

MOBILITE DES PATIENTS ET REPONSES POLITIQUES DE L'UE (1)

PAR RITA BAETEN

Chercheuse, Observatoire social européen, Bruxelles

1. INTRODUCTION

La couverture de l'hebdomadaire anglophone « *The Bulletin* » du 18 octobre 2001 avait pour manchette : « la Belgique : supermarché de la chirurgie, principale destination des réfugiés de la santé ». L'introduction de l'article signalait : « Attirés par les services médicaux belges relativement bon marché, efficaces et rapides, les Européens – particulièrement les Britanniques – viennent se faire opérer ici par dizaines ». Dans les journaux flamands, on pouvait lire en avril de cette année comment l'assureur de soins de santé néerlandais CZ avait conclu des contrats avec certains médecins généralistes et hôpitaux belges pour faire traiter ses patients. L'indemnisation s'effectue sur la base des tarifs néerlandais. Les éditoriaux mettaient en garde contre une médecine de classe (2).

Que se passe-t-il ? Pourquoi cet engouement des patients et des financiers des soins étrangers pour nos infrastructures de soins ? Pourquoi cet intérêt de nos établissements de soins de la part de ces patients étrangers ? Quelle est l'ampleur du phénomène et, dans ce contexte, la Belgique constitue-t-elle un cas isolé ? Que savons-nous des évolutions et quelles sont les conséquences, avantages et risques éventuels ? Comment cette histoire se situe-t-elle dans un environnement européen ? Telles sont les questions auxquelles cet article tente de répondre.

2. PATIENTS ETRANGERS DANS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS BELGES : TOILE DE FOND ET MOTIFS

Les systèmes publics européens de soins de santé se basent principalement sur le principe de la territorialité : des autorités nationales définissent l'ensemble des soins à financer et les frontières nationales équivalent aux limites de validité des droits et des soins de santé dispensés et remboursés.

Des règles ont été élaborées au plan européen, communément appelée « Règlement de coordination ». Ces règles doivent garantir que les citoyens européens, lorsqu'ils se déplacent au sein de l'Union européenne, conservent leurs droits à des traite-

(1) Avec mes remerciements à Willy Palm, Bart Vanhercke et Chris De Laet pour leurs réactions constructives à cet article.

(2) *Het Nieuwsblad*, *De Gentenaar* et *Het Volk* du 12 avril 2002.

ments médicaux. Ce Règlement (3) détermine l'accessibilité et le financement des soins pour les personnes qui sont domiciliées ou qui résident temporairement dans un autre pays que dans l'Etat où s'applique leur droit à des soins médicaux (4).

Ce Règlement assure l'accès à des soins médicaux à quiconque circule en Europe par-delà ses frontières nationales, en gardant toutefois globalement intact le principe de la territorialité. Au cours d'un bref séjour à l'étranger, on a, en principe, uniquement droit à des soins médicaux urgents. Que quelqu'un se fasse soigner à l'étranger pour des soins non urgents ou programmés, pour le compte de l'institution de financement à laquelle il est affilié, n'est admis qu'à certaines conditions strictes. L'institution de financement doit pour cela avoir accordé son consentement préalable et les soins sont dispensés sur la base des tarifs et des conditions de remboursement en vigueur dans le régime légal de l'Etat membre dans lequel sont dispensés les soins. C'était du moins la situation qui prévalait jusqu'en 1998 et elle récoltait d'ailleurs un large consensus chez les Etats membres.

Le 28 avril 1998, la Cour européenne de Justice prononça les célèbres arrêts Kohll et Decker (5). Dans ces arrêts, la Cour a assimilé la dispense de soins médicaux à des prestations de services au sens du Traité et a déclaré que s'y appliquaient les règles communautaires relatives à la libre prestation de services. Les arrêts ouvraient la possibilité de se rendre directement à l'étranger pour y recevoir des soins, sans avoir demandé préalablement l'autorisation de l'institution à laquelle est affilié le patient. Celui-ci doit payer la totalité du prix sur place et demander ultérieurement le remboursement des soins à son institution de financement au tarif applicable dans le pays d'affiliation. Ces arrêts ont cependant laissé beaucoup de questions ouvertes quant à leur portée.

Le 12 juillet 2001, la Cour a quelque peu précisé ses intentions en se prononçant dans deux nouveaux arrêts (6). Le point le plus important se résume comme suit : la Cour déclare applicables les règles communautaires relatives à la libre prestation

(3) Version consolidée : Règlement (CE) n° 118/97 du Conseil du 2 décembre 1996 modifiant et révisant le Règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et Règlement (CEE) n° 574/72 fixant les modalités d'application du Règlement (CEE) n° 1408/71, JO L 28, 30 janvier 1997.

(4) Ce Règlement a déjà fait à plusieurs reprises l'objet de commentaires dans des articles parus dans la présente Revue : Lewalle H. et Palm W., "Quel est l'impact de la jurisprudence européenne sur l'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne ?", *Revue belge de sécurité sociale*, 2ème trimestre 2001, pp. 435-453 ; Baeten R., "La politique des soins de santé a-t-elle une place dans l'agenda européen ?", *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3ème trimestre 2000, pp. 831-853 ; Schulte B., "Droit social européen", *Revue belge de sécurité sociale*, 4ème trimestre 2001, pp. 661-705.

(5) Cour de Justice, Affaires jointes C-120/95 et C 158/96, *N. Decker contre Caisse de Maladie des Employés et R. Kohll* contre *Union des Caisses de Maladie*, Arrêts de la Cour, 28 avril 1998. Ces arrêts ont également été commentés à plusieurs reprises dans la présente Revue : Lewalle H. et Palm W. ; *op.cit.*; et Schulte B., *op.cit.*

(6) Cour de Justice, Affaire C-157/99, *B.S.M. Smits, épouse Geraets contre Stichting Ziekenfonds et H.T.M. Peerbooms* contre *Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* ; Cour de Justice, Affaire C-368/98, *Abdon Vanbraekel e. a.* contre *Landsbond der christelijke mutualiteiten (LCM)*, Arrêts de la Cour, 12 juillet 2001.

de services tant pour les soins ambulatoires que pour les soins hospitaliers et aussi bien pour les soins dispensés dans des régimes de soins basés sur leur remboursement que dans des systèmes qui dispensent des soins en nature. Toutefois, la Cour reconnaît, que dans certaines circonstances, un frein à cette liberté de circulation peut être justifié, par exemple en exigeant une autorisation préalable. Ceci peut s'avérer nécessaire dans un système opérant sur la base de contrats avec des dispensateurs de soins - comme aux Pays-Bas, sur lequel portait d'ailleurs l'arrêt -, pour garantir l'équilibre financier de la sécurité sociale ou le maintien d'une offre étendue en dispositifs hospitaliers accessibles à tous. Ces limitations doivent être basées sur des critères objectifs et ne peuvent entraîner aucune discrimination vis-à-vis des dispensateurs de soins étrangers. Dans le cas du système néerlandais, ceci signifie que l'accord ne peut être refusé que si le patient peut obtenir des soins identiques ou de même valeur dans un délai raisonnable dans une institution avec laquelle la mutualité concerné a signé un contrat.

La Cour se prononce sur la base de dossiers spécifiques qui lui sont soumis. Les principes énoncés par les arrêts doivent cependant être appliqués dans tous les Etats membres, lesquels doivent eux-mêmes examiner comment les mettre en pratique chez eux. Après les premiers arrêts, Kohll et Decker, une grande inquiétude était née dans les Etats membres, mais peu d'entre eux ont adapté leur régime aux arrêts (7). Les pays qui dispensent des soins en nature ont estimé qu'ils n'étaient pas concernés par ces prononcés. Toutefois, les arrêts de juillet 2001 ont fait clairement entendre que les principes s'appliquent également à ces régimes et que ces Etats membres doivent également chercher à traduire les principes découlant des prononcés dans leurs systèmes.

Parallèlement à ces développements juridiques, une évolution importante s'est produite dans les régimes de soins d'un certain nombre d'Etats membres. Des mesures de maîtrise des dépenses de soins de santé, une régulation stricte de l'offre, la mise à disposition de budgets fermés pour les infrastructures de soins et une politique des revenus restrictive pour les dispensateurs de soins ont donné naissance dans certains pays à de longues périodes d'attente pour les soins. Chez nos voisins néerlandais et britanniques, les listes d'attente sont ressenties comme un réel problème (8). Les hôpitaux néerlandais ont de longues listes d'attente dans les

(7) Seuls le Luxembourg, auquel s'appliquait le prononcé, et la Belgique, qui possède un système de soins possédant les mêmes caractéristiques que le luxembourgeois, ont adapté leurs procédures pour les soins ambulatoires aux dispositions des arrêts. Par ailleurs, le Danemark, la Finlande et la Grèce ont reconnu une applicabilité partielle et limitée de la procédure à leur système. Voir à ce sujet : Palm W., Nickless J., Lewalle H. et Coheur A., *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*, rapport général, produit pour la Commission européenne, Direction générale pour l'Emploi et les Affaires sociales, Bruxelles, AIM, 2000.

(8) Certaines études ont démontré que les listes d'attente pour des soins sont plus importantes dans les pays ayant une densité moindre de spécialistes, dans les pays où les médecins sont soit rémunérés par abonnement soit sont salariés, et dans les pays où le patient n'a pas un libre accès au spécialiste, voir : Post D. et Stockx L. J., *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, 1997, VI Zorgbehoefte en zorggebruik*, Utrecht, Bilthoven, RIVM, ELSEVIER/ De Tijdstroom, 1997.

secteurs de l'ophtalmologie, de l'orthopédie, de la chirurgie et de la chirurgie plastique (9). De plus en plus de patients cherchent à souscrire des assurances privées pour se faire soigner dans un circuit parallèle (principalement au Royaume-Uni) ou se rendent à l'étranger pour recevoir des soins, parfois payés par une assurance privée, mais souvent à leurs propres frais.

Dans ces pays, les autorités sont fortement pressées de remédier à la situation. Tant aux Pays-Bas qu'au Royaume-Uni, les listes d'attente dans le secteur des soins constituaient une question brûlante lors des dernières élections. De nouveaux plans stratégiques furent déployés pour réduire ces listes et les moyens financiers injectés dans le secteur des soins ont été drastiquement augmentés (10).

L'investissement de moyens supplémentaires en matière de santé ne peut toutefois produire des effets qu'à terme. Attirer des praticiens supplémentaires ou débutants dans ce secteur constitue un processus lent (formation, recrutement) dont le succès dépend des rémunérations et des conditions de travail proposées. Par ailleurs, la création (construction) d'infrastructures supplémentaires exige aussi du temps. Dès lors, les autorités de ces pays sont à la recherche de mesures susceptibles d'aider à résorber le problème des listes d'attente à court terme. Ainsi, elles tentent d'attirer de l'étranger des dispensateurs de soins et même parfois des équipes médicales et paramédicales complètes et concluent des contrats avec des circuits de soins privés et commerciaux. Une autre possibilité réside dans la conclusion de contrats avec des infrastructures à l'étranger en vue de faire soigner les patients.

Les arrêts Kohll et Decker et suivants, favorisent ce processus. Ils obligent les pays qui ne sont pas en mesure de dispenser dans un délai raisonnable les soins nécessaires - repris dans la nomenclature des soins du pays concerné - à rembourser les traitements de patients qui sont allés chercher cette prestation de services dans un autre pays.

Les Etats membres et les assureurs de soins de santé doivent ouvrir en principe sans discrimination leur système contractuel pour la dispense de soins aux dispensateurs et établissements de soins étrangers. En concluant directement des contrats avec des institutions à l'étranger, les financiers du secteur des soins (mutuelles ou autorités) sont à même de conserver un plus grand contrôle sur le coût, le contenu et la qualité des prestations de soins. L'institution étrangère est intégrée dans l'offre propre (11). C'est pour cette raison que les pays qui connaissent des listes d'attente préfèrent cette piste au remboursement des soins aux patients inscrits sur des listes d'attente qui ont été de leur propre initiative chercher de l'aide à l'étranger.

(9) RIVM, *Nationaal Kompas Gezondheidszorg* (<http://www.rivm.nl/nationaalkompas/>).

(10) Pour les Pays-Bas : Deuxième Chambre, *Brief minister en staatssecretaris met het Actieplan Zorg Verzekerd*, zoals toegezegd tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen. La Haye : sessions de l'année 2000-2001, 2000g; 27488, n° 1 O. Pour le Royaume-Uni : *The NHS Plan*, 2000.

(11) Voir entre autres Lewalle H. et Palm W., *op. cit.*

Une certaine confusion règne encore cependant quant à savoir précisément ce qu'est, selon les arrêts, une période raisonnable au cours de laquelle les Etats membres doivent pouvoir garantir des soins et dans quelle mesure cela s'applique aux listes d'attente. L'un des prochains arrêts, l'arrêt Van Riet, apportera, nous l'espérons, plus de clarté dans ce domaine (12).

Au Royaume-Uni, les sections locales du National Health Service (NHS) ont reçu la possibilité de faire soigner des patients à l'étranger. Au cours d'une phase expérimentale, des contrats ont été conclus pour des pathologies spécifiques entre trois autorités locales du Sud du Royaume-Uni et des hôpitaux en Allemagne et en France. De janvier à avril 2002, 200 patients ont été traités à l'étranger (13). On estime que la moitié des patients sur les listes d'attente dans cette région du Sud serait disposée à se faire soigner à l'étranger (14). Dans "*Delivering the NHS Plan - next steps on investment, next steps on reform*", publié par le NHS en avril 2002, le gouvernement britannique indique clairement qu'un plus grand rôle sera dévolu à la pluralité des dispensateurs de soins de santé, y compris des dispensateurs du continent, en vue de fournir des soins aux patients NHS et de résorber les listes d'attente. Ce faisant, on préfère formellement encourager des équipes médicales étrangères à venir s'installer au Royaume-Uni. Cependant, toutes les options restent ouvertes. Des pourparlers sont engagés avec des établissements de soins d'autres pays de l'UE.

Aux Pays-Bas, les assureurs soins de santé sont rendus responsables de l'acquisition (achat) de suffisamment de soins, le cas échéant à l'étranger, et disposent d'une plus grande liberté quant à la conclusion de contrats. Le système des soins y sera plus axé sur la demande que sur l'offre.

Le marché belge des soins possède le profil approprié pour répondre à cette demande supplétive de soins de l'étranger. Notre pays se situe, avec la France et le Luxembourg, dans le groupe de pays où le financement des soins de santé est intégré à la sécurité sociale et où les soins sont remboursés à la prestation. En comparaison avec la plupart des autres Etats européens, nous disposons d'une très grande offre d'infrastructures de soins, continuellement en expansion (15). Du fait de la baisse de la durée moyenne des hospitalisations, certains établissements de soins sont confrontés à une sous-occupation structurelle. Etant donné que ces hôpitaux doivent de toute façon continuer à payer des frais fixes, ils sont susceptibles de connaître des problèmes financiers. La Belgique ne connaît pas le phénomène des listes d'attente et la concurrence entre hôpitaux pour s'attirer les patients est grande. De plus, notre offre d'hôpitaux n'est pas structurée de manière hiérarchique et il n'existe pratiquement pas d'arrangements sur une éventuelle répartition des tâches entre hôpitaux. Le positionnement d'un hôpital sur le marché détermine en majeure partie les services qu'il offre. Certains hôpitaux en périphérie, plus modestes, ont consenti

(12) Affaire C-385/99, *Müller-Frau et Van Riet*.

(13) "Treatment overseas", *Primary Care, an edition of NHS Magazin*, 5 juillet 2002 (<http://www.nhs.uk/nhsmagazine/primarycare/feature3b.asp>).

(14) Extrait des documents préparatoires à la réunion d'experts à Minorque, organisée par la présidence espagnole de l'Union européenne au cours du premier semestre de 2002.

(15) OCDE Eco-santé 2002. et Peers J., *Gezondheidszorg in België : uitdagingen en opportuniteiten*, 1999.

de lourds investissements en personnel et appareillages afin de pouvoir participer à ce marché concurrentiel. Aussi, dans de telles circonstances, le fait d'attirer des patients étrangers peut être un moyen d'assurer la viabilité financière de l'hôpital. Pour les hôpitaux plus grands, attirer des patients étrangers peut signifier des revenus complémentaires, mais aussi constituer une opportunité pour continuer à se spécialiser, et pour acquérir un instrumentaire onéreux et engager, voire garder, de coûteux spécialistes renommés. Les patients étrangers supplémentaires rendent possible de rentabiliser ces investissements. En attirant des patients étrangers pour des pathologies spécifiques, les hôpitaux peuvent en outre atteindre un seuil d'activité critique et acquérir et entretenir l'expérience nécessaire. Par ailleurs, si les soins dispensés à ces patients ne se font pas aux tarifs en vigueur en Belgique, mais sur la base de prix convenus au cours de négociations avec les financiers étrangers, il peut en résulter des conditions avantageuses pour les hôpitaux et les médecins en Belgique (16). Faire venir des patients nantis disposant d'assurances privées peut s'avérer lucratif pour les établissements et les dispensateurs de soins (17). Recruter une clientèle étrangère peut donc être source d'un grand nombre d'avantages pour les hôpitaux belges. Selon un article paru dans le journal *De Morgen*, 25 hôpitaux belges se sont présentés dans une brochure du service de santé britannique pour accueillir et traiter des patients britanniques (18). Par ailleurs, les tarifs hospitaliers en Belgique relativement modiques (19) ne reflètent pas toujours le coût réel.

3. CONSEQUENCES EVENTUELLES SUR LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE

Que signifient des lors ces évolutions pour le secteur des soins de santé en Belgique? Plusieurs analyses nous laissent présumer que les patients qui cherchent, de leur propre initiative, à se faire soigner à l'étranger constituent et constitueront à l'avenir un phénomène limité, qui se présentera principalement dans les régions frontalières

(16) Dans l'arrêt Ferlini (Cour européenne de Justice, Affaire C-411/98 entre A. Ferlini et Centre hospitalier de Luxembourg, 3 octobre 2000), la Cour déclare que rien ne justifie l'application de tarifs différents pour des soins médicaux (dans ce cas précis, pour un accouchement) entre des individus affiliés au système de sécurité sociale national et des fonctionnaires des Communautés européennes, à défaut d'une justification objective, puisque ceci implique une discrimination interdite sur la base de la nationalité. Sur la base de cette affaire, il n'est dès lors, en principe, pas permis d'appliquer des « tarifs lucratifs », ou des tarifs spécifiques pour des patients étrangers. Les rapports entre cet arrêt et les arrêts Kohll et Decker, où devraient être appliqués les tarifs de l'institution de financement du patient étranger ne sont cependant pas clairs.

(17) Pour les motifs des hôpitaux, voir e.a. : Van Thillo, J. et Pouders E. *Internationalisering in de gezondheidszorg. Hoe kan Uw ziekenhuis zich openstellen? Een bedrijfseconomische analyse naar aanleiding van de arresten Decker-Kohll*, Anvers, Pricewaterhouse-Coopers, 15 janvier 1999.

(18) *De Morgen* du 2 février 2002.

(19) Selon *The Economist* du 1er septembre 2001, pour une opération de placement d'une prothèse, dans le privé, les prix vont de 5.000 £ en Belgique à 5.500 £ en Allemagne et montent jusqu'à 6.750 £ au R-U. Voir également : Starmans B., Leidl R. et Rhodes G., "A comparative study on cross-border care in the Euregio Meuse-Rhine", *European Journal of Public Health*, 1997, N° 7 (suppl. 3), pp.33-41.

et pour des affections spécifiques graves (20). La faible superficie de la Belgique, le grand nombre de frontières par rapport à sa surface, font que, toutes proportions gardées, il existe beaucoup d'établissements de soins de l'autre côté de la frontière à proximité des assurés belges et vice-versa. C'est pourquoi en Belgique le flux des patients qui, de leur propre chef, traversent la frontière pour consommer des soins est plus important, bien que limité, que dans les autres Etats européens. Les soins transfrontaliers sur la base du règlement européen de coordination ont représenté en 2000 2,25 % du budget total de l'INAMI (20a). Un certain nombre d'initiatives dans les zones frontalières visent à assouplir l'accès aux soins transfrontaliers pour les habitants des régions frontalières des deux côtés de la frontière, sur la base du Règlement européen de coordination (21).

La situation devient cependant tout autre lorsque des financiers de soins étrangers (publics et privés) concluent unilatéralement des contrats avec les établissements de soins belges pour faire soigner en Belgique des patients de manière systématique et organisée. Il s'agit ici d'une évolution récente, souvent encore au stade de discussions exploratoires et de négociations. Les données chiffrées sur ces développements sont rares et ne sont pas toujours fiables, comparables et univoques.

Il ressort d'une enquête récente du ministère de la Santé publique belge auprès des hôpitaux belges que, près d'1,7 % des admissions dans les hôpitaux belges au cours du deuxième semestre de 2001 concernaient des patients non belges, habitant dans un autre pays de l'UE. Le mode de financement des soins accordés à ces patients n'a pas été spécifié dans l'enquête. Une importante partie de ces admissions portait sur des urgences au cours d'un séjour temporaire en Belgique. Plus de la moitié des patients sont des Néerlandais admis dans des hôpitaux en Flandre. Cette enquête indique également que la présence des patients néerlandais dans les hôpitaux belges augmente. Cette augmentation a surtout lieu en Flandre et à Bruxelles (22).

L'assureur soins de santé néerlandais CZ, qui compte parmi ses membres d'assurés particuliers et d'assurés mutualisés aurait d'août 2001 à mai 2002 il a dirigé près de 1.300 affiliés vers deux hôpitaux flamands pour y suivre un traitement programmé, sur la base d'un contrat direct avec ces établissements, donc indépendamment du Règlement de coordination (23). Ce chiffre est à placer en regard des

(20a) Réponse du Ministre Vandenbroucke à la question parlementaire 2-764 de la Sénatrice Erika Thijs. Sont compris dans ces chiffres, les soins dispensés pendant des séjours temporaires ou de longues durée à l'étranger.

(20) Voir entre autres Hermesse J., "L'ouverture des frontières aux patients. Quelles conséquences économiques?", *Soins sans frontières dans l'Union Européenne?*, Symposium International, Luxembourg, A.I.M., 1999 ; Palm, W. *et al.*, 2000, *op cit.*; Brouwer, W.B.F. *Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa, een economische verkenning*, RVZ, Zoetermeer, 1999.

(21) Pour un aperçu, voir : Baeten R., *De gevolgen van de Europese eenmaking voor de organisatie en de verstrekking van de gezondheidszorgen in België, patiëntenmobiliteit en grensoverschrijdende zorg*, Bruxelles, OSE, novembre 2000.

(22) Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, *European foreign patients in the Belgian hospitals: A survey of the Belgian Ministry of Public Health form 1/7/01 to 31/3/02*, juin 2002.

(23) Information orale.

2.849 admissions en Flandre de patients domiciliés aux Pays-Bas, figurant dans le rapport du ministère dans 39 hôpitaux au cours de la période de juillet à décembre 2001 et des 1.145 admissions de patients en provenance des Pays-Bas signalés dans le courant des trois premiers mois de 2002 dans 29 hôpitaux. Les patients néerlandais sont donc très probablement concentrés actuellement dans quelques hôpitaux flamands. Cet assureur a également négocié des contrats similaires avec d'autres hôpitaux et d'autres assureurs néerlandais prennent des initiatives semblables. Le NHS britannique mène également des négociations avec certains établissements de soins belges. Tout semble dès lors indiquer que nous nous trouvons ici au début d'un nouveau processus.

Quant au contenu de ces contrats, aux tarifs qui sont portés en compte, au mode de paiement, etc., nous ne disposons actuellement de quasiment aucune donnée. Si les financiers des soins de santé étrangers (privés ou publics) concluent des contrats avec des établissements de soins belges, en dehors du cadre du Règlement européen de coordination, sans qu'y soient impliquées les autorités concernées, les risques suivants sont à craindre :

■ Durées d'attente plus longues ?

Dans la mesure où il est question d'une surcapacité des dispositifs et des dispensateurs de soins dans les hôpitaux belges, les patients étrangers sont susceptibles d'alléger la pression financière sur ces derniers. Dans la récente enquête du ministère de la Santé publique, mentionnée ci-dessus, les hôpitaux ont déclaré avoir suffisamment de capacités pour admettre les patients étrangers. Il est toutefois important de surveiller cette situation. Les hôpitaux ne reconnaîtront pas facilement qu'ils admettent des patients étrangers, mais que leur capacité pour ce faire est insuffisante. Ceci signifierait qu'ils avouent accorder la priorité aux patients étrangers. La vigilance est de mise surtout si les hôpitaux concluent des contrats avec des financiers étrangers pour des pathologies spécifiques ou des contrats par lesquels ils s'engagent à réserver une capacité déterminée exclusivement aux patients étrangers. Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle des patients néerlandais sont concentrés dans quelques hôpitaux flamands mérite que l'on suive de près la situation.

■ Prix plus élevés ?

Il est tout aussi plus important de s'arrêter au fait que de nouvelles formules de contrats sont introduites dans notre système des soins. Jusqu'à présent, notre système de soins, tout comme la plupart des autres en Europe, était relativement fermé, avec des dispensateurs et des mutuelles qui opéraient sur le territoire national pour les citoyens résidant à l'intérieur de ce territoire et les pouvoirs publics qui créaient un cadre pour les normes de qualité, les moyens budgétaires, etc. Dans notre système, les tarifs sont déterminés par des négociations collectives entre assureurs maladie et dispensateurs de soins et, ensuite, approuvés par les autorités publiques. Cette politique est le résultat d'un grand nombre d'équilibres subtils qui doivent garantir de part et d'autre la viabilité financière du système et l'accessibilité à un vaste ensemble de soins à quasiment la totalité de la population, dans un système principalement

mis à exécution par des acteurs privés. Du fait de l'introduction de financiers de soins de santé étrangers qui négocient directement en dehors de tout cadre administratif avec des dispensateurs et des établissements de soins, ces équilibres peuvent être mis à mal. Il est tout à fait vraisemblable que les dispensateurs de soins réussissent à négocier des tarifs plus avantageux dans leurs contrats. Les financiers publics de soins de santé des pays soumis à des listes d'attente subissent en effet de fortes pressions politiques pour remédier aux problèmes, et leur solution alternative consiste à faire appel à un circuit de soins privés dans leur propre pays, où les tarifs sont libres. Les financiers privés de soins de santé qui achètent des soins pour des patients qui disposent de moyens financiers peuvent également proposer des tarifs plus élevés. De telles évolutions sont susceptibles de faire monter la pression en vue également d'augmenter les tarifs sur le plan national. Par ailleurs, dans le chef des établissements de soins, ceci donne un signal d'encouragement à accorder la priorité aux patients étrangers.

■ Circuits parallèles de soins de santé ?

Cela signifie que, pour les institutions, il peut s'avérer plus intéressant d'admettre des patients étrangers que des patients belges. Pour les médecins aussi, il peut sembler plus rentable de soigner des patients étrangers parce que les tarifs conventionnels ne s'appliquent pas à eux. Le risque existe que les hôpitaux se mettent à sélectionner des patients riches ayant souscrit des assurances privées ou des patients souffrant de pathologies lucratives. Cette évolution s'accompagne d'un danger de voir naître un système de soins de santé à deux vitesses : les patients belges aisés qui souhaitent être soignés plus rapidement ou dans un cadre plus luxueux peuvent également tenter de faire appel à ces infrastructures.

■ Médicalisation à outrance ?

Les institutions qui mènent une politique consciente d'attraction des patients étrangers, ont de ce fait la possibilité de continuer à se spécialiser. Pour les hôpitaux, cette spécialisation représente un avantage concurrentiel, y compris dans le recrutement de patients nationaux. Dans ces institutions, l'offre continuera à glisser des soins « normaux » vers des soins plus spécialisés, et ceci alors que notre pays dispose déjà d'une très vaste offre et surabondance d'équipements et de dispositifs techniques, en comparaison avec d'autres pays industrialisés. Puisque, dans le secteur des soins de santé, l'offre supplémentaire a tendance à créer une demande supplémentaire (provi-der induced demand) (24), cela peut signifier que de nouveaux problèmes de santé seront médicalisés et que, dans ces établissements, les affections y compris de patients nationaux seront inutilement traitées dans un circuit de plus grande spécialisation. Nous trouvons une illustration de ce glissement du flux des patients vers des circuits plus spécialisés dans le projet de l'Eurégion Meuse-Rhin. Du fait de l'assouplissement de l'accès aux soins de santé transfrontaliers, les hôpitaux périphériques

(24) Voir entre autres Lapré R. *et al.*, *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999.

de la région germanophone de Belgique voient passer une partie de leurs patients dans le circuit des hôpitaux universitaires de l'autre côté de la frontière (vers Aix La Chapelle et Maastricht).

Jusqu'à présent, dans les évolutions que l'on observe ici, les pouvoirs publics sont très peu voire quasiment pas du tout impliqués. Les contrats sont directement conclus entre les assureurs étrangers et les autorités, d'une part, et, d'autre part, les institutions belges. Les pouvoirs publics disposent de très peu d'informations sur ce qui s'y passe, sur le contenu des contrats, leur étendue, les prix en vigueur, les procédures, etc. Et, pourtant, ils sont directement concernés en tant qu'acteurs chargés de préserver la qualité et l'accessibilité des soins et la viabilité financière du système de soins. Or, il s'avère que, d'après ce que nous avons mentionné plus haut, ce caractère social de notre système risque d'être mis sous pression par cette nouvelle situation. Par ailleurs, les pouvoirs publics sont également le financier des soins, via le paiement du prix à la journée de soins et via les subventions des frais d'investissement dans les hôpitaux.

C'est pourquoi il est extrêmement important que les pouvoirs publics disposent de suffisamment d'informations et de prise sur les flux de patients et les contrats établis entre établissements belges de soins et dispensateurs de soins étrangers : sur le contenu des contrats, le nombre de patients, la nature des pathologies, les modes de paiement, etc. Si les systèmes de soins veulent continuer à remplir leur mission de base - à savoir, offrir des soins de santé de qualité et accessibles à tous -, il est indispensable de conclure des accords entre les autorités compétentes des pays concernés, ceci afin de créer un cadre au sein duquel les dispensateurs et les financiers peuvent conclure des contrats.

Au moment d'écrire cet article (septembre 2002), les autorités britanniques et belges semblaient négocier avec succès en vue d'un tel cadre. Cet accord-cadre prévoit le financement des soins via une forme assouplie du Règlement européen de coordination, ce qui offre plus de garanties de transparence et peut-être de prévention d'un certain nombre des risques décrits ci-dessus.

4. REACTIONS EUROPEENNES A LA JURISPRUDENCE RELATIVE A LA MOBILITE DES PATIENTS

Nous avons déjà mentionné ci-dessus les arrêts qui ont joué un rôle dans les évolutions au sein du secteur hospitalier belge. La plupart des pays européens se consultent sur la manière dont ces arrêts doivent être appliqués à leur système de soins. Ce faisant, bien des problèmes voient le jour.

En voici quelques-uns :

- problèmes pour déterminer le prix exact et le tarif de remboursement correct pour des soins que les patients ont reçus à l'étranger. La qualité des soins, leur contenu, les qualifications de leur dispensateur, l'établissement dans lequel ils sont dispensés (par exemple ambulatoires ou intramuraux) sont susceptibles de diverger fortement d'un pays à l'autre ;
- les Etats membres peuvent difficilement imposer aux dispensateurs et aux établissements de soins de l'étranger les mêmes exigences en matière de qualité, de coût-efficacité, de respect d'un cadre budgétaire, qui s'appliquent aux dispensateurs et établissements de soins nationaux. Les possibilités de contrôle de tels critères (p. ex. services d'inspection) à l'étranger sont très limitées ;
- si les dispensateurs et les établissements de soins étrangers ne doivent (peuvent) pas se tenir aux réglementations, les dispensateurs et établissements de soins nationaux sont susceptibles de contester ces réglementations nationales avec l'argument que les règles qui leur sont imposées les discriminent par rapport aux services à l'étranger.

Les arrêts Smits-Peerbooms et Vanbraekel de juillet 2001, que nous avons commentés ci-dessus, n'ont sûrement pas été de nature à apaiser l'inquiétude qui avait vu le jour dans les Etats membres après les prononcés dans les affaires Kohll et Decker. De plus en plus d'Etats membres ressentent désormais la nécessité de mettre ces problèmes à la discussion au niveau européen. Par ailleurs, les Etats sont aussi de plus en plus conscients que ces arrêts s'intègrent dans une problématique nettement plus vaste, qui résulte de l'application des règles du Traité européen relatives au marché unique à certains aspects des soins de santé. Dès lors, il ne s'agit pas seulement des règles en rapport avec la liberté de circulation des services, ayant été appliquées dans les arrêts commentés ci-dessus, mais aussi des dispositions relatives à la liberté de circulation des personnes et des marchandises et des règles européennes relatives au droit de la concurrence. Ces règles n'ont pas été établies en vue de leur application aux systèmes de soins de santé. Cependant de plus en plus d'aspects de celles-ci sont déclarés valides pour les systèmes de santé. Ceci entraîne dans plusieurs domaines des effets non souhaités susceptibles de toucher à la qualité, à l'accessibilité et à la viabilité financière des systèmes.

L'énorme résistance qu'opposaient les Etats membres à une discussion au niveau européen de la politique de la santé commence peu à peu à s'effriter. Au départ d'approches et de domaines de compétence différents, certaines initiatives politiques voient le jour dans différentes institutions européennes.

- La présidence belge de l'Union européenne au cours du seconde semestre 2001 a organisé une conférence « *Intégration européenne et systèmes nationaux de soins de santé : un défi pour la politique sociale ?* ». Cette conférence a été une première amorce pour mettre la problématique de l'impact des règles économiques commu-

nautaires sur les systèmes nationaux de soins de santé à l'agenda politique. Une étude, menée à la demande du ministre Vandembroucke par une équipe d'experts sous la direction du Professeur Elias Mossialos, en vue de préparer cette conférence, présente un bon aperçu de la problématique (25). « L'executive summary » de ce rapport, écrit pour un public de décideurs politiques et de managers du secteur de la santé, figure dans le présent numéro. Suite à cette conférence, les conclusions de la présidence du sommet de Laeken de décembre 2001 ont inséré le passage suivant : « Une attention particulière devra être accordée à l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins de santé des Etats membres ».

■ La présidence espagnole de l'Union européenne a placé explicitement et pour la première fois le thème de la mobilité des patients à l'agenda politique au cours de l'année 2002.

L'intérêt particulier de l'Espagne sur ce sujet a été en partie suscité du fait de problèmes internes au pays. De nombreux retraités d'Europe du Nord, résident pendant de longues périodes le long du littoral espagnol. Les soins leur sont dispensés par les établissements de soins régionaux, la compensation des frais consentis est toutefois payée à l'autorité centrale madrilène par les autorités étrangères et assureurs-maladie. Les services locaux de soins de santé ne perçoivent généralement pas de compensation pour la charge de travail et de frais supplémentaires auxquels ils sont exposés du fait de l'administration de soins à des patients étrangers. La ministre espagnole de la Santé publique qui prit l'initiative de cette conférence, Celia Villalobos, provient de la région côtière de Malaga. Par ailleurs, l'Espagne connaît également des listes d'attente pour certains traitements médicaux, et les autorités craignent que les patients concernés n'aillent chercher des soins à l'étranger. La présidence espagnole tentait ainsi de mettre à profit le climat européen favorable pour discuter sur le plan politique de la mobilité des patients, pour un agenda politique en grande partie espagnol interne. Le processus lancé par les Espagnols, semble toutefois devoir mener nettement plus loin que les objectifs que les Espagnols avaient mis en évidence.

L'Espagne a organisé sur le thème de la mobilité des patients une réunion informelle des ministres de la santé publique, à Malaga, (en février) et une réunion d'experts (fin mai) en guise de préparation du Conseil de santé publique qui a eu lieu le 26 juin dernier.

Le passage suivant extrait du compte rendu de la réunion à Malaga mérite d'être souligné: « Se croiser les bras n'est pas une option raisonnable. La politique des soins de santé doit être dirigée par les hommes politiques et il ne semble guère indiqué pour la santé des patients en Europe d'admettre que les tribunaux dessinent la politique des soins de santé » (traduction libre).

A la réunion d'experts en mai 2002 à Ménoce, avec des participants désignés par les Etats membres, quatre thèmes ont été étudiés :

(25) Mossialos E. et Mc Kee M., *EU law and the Social Character of Health Care*, P.I.E. Peter Lang, Bruxelles, 2002.

- Des centres de référence spécialisés;
- Le partage des surcapacités pour des patients sur des listes d'attente;
- Les soins transfrontaliers dans des zones frontalières;
- Des soins aux personnes résidant pour une plus longue période dans un autre pays.

Ainsi, lors du Conseil des ministres de la Santé du 26 juin 2002, des conclusions ont été adoptées sur la mobilité des patients. Ces conclusions mettent en avant la nécessité d'une coopération renforcée entre Etats membres afin de promouvoir l'accessibilité à des soins de santé de qualité et, simultanément, de garantir l'équilibre financier des systèmes de soins de santé européens. La décision la plus importante dans ces conclusions réside dans le lancement d'un «processus de réflexion de haut niveau » sur la mobilité des patients en coopération avec les ministres de la santé publique et d'autres intéressés majeurs. Ce processus doit déboucher sur des conclusions en vue d'éventuelles mesures ultérieures.

La décision de lancer ce processus est un pas important, compte tenu de la résistance qui existait jusqu'à tout récemment dans un grand nombre d'Etats membres quant à une discussion sur le plan politique au niveau européen des soins de santé. La plupart des Etats membres se sont toujours scrupuleusement gardés, pour des raisons compréhensibles, de toute immixtion européenne dans leur système de santé. Maintenant que l'on remarque que l'Europe s'est malgré tout infiltrée dans les systèmes de soins de santé par le biais du marché intérieur, les Etats membres ressentent la nécessité de chercher une réponse à ces défis à l'échelon européen ou multilatéral. Pourtant, une résistance persiste quant à la formalisation de ces questions au niveau européen. Le Conseil n'a pas accepté l'institution d'un Comité de Haut Niveau officiel (institutionnalisé) mais s'est contenté de proposer un « processus de réflexion de haut niveau ». Ceci reflète le souhait de souligner le caractère intergouvernemental de l'initiative, au lieu du caractère supranational. Une proposition, dans une version précédente des conclusions du Conseil, visant à appliquer la méthode ouverte de coordination (voir explications ci-dessous) en liaison avec la mobilité des patients n'a pas non plus abouti. La résistance à l'application de la méthode de coordination dans le domaine de la (des soins de) santé reste manifeste. D'autre part, il est important que, dans ses conclusions, le Conseil reconnaisse que d'autres évolutions, comme les développements sur le plan du marché intérieur, exercent des effets sur les systèmes de soins de santé. Le Conseil est d'avis que ces évolutions doivent concorder avec les objectifs de la politique de santé des Etats membres ainsi qu'avec les principes généraux de solidarité, d'équité et d'universalité.

■ En mai 2002, au cours d'une procédure de conciliation, le Parlement européen et le Conseil approuvaient un programme d'action sur le plan de la santé publique (26). Ce programme d'action prévoit entre autres la possibilité d'entreprendre des initiatives en vue « d'améliorer les analyses et la connaissance de l'impact du développement de la politique de santé et d'autres mesures politiques et activités communautaires, telles que le marché intérieur, sur les systèmes de santé, plus précisément de leur contribution à un haut niveau de protection de la santé des personnes ... » (traduction libre). Ceci est un nouveau paragraphe qui ne figurait pas comme tel dans la proposition initiale de 2000 de la Commission et qui a peut-être été inspiré par les développements qui se sont produits depuis.

■ En plus de ces initiatives qui se sont développées en vertu des compétences de santé publique européenne, un processus a également été lancé dans le cadre de la politique européenne en matière de protection sociale. Le Conseil européen de Lisbonne (27) a confirmé que les systèmes de protection sociale doivent être réformés, entre autres pour pouvoir continuer, dans le futur aussi, à offrir des prestations de soins de santé de haute qualité (27a). Afin de réaliser les objectifs en matière de protection sociale, ce Conseil européen a plaidé pour une coopération renforcée entre les Etats membres, dans le cadre d'échanges d'expériences et de meilleures pratiques à l'aide de réseaux d'information améliorés (le processus de Lisbonne). Pour mettre cette stratégie en œuvre, le Conseil de Lisbonne a introduit la « méthode ouverte de coordination ». Cette méthode implique la fixation de directives européennes et de planifications spécifiques pour atteindre les objectifs fixés collectivement, la détermination d'indicateurs et de « benchmarks » (points repères) comme moyen de comparaison des meilleures pratiques, la traduction des directives européennes dans les lignes politiques nationales et régionales en fixant des buts spécifiques et en adoptant des mesures qui tiennent compte des différences nationales et régionales, un examen et une évaluation périodiques ainsi qu'un examen par des experts, organisés à l'instar d'un processus mutuel d'apprentissage. Un Comité de la Protection sociale composé de fonctionnaires de haut niveau des Etats membres a été installé en vue d'activer cette stratégie en matière de protection sociale (28).

Afin de préparer l'application de ce processus de Lisbonne aux soins de santé, le Conseil de mars 2002 a approuvé un rapport introductif sur les lignes politiques en matière de soins de santé et de soins aux personnes âgées (29). Le rapport plaide

(26) Le Parlement européen et le Conseil, *Décision du Parlement européen et du Conseil en vue de la fixation d'un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)*, 15 mai 2002, PE-Cons 3627/02 SAN 56 CODEC 590.

(27) 23 et 24 mars 2000.

(27a) Ainsi que favoriser l'emploi, préserver les pensions et promouvoir l'inclusion sociale.

(28) De La Porte C. et Pochet P., « Une stratégie concertée en matière de sécurité sociale au plan Européen », *Revue belge de sécurité sociale*, 2ème trimestre 2000, pp. 471-490 et Pochet, Ph. « La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et la méthode ouverte de coordination », *Revue belge de sécurité sociale*, 1er trimestre 2002, pp. 159-177.

(29) Conseil de l'Union européenne, *Rapport introductif sur les soins de santé et les soins aux personnes âgées*, document 6361/02 SOC 82 ECOFIN 61 SAN 23 du 25 février 2002.

pour l'échange d'informations et pour les meilleures pratiques, mais ne parvient cependant pas à décider d'appliquer la méthode ouverte de coordination dans ce domaine. Pour 2002-2003, le rapport propose d'analyser en tout premier lieu les infrastructures de soins destinées aux personnes âgées. Pour ce qui est de la problématique initiée par les arrêts de la Cour européenne de Justice quant à la libre circulation des patients, le rapport renvoie aux activités à ce propos dans d'autres formations du Conseil. Il vise ainsi les initiatives dans le cadre du Conseil des ministres de la Santé. En réaction à ce rapport, le Conseil européen de Barcelone a prié la Commission et le Conseil d'examiner en profondeur les questions de l'accessibilité, de la qualité et de la viabilité financière des soins de santé d'ici le Conseil européen du printemps de 2003.

Ce rapport fait ressortir une fois de plus la résistance des Etats membres quant à une comparaison et une évaluation des systèmes de soins de santé à un niveau européen, ainsi qu'à la mise en pratique de la méthode ouverte de coordination à ce domaine. Le fait que la problématique est réduite, du moins temporairement, aux soins aux personnes âgées, illustre également cette résistance, mais peut également s'expliquer au départ des objectifs des initiatives européennes en matière de protection sociale, c'est-à-dire s'efforcer de rendre les systèmes plus efficaces et de tenir compte du vieillissement de la population, pour alléger la pression financière sur les dépenses de sécurité sociale. Pourtant, l'analyse des soins de santé aux personnes âgées mènera inévitablement à une analyse du système global de soins de santé. Bien qu'un certain nombre d'infrastructures soient exclusivement axées sur les personnes âgées, la majorité d'entre elles (notamment celles chargées de dispenser des soins en cas de malades aigus) ne sont en effet pas spécifiques à l'âge.

5. CONCLUSION

Ces deux dernières années, l'Union a été confrontée à une évolution rapide dans l'interaction entre systèmes de soins de santé, tant au niveau de la dispense de soins qu'au niveau politique, principalement en réaction à la jurisprudence de la Cour européenne de Justice sur l'applicabilité des règles européennes en matière de libre prestation de services sur le plan des soins de santé. Les autorités et les mutualités qui opèrent dans le cadre de l'assurance-maladie publique explorent les possibilités de conclure des contrats directs avec les établissements de soins d'autres pays. Au niveau de l'UE, les Etats membres tentent de mettre sur la table les problèmes qui en découlent. Pour la première fois, il existe un large consensus pour discuter au niveau européen de certains aspects de l'organisation des systèmes de soins de santé.

Un certain nombre de tensions continuent cependant à parcourir le processus de décision politique, verticalement en ce qui concerne les compétences entre Etats membres et les institutions européennes, horizontalement entre les responsables politiques des affaires sociales et les responsables de la santé publique ainsi qu'entre la politique de santé et la politique sociale d'une part et la politique économique et la politique du marché intérieur d'autre part.

Chez les responsables de la santé publique et des affaires sociales, la nécessité d'une collaboration plus étroite dans ce domaine s'impose de plus en plus. Entre-temps, les différents documents politiques renvoient systématiquement à l'indispensable coordination avec d'autres initiatives dans le domaine des systèmes de soins. Nous assistons aussi à la naissance d'une répartition des tâches entre organes « sociaux » et organes de « santé publique ». L'application du processus de Lisbonne et de la méthode ouverte de coordination aux soins de santé et aux soins aux personnes âgées relève des organes sociaux et économiques (formations du Conseil, Directions générales et Comités). Le traitement de la problématique de l'impact des règles du marché intérieur sur les soins de santé et du problème de la mobilité des patients qui y est associé, fait l'objet d'un examen dans les organes (formations du Conseil et Directions générales) compétents en matière de santé. Par ailleurs, on discute aussi ouvertement du transfert de compétences liées aux soins de santé (médicaments, dispositifs médicaux, qualifications professionnelles) des organes ayant autorité pour le marché unique et pour l'industrie vers les organes exerçant leurs compétences dans le domaine de la santé publique.

Bien du chemin a été accompli y compris pour ce qui est de la tension née de la répartition des compétences entre niveaux européen et national. Jusque tout récemment, toute tentative visant à mettre à la discussion la politique des soins de santé au niveau européen était directement bloquée par les Etats membres qui, à cet effet, faisaient appel au principe de la subsidiarité et au Traité qui affirme que l'organisation et le financement des systèmes de santé sont de la compétence des Etats membres. A présent, les Etats membres, en général, ont compris que, pour préserver les principes de base de leurs systèmes - à savoir la solidarité, la justice et l'universalité ils doivent inclure - les garanties nécessaires au niveau européen. Le temps semble mûr pour une discussion sur le fond quant à l'impact du marché unique sur les systèmes de soins de santé.

Une grande réserve se maintient quant à la discussion au niveau européen d'autres aspects des systèmes de soins. Les Etats membres ne semblent pas vraiment disposés à produire une comparaison systématique de leurs systèmes de soins respectifs et de recourir pour cette matière à la méthode ouverte de coordination, du moins pas au niveau politique. A un niveau plutôt technique, cette ouverture semble cependant exister dans le cadre du programme d'action pour la santé publique. La résistance à l'application de la méthode ouverte de coordination peut aussi s'expliquer étant donné la complexité du domaine. Les systèmes de soins de santé consistent en des interactions entre financiers publics, exécutants privés des secteurs marchands et non marchands, et patients qui bénéficient des soins. La vaste gamme de parties concernées et intéressées, le risque toujours présent d'un usage impropre des moyens disponibles, la possibilité de substitution entre différentes formes de soins, etc., rendent la quête de réponses aux défis dans ce secteur très complexe et la comparaison entre les systèmes des différents pays difficile. Par ailleurs, dans ce secteur, l'échange des meilleures pratiques se déroule à d'autres niveaux que pour les autres domaines de la protection sociale. Il ne s'agit pas seulement d'échanger

des expériences sur des mesures politiques et des initiatives des autorités. En effet, l'échange d'expériences et de meilleures pratiques est pour le moins tout aussi important sur le terrain, entre cliniciens et dispensateurs. Un Comité de la protection sociale avec des fonctionnaires des États membres n'est pas l'instance la mieux appropriée pour mener des discussions sur ce plan.

Il est toutefois probable que les évolutions initiées par la jurisprudence de la Cour européenne de Justice incitent également les États membres à procéder plus volontiers à une comparaison de leurs systèmes respectifs. Avec des patients qui sont incités à faire leurs emplettes en Europe, des financiers qui se mettent en quête de soins à l'étranger pour leurs affiliés et l'obligation d'apprécier la reconnaissance scientifique d'une méthode de traitement sur la base d'un consensus européen plutôt que national, il sera de plus en plus indispensable de comparer à un niveau européen les prix, le contenu des soins administrés, les modes de paiement, la qualité des soins dispensés, les modes sur lesquels les patients sont renvoyés à des spécialistes, les critères de prescription, etc. Dans ce cadre, la détermination d'un ensemble minimal de soins assurés partout en Europe et la fixation de normes de qualité pour les établissements de soins semblent également judicieuses, surtout si l'on tient compte de l'élargissement de plus en plus proche de l'Union européenne.

La conviction s'accroît, et nous en avons commenté plusieurs exemples, qu'en son état actuel, le Traité n'offre qu'insuffisamment de garanties de sauvegarde des objectifs sociaux des systèmes de soins de santé européens dans le cadre du développement du marché unique européen. Dans ce contexte, les discussions qui sont actuellement menées dans le cadre de la Convention pour l'Avenir de l'Europe sont d'une importance capitale. Ce faisant, il s'agit de trouver une réponse au problème que le ministre belge Vandembroucke formulait comme suit dans son allocution à l'Institut Max Planck de Cologne : « les États membres ont perdu une plus grande part de contrôle sur les politiques sociales nationales en raison des pressions émanant de l'intégration des marchés que l'UE n'a, *de facto*, gagné en autorité transférée, aussi substantielle que celle-ci puisse être. Dès lors, le fossé se creuse dans notre capacité de conduite de la politique sociale » (30).

(Traduction)

(30) Vandembroucke F., *The EU and social protection: what should the European Convention propose?*, Article présenté à l'Institut Max Planck pour l'Etude des Sociétés, Cologne, le 17 juin 2002.

TABLE DES MATIERES

MOBILITE DES PATIENTS ET REPONSES POLITIQUES DE L'UE

1. INTRODUCTION	871
2. PATIENTS ETRANGERS DANS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS BELGES : TOILE DE FOND ET MOTIFS	871
3. CONSEQUENCES EVENTUELLES SUR LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE	876
4. REACTIONS EUROPEENNES A LA JURISPRUDENCE RELATIVE A LA MOBILITE DES PATIENTS	880
5. CONCLUSION	885