient, le remboursement des frais devrait être effectué selon le tarif applicable pour les mêmes soins dans l'État membre d'affiliation du patient et dans la limite des frais pris en charge pour ces mêmes soins dans l'État membre d'affiliation du patient (arrêts *Kohll*, point 42, et *Müller-Fauré/van Riet*, points 98 et 106). En outre, comme souligné par la Cour et abstraction faite de la question du niveau de remboursement en tant que tel, le remboursement des frais médicaux, en l'absence d'autorisation, ne peut être demandé que dans les limites de la couverture garantie par le système de santé de l'État membre d'affiliation du patient. Cela signifie que les soins en cause doivent figurer parmi les prestations prévues par l'État membre d'affiliation du patient et que les conditions d'octroi de ces soins dans cet État membre doivent être remplies. Le remboursement des frais de santé encourus dans un autre État membre en l'absence d'autorisation ne devrait imposer aucune charge financière significative au budget de sécurité sociale de l'État membre d'affiliation du patient. Par ailleurs, au point 107 de son arrêt *Müller-Fauré/van Riet*, la Cour offre aux États membres dans lesquels existe un régime de prestations en nature la possibilité de fixer les montants du remboursement auxquels des patients ayant reçu des soins dans un autre État membre peuvent prétendre, pour autant que ces montants reposent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents. Il convient également de noter que l'article 23 n'oblige pas les États membres à couvrir les frais de déplacement et d'hébergement. Cette question est traitée au niveau national. Ces points pourraient être clarifiés dans un considérant.

## **-2-Soins hospitaliers pour lesquels une autorisation a été accordée au patient<sup>4</sup>:**

Cette situation entre dans le champ d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, qui dispose que le remboursement est effectué sur la base de la législation de l'État membre dans lequel les soins sont dispensés. Cette disposition s'applique également aux soins non hospitaliers pour lesquels le patient a demandé et obtenu une autorisation. Dans ces cas, le montant remboursable selon la législation de l'État membre de prestation des soins peut être supérieur à celui qui serait remboursé selon la législation de l'État membre d'affiliation du patient. Il peut aussi arriver, comme dans l'affaire *Vanbraekel*, qu'il soit inférieur. Dans ce dernier cas de figure, la Cour a indiqué, dans son arrêt *Vanbraekel* (point 53 in fine), que l'article 49 du traité faisait obligation à l'État membre d'affiliation de verser au patient un remboursement complémentaire correspondant à la différence par rapport au montant auquel il aurait eu droit si les soins hospitaliers lui avaient été dispensés dans son propre État membre. La Cour a précisé (arrêt *Vanbraekel*, points 51 et 52) qu'un tel complément de remboursement n'impliquait aucune charge financière supplémentaire pour le système de sécurité sociale de l'État membre d'affiliation du patient, dans la mesure où celui-ci aurait pris en charge le même montant si les soins avaient été fournis sur son territoire. Par conséquent, cela n'est pas de nature à mettre en péril le maintien, dans cet État membre, d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous ou le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national. Il convient de remarquer qu'en tout état de cause, la prise en charge financière est limitée aux frais effectivement encourus par le patient et que ce dernier ne pourra jamais prétendre à un montant qui serait supérieur aux frais de soins effectifs. Cela pourrait être expliqué plus en détail dans un considérant.

## **VI. Quelles sont les conséquences socio-économiques de la mobilité des patients?**

Le document de travail du 28 juillet 2003<sup>5</sup> contenait des données socio-économiques relatives à la mobilité des patients. Telle qu'elle ressort des chiffres communiqués par les États membres, la mobilité des patients est actuellement marginale. L'essentiel des soins médicaux reçus dans un autre État membre s'inscrivent dans le cadre des formulaires d'autorisation prévus par le règlement (CEE) n° 1408/71 et dans les cas des traitements suivis volontairement dans un autre État membre, du formulaire E-112<sup>6</sup>. Le nombre maximal de patients émanant d'autres États membres de l'UE accueillis dans un seul État membre au titre du formulaire E-112 s'élevait, en 2000, à 14 061 personnes, engendrant des frais de 25 907 697 €. Il y a généralement peu de demandes d'autorisation de traitement dans un autre État membre, et celles-ci ne dépassent la dizaine de milliers que dans deux États membres. Dans les États membres qui ont modifié leur législation afin de rembourser les soins non hospitaliers

---

<sup>4</sup> Il convient de noter qu'il en va de même lorsqu'une autorisation a été refusée et que le caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi (arrêt *Vanbraekel*, point 34).

<sup>5</sup> Voir note n°3

<sup>6</sup> Dans le cadre du règlement (CEE) n° 1408/71, le formulaire E-112 est un imprimé que l'organisme d'assurance maladie délivre actuellement à ses assurés pour obtenir la prise en charge financière des traitements reçus dans un autre État membre conformément aux tarifs de ce dernier.

en l'absence d'autorisation préalable et qui collectent les données en la matière, les montants mentionnés étaient insignifiants: dans l'État membre qui détenait le nombre maximal d'assurés bénéficiant de traitements non hospitaliers à l'étranger, seules 58 030 personnes par an étaient concernées, soit un peu plus de 1 % de l'ensemble des assurés; cet État membre consacrait 3 445 470 € soit 0,03 % de son budget de sécurité sociale, à de tels soins.

Bien que les patients prennent de plus en plus conscience des possibilités de soins existantes dans d'autres États membres, la mobilité devrait rester un phénomène limité. Dans certaines situations particulières, elle pourrait sans doute s'avérer utile, tant pour les patients que pour les systèmes de santé dans leur globalité, en permettant une fourniture de soins plus rapide, plus efficiente et plus efficace des soins, mais l'immense majorité des prestations de soins continueront à être fournies dans le cadre des systèmes nationaux.

La Cour, dans son arrêt *Müller-Fauré/van Riet* (point 95), a indiqué divers facteurs susceptibles de limiter la mobilité des patients, à savoir les barrières linguistiques, la distance géographique, les frais de séjour à l'étranger et le manque d'informations sur la nature des soins qui y sont dispensés. En outre, la Cour a souligné, qu'abstraction faite des cas d'urgence, les déplacements transfrontaliers de patients les plus fréquents se manifestaient surtout dans les régions frontalières ou pour le traitement de pathologies spécifiques.

## **VII. Quelles sont les relations avec la suite donnée aux travaux du groupe de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients?**

En plus du cadre juridique exposé dans le règlement (CEE) n° 1408/71 et la directive proposée, une coopération renforcée entre les États membres est nécessaire en vue de procurer des avantages aux patients, ainsi que d'améliorer l'effectivité et l'efficacité des systèmes de santé en général. Cette nécessité est de plus en plus reconnue par les États membres et les professionnels du secteur de la santé, mais doit être prise en compte tout en respectant pleinement la compétence des États membres en matière d'organisation et de financement de leurs systèmes de sécurité sociale. À la suite des travaux menés dans le cadre du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'UE, la Commission a adopté, en avril 2004, une communication présentant des initiatives de coopération concrètes dans les domaines de la mobilité des patients et des soins de santé, appuyées par un nouveau groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux.

Cette initiative vient compléter les initiatives législatives relatives à la prise en charge des frais de santé, en aidant les patients à obtenir des soins de santé de qualité et en aidant les systèmes de santé à améliorer leur effectivité et leur efficacité grâce à une coopération accrue au niveau européen.

## **VIII. Conclusion**

- 1. La définition de soins hospitaliers figurant à l'article 4, paragraphe 10, pourrait être reformulée sur la base des discussions tenues avec les États**

membres. Il pourrait notamment être clarifié qu'il appartient à l'État membre d'affiliation du patient de déterminer ce qui est considéré comme soins hospitaliers, indépendamment du fait que les traitements concernés aient un caractère hospitalier ou non dans l'État membre où ils sont reçus. En déplaçant à l'article 23 la définition qui se trouve actuellement à l'article 4, paragraphe 10, il pourrait également être clarifié que celle-ci n'a d'autre but que de permettre une application correcte de la distinction, établie à l'article 23, entre soins hospitaliers et non hospitaliers.

2. Il pourrait être spécifié que le règlement (CEE) n° 1408/71 s'appliquera dans les cas où une autorisation est soit nécessaire, soit demandée par les patients. Il pourrait être clarifié que la proposition de directive reprend les conditions énoncées par le règlement (CEE) n° 1408/71, sous lesquelles une autorisation ne peut pas être refusée. Un renvoi à ce règlement pourrait être inséré à l'article 23, paragraphe 2.
3. Il pourrait être précisé, à l'article 23, paragraphe 3, qu'un patient ne peut réaliser aucun profit en recevant des soins à l'étranger et que son droit à une prise en charge financière est toujours limité aux frais effectivement encourus.
4. Il pourrait être spécifié que l'article 23 n'oblige pas les États membres à rembourser les frais de déplacement et d'hébergement et que cette question est traitée au niveau national.
5. Le niveau de prise en charge des frais de santé encourus dans un autre État membre en l'absence d'autorisation pourrait être davantage clarifié. Il pourrait notamment être expliqué que:
  - a) l'étendue de la couverture maladie est entièrement déterminée par l'État membre d'affiliation du patient, en ce qui concerne les limites de prise en charge des frais, les soins médicaux couverts et leurs conditions d'octroi, dont la nécessité de consulter un médecin généraliste ou spécialiste avant certains types d'examen ou de soins;
  - b) les États membres appliquant un système non pas de remboursement, mais de prestations en nature peuvent établir des tarifs de remboursement, c'est-à-dire calculer les frais de soins nominaux d'un traitement qu'ils prendraient normalement en charge pour certaines prestations de soins en nature et, sur cette base, fixer des seuils pour le remboursement des frais encourus pour ces soins dans un autre État membre.