

N° 234

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 février 2009

PROPOSITION DE RÉSOLUTION EUROPÉENNE

PRÉSENTÉE AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES EUROPÉENNES ⁽¹⁾
EN APPLICATION DE L'ARTICLE 73 *BIS* DU RÈGLEMENT,

sur la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (E 3903),

PRÉSENTÉE

Par M. Roland RIES,
Sénateur

(Renvoyée à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

(1) Cette commission est composée de : M. Hubert Haenel, président ; MM. Denis Badré, Michel Billout, Jean Bizet, Jacques Blanc, Jean François-Poncet, Aymeri de Montesquiou, Roland Ries, Simon Sutor, vice-présidents ; Mmes Bernadette Bourzai, Marie-Thérèse Hermange, secrétaires ; MM. Robert Badinter, Jean-Michel Baylet, Pierre Bernard-Reymond, Didier Boulaud, Mme Alima Boumediene-Thiery, MM. Gérard César, Christian Cointat, Pierre-Yves Collombat, Philippe Darniche, Mme Annie David, MM. Robert del Picchia, Pierre Fauchon, Bernard Frimat, Yann Gaillard, Mme Fabienne Keller, MM. Serge Lagache, Jean-René Lecerf, Mmes Colette Mélot, Monique Papon, MM. Jean-Claude Peyronnet, Hugues Portelli, Yves Pozzo di Borgo, Josselin de Rohan, Mme Catherine Tasca et M. Richard Yung.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat est saisi, au titre de l'article 88-4 de la Constitution, d'une proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Ce texte est consécutif à l'exclusion des soins de santé du champ d'application de la « directive services », après que le Parlement européen et le Conseil eurent estimé, à l'époque, que les services de santé ne pouvaient être considérés comme des services ordinaires.

La mobilité des patients en Europe demeure un phénomène très limité, même si chacun s'accorde à prévoir son augmentation sensible dans les années à venir. La Commission estime que les soins délivrés à des patients européens en dehors de leur État membre d'affiliation ne représentent que 1 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé et ne concernent que 3 % à 4 % des citoyens de l'Union. Cette situation résulte en grande partie de facteurs structurels : préférence pour des soins reçus à proximité du lieu de résidence, coût du déplacement à l'étranger, barrière de la langue, mais aussi manque d'informations... Ce phénomène est pourtant appelé à se développer.

Pour autant, aux termes de l'article 152 du Traité, la santé est une compétence essentiellement nationale et l'intervention communautaire reste subsidiaire en la matière.

Deux cadres juridiques distincts permettant aux patients de bénéficier du remboursement des soins reçus dans un autre État membre coexistent actuellement.

Le premier a été établi par le règlement de coordination des régimes de sécurité sociale du 14 juin 1971. Pour les soins imprévus ou inopinés, le patient doit en principe fournir aux autorités de l'État membre de traitement une attestation de son droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans son État d'affiliation. Pour les soins de santé programmés, le patient doit préalablement avoir reçu de son organisme d'affiliation l'autorisation d'être remboursé.

Toutefois, les dispositions du règlement de 1971 ont été contestées par certains patients devant la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE), s'agissant notamment de l'exigence d'une autorisation préalable au remboursement des soins programmés dans un autre État membre. Depuis une dizaine d'années, la Cour a rendu plusieurs arrêts qui ont ouvert une deuxième voie d'accès aux soins dans un État membre autre que celui d'affiliation.

La coexistence de deux régimes distincts, et parfois divergents, pour le remboursement des soins pose un problème de sécurité juridique. De plus, les arrêts de la CJCE ont parfois suscité chez les États membres des inquiétudes quant à leur capacité à maîtriser les remboursements.

Ainsi la proposition de directive vise-t-elle à adapter le cadre juridique progressivement élaboré pour accompagner le développement de la mobilité des patients en Europe, en levant les incertitudes sur le droit applicable en la matière.

Le texte de la Commission repose sur trois axes :

1°) Un cadre européen visant à garantir la qualité et la sécurité des soins pour les patients qui se déplacent dans un autre État membre ;

2°) L'organisation du remboursement des soins transfrontaliers, la proposition de directive cherchant à codifier les grands principes de la jurisprudence de la CJCE en matière de remboursement des soins dispensés dans un autre État membre ;

3°) La promotion d'une coopération structurée entre les États membres.

De nombreuses dispositions de ce texte ne paraissent pas acceptables en l'état. Si les objectifs poursuivis par la proposition de directive sont légitimes, le texte soulève en effet de nombreuses difficultés.

En premier lieu, sa base juridique est limitée à l'article 95 du Traité, qui concerne l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur, mais ignore ses articles 137, relatif à la sécurité sociale et à la protection sociale des travailleurs, et 152, portant sur la santé publique.

En outre, la proposition de directive pose des problèmes d'équité. En effet, alors que le règlement de 1971 prévoit que les organismes de sécurité sociale assurent le paiement des frais, la proposition oblige le patient à en faire l'avance, avec un remboursement ultérieur. Le texte

apparaît donc comme conçu davantage pour répondre aux choix individuels de patients plutôt aisés que pour tenir compte de besoins médicaux avérés.

Ensuite, le dispositif d'autorisation préalable au remboursement des soins hospitaliers mis en place est particulièrement complexe, voire inopérant. Sur ce point, la Commission est allée au-delà de l'exercice de codification et a donné une interprétation extensive aux principes arrêtés par la Cour.

Par ailleurs, la proposition de directive accroît sensiblement les compétences de la Commission dans un domaine pourtant marqué par le caractère subsidiaire de l'intervention communautaire.

Enfin, plusieurs dispositions de la proposition de directive comportent un risque d'insécurité juridique et donc de multiplication des contentieux.

L'ensemble de ces difficultés sont suffisamment importantes pour conduire à remettre en question certaines propositions de la Commission.

Pour ces raisons, votre commission des Affaires européennes a conclu au dépôt de la proposition de résolution qui suit :

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Le Sénat,

Vu l'article 88-4 de la Constitution,

Vu le texte E 3903 portant proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (COM (2008) 414 final),

Regrette l'absence d'étude d'impact approfondie de la part de la Commission européenne, compte tenu des risques que pourrait faire peser cette proposition de directive sur l'équilibre financier des systèmes de remboursement de soins ;

Demande que, compte tenu de la spécificité des services de santé, la base juridique de la proposition de directive soit étendue aux articles 137 et 152 du traité instituant la Communauté européenne, et non limitée à l'article 95 ;

Estime nécessaire de préciser que la proposition de directive respecte la déclaration du Conseil de juin 2006 sur les valeurs et principes communs qui fondent les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne ;

Estime nécessaire, à des fins de sécurité juridique, d'élargir le champ d'application du texte afin d'éviter la formation d'une « 3^e voie » de remboursement ;

Considère que les normes de qualité et de sécurité des soins transfrontaliers ne doivent pas faire l'objet d'une harmonisation communautaire, mais être remplacées par un système d'information permettant le choix éclairé du patient et par une coopération étroite entre les États membres ;

Estime que les États membres doivent pouvoir établir un mécanisme d'autorisation préalable dans le respect du principe de non discrimination, fondé sur le maintien des capacités nationales de régulation et de planification de l'offre et du remboursement des soins ;

Est favorable à ce que les soins hospitaliers ou spécialisés susceptibles de faire l'objet d'une autorisation préalable pour le remboursement de leur coût soient définis au niveau national ;

Est favorable à ce que, par souci de simplification pour les patients et pour les administrations, les dispositions du règlement de coordination et celles de la future directive fassent l'objet d'une fusion en un texte unique ;

Considère essentielle la coopération entre les États membres en matière de recherche et d'infrastructures et demande que les objectifs et modalités de la coopération en matière de soins de santé tiennent compte des expérimentations en cours et que les centres européens de référence soient limités à des domaines précisément déterminés, notamment les maladies rares.