

## Les dernières nouvelles sur le projet de directive sur la santé transfrontalière et les droits des patients

Cette directive est entrée dans un processus très rapide en deuxième lecture après son approbation en première lecture à la fin de la présidence espagnole du Conseil (juin 2010). La présidence belge ainsi que le rapporteur du Parlement européen et la Commission ont favorisé une réunion tripartite le 15 décembre. Ils sont parvenus à un compromis et ont attendu la décision finale du Comité des représentants permanents (Coreper) le 21 décembre.

Dans le cadre de cet accord, la question principale dépendait encore de « l'autorisation préalable » des services suivants: les soins hospitaliers, des soins spécialisés, les patients à risque particulier et le traitement qui pourrait soulever de graves préoccupations. Cet accord a également tenté de clarifier les cas justifiant le refus de cette autorisation.

Les compétences des États membres sont un enjeu majeur dans le domaine des soins de santé, mais il est temps pour l'Union européenne d'aller un pas en avant afin de renforcer l'intégration de tous les territoires européens. Pourtant, la logique nationale prévaut et l'accent mis sur les compétences nationales entrave la possibilité de discuter la véritable mission européenne: soins de santé transfrontaliers pour les citoyens vivant dans les régions frontalières.

D'autres sujets abordés étaient la qualité et la sécurité, les maladies rares et e-santé.

Le 19 janvier 2011 le Parlement européen a débattu et voté (Session plénière, Strasbourg) en faveur des « Recommandations pour une deuxième lecture de la directive sur les droits des patients en soins de santé transfrontaliers », proposé par la commission de l'environnement, la santé publique et la sécurité alimentaire. MdPE Françoise Grossetête (PPE, FR) était rapporteur sur les soins de santé transfrontaliers. Comme il a été largement soutenu par divers groupes politiques, le processus de vote a évolué très positivement. Cette directive doit être approuvée par le Conseil, probablement en février ou mars, et puis les États membres auront 30 mois pour adapter leur législation.

Nous tenons à attirer votre attention sur les éléments suivants au sein de ces « recommandations » qui sont particulièrement pertinents aux régions frontalières et transfrontalières (en caractères gras : nouveau texte inclus au cours du débat parlementaire):

Introduction, nouveau paragraphe 39:

***Les flux de patients entre les États membres sont limités et devrait le rester tant que la grande majorité des patients dans l'Union reçoit des soins dans leur propre pays. Toutefois, dans certaines circonstances, les patients peuvent obtenir certaines formes de soins de santé à l'étranger. Les exemples incluent des soins hautement spécialisés ou soins de santé dans les zones frontalières où le plus proche établissement a l'autre côté de la frontière. En outre, certains patients souhaitent être traités à l'étranger afin d'être proches de membres de leur famille résidant dans un autre État membre et afin d'avoir accès à une autre méthode de traitement que celle prévue à la maison ou parce qu'ils croient qu'ils recevront de soins de santé de meilleure qualité dans un autre État membre.***

Introduction, nouveau paragraphe 49: ce qui suit est déjà inclus :

L'existence de points de contacts nationaux ne devrait pas empêcher les États membres de fixer d'autres points de contact liés aux niveaux régional ou local, ce qui reflète l'organisation spécifique de leur système de santé.

Introduction, nouveau paragraphe 50, ce qui suit est déjà inclus

Les États membres devraient faciliter la coopération entre les fournisseurs, les acheteurs et les régulateurs des différents États membres au niveau national, régional ou local afin d'assurer la sécurité, et de soins de santé transfrontaliers de qualité et efficacité. Cela pourrait être d'une importance particulière dans les régions frontalières, où la prestation transfrontalière de services peut être le moyen le plus efficace d'organiser les services de santé pour la population locale, mais où la réalisation de ces prestations transfrontalières sur une base durable exige une coopération entre les systèmes de santé d'États membres différents. Cette coopération s'occupe de la planification conjointe, la reconnaissance mutuelle ou l'adaptation des procédures ou des normes, l'interopérabilité de technologies d'information et de communication des systèmes nationaux(TIC), **des mécanismes concrets pour assurer la continuité des soins ou des pratiques visant à faciliter la prestation transfrontalière de soins de santé par les professionnels dans ce domaine sur une base temporaire ou occasionnelle.** La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 Septembre 2005 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (9) stipule que la libre prestation de services de nature temporaire ou occasionnelle, y compris les services fournis par les professionnels de la santé, dans un autre État membre, sous réserve des dispositions particulières du droit de l'Union, être limitée pour des raisons relatives aux qualifications professionnelles. Cette directive devrait être sans préjudice de la directive 2005/36/CE.

Introduction, nouveau paragraphe 51; a été modifié comme suit:

La Commission devrait encourager la coopération entre les États membres dans les domaines énoncés dans le chapitre IV de la présente directive et peut, conformément à l'article 168 (2) du traité, prendre, en collaboration étroite avec les États membres, toute initiative pour faciliter et promouvoir une telle coopération. **Dans ce contexte, la Commission devrait encourager la coopération dans la prestation de soins de santé transfrontaliers aux niveaux régional et local, notamment en identifiant les obstacles principaux à la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé dans les régions frontalières, et en faisant des recommandations ainsi que la diffusion des informations et des meilleures pratiques pour surmonter ces obstacles.**

L'article 10, paragraphe 2, a été modifié comme suit:

Les États membres facilitent la coopération dans la prestation de soins de santé transfrontaliers aux niveaux régional et local **ainsi que par des technologies de l'information et de communication et d'autres formes de coopération transfrontalière.**

.....paragraphe additionnel :

La Commission encourage les États membres, en particulier les pays voisins, de conclure des accords entre eux et de développer des programmes d'action communs. La Commission encourage également les États membres à coopérer en vue de créer des zones dans lesquelles les patients auront un meilleur accès aux soins de santé, **notamment dans les zones transfrontalières.**

L'article 12, paragraphe 1, a été proposé de modifier comme suit:

La Commission soutient les États membres dans le développement de réseaux de référence européens entre les fournisseurs de soins de santé et des centres d'expertise dans les États membres, **en particulier dans le domaine des maladies rares, qui doit s'appuyer sur**

***l'expérience acquise dans la coopération sanitaire au sein des groupements européens de coopération territoriale (EGTC). Ces réseaux sont à tout moment être ouverts à de nouveaux fournisseurs de soins de sante qui pourraient souhaiter se joindre à eux, à condition que ces fournisseurs remplissent toutes les conditions et critères exigées.***

Article 12, paragraphe 2, un nouveau point sur Réseaux de référence européens :

***(Fa) mettre en œuvre des instruments qui permettent l'exploitation des ressources de santé de soins en cas d'accidents graves, en particulier dans les zones transfrontalières.***

Il ya de nombreuses références à la consultation des patients et des organisations de patients. Les amendements renforcent cela et donnent un peu plus de dynamisme à la proposition de directive. On verra bien!

Vous trouverez le texte de synthèse et de résolution ici:

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0007&language=FR&ring=A7-2010-0307 # BKMD-1>