

Les soins de santé transfrontaliers

**Directive 2011/24/UE
du 9 mars 2011**

Anne Calteux
Représentation Permanente du Luxembourg auprès de l'UE

Directive soins de santé transfrontaliers

1. Contexte
2. Points clés de la Directive
3. Les négociations à Bruxelles
4. Conséquences pour le Luxembourg
5. Transposition
6. Conclusions

1. Contexte

- La jurisprudence Kohll-Decker (1998)
- La directive « services » (2004)

La jurisprudence CJUE Kohll-Decker (1998)

- Principe:

- Application aux prestations de santé des règles de la libre circulation dans le marché intérieur
- droit au remboursement des soins de santé non hospitaliers fournis dans un autre Etat membre sans autorisation préalable

- Problèmes:

- application hétérogène à travers l'UE
- appréciation au cas par cas par la CJUE
- incertitudes juridiques sur le remboursement des soins.

La directive « services » (2004)

- Proposition initiale: soins de santé inclus pour permettre codification des arrêts CJUE (approche marché intérieur).
- Revendications du Conseil et du PE : consacrer un texte spécifique aux soins de santé, car logique différente.

2. Points clés de la Directive

- Objectifs
- Champ d'application

Objectifs

- codifier la jurisprudence de la CJUE
- clarifier les droits des patients et les responsabilités des Etats membres
- garantir la qualité et la sécurité des soins
- favoriser la coopération entre Etats membres
- respect des compétences nationales

Champ d'application

- Patients qui décident de bénéficier de soins programmés à l'étranger. Prestations publiques et privées.
- Si le coût d'un traitement est couvert par le système de santé national, le patient est autorisé à en bénéficier dans un autre Etat membre au tarif « national » et sans autorisation préalable, sauf soins hospitaliers.
- Relation avec le règlement 883/2004

3. Les négociations à Bruxelles

- Position et revendications clés du Luxembourg
- Points de discorde principaux

Position et revendications clés du Luxembourg

- Attitude proactive: intervention en amont chez COM et PE, groupe d'EM like minded.
- Revendications:
 - Respect des valeurs et principes de base: solidarité, équité, universalité, qualité
 - Respect de la capacité de pilotage nationale => autorisation préalable.
 - Bonne articulation avec le règlement 883/2004

Points de discordance principaux

- Entre Etats membres
- Entre Etats membres et COM
- Entre Etats membres et Parlement européen

4. Conséquences pour le Luxembourg

- Le Luxembourg est l'Etat membre d'affiliation
- Le Luxembourg est l'Etat membre de traitement
- Obligations générales

Le Luxembourg est l'Etat membre d'affiliation

- Obligations:
 - Remboursement
 - Information (sur demande): PCN
 - Suivi médical
 - Accès au dossier
- Droits:
 - Autorisation préalable
 - Gatekeeping

Le Luxembourg est l'Etat membre de traitement

- Respect de normes de qualité et de sécurité
- Information (sur demande)
- Procédures de plainte et de réparation
- Accès au dossier
- Non discrimination

Obligations générales

- Accords bilatéraux avec les Etats limitrophes, régions frontalières !
- Réseaux européens de référence et centres d'expertise
- Coopération :
 - normes de qualité et de sécurité
 - échange d'info entre PCN
 - maladies rares
 - e-health
 - évaluation des technologies de santé (HTA)
 - reconnaissance des prescriptions.

5. Transposition

- Échéance: 25 octobre 2013
- Février 2011: création d'un groupe interministériel (MISA, MSS, CNS)
- Nouvelle approche: mobilité des patients à double sens.
- Rôle clé des points de contact.
- Valeur ajoutée de la réforme maladie et de la loi sur les droits des patients.
- Rôle accompagnateur de COM.

6. Conclusions

- Texte de compromis, parfois difficilement lisible.
- Projet initial amendé pour garantir meilleur respect du principe de subsidiarité.
- Équilibre fragile entre droits des patients et respect des compétences nationales.
- LU: accès à expertise via coopération !
- Valeur ajoutée dépendra de la bonne volonté de chaque acteur d'assurer une application efficace.