

L'impact potentiel sur les systèmes de soins de santé de la proposition de directive sur les services

La proposition de directive sur les services dans le marché intérieur est d'application sur les services de soins de santé et les services fournis par des professions réglementées, comme les professions médicales. Un article – l'article 23 – traite explicitement de la prestation des soins de santé. Il concerne la prise en charge financière des soins de santé dispensés dans un autre État membre (art 23). Toutefois, l'impact potentiel sur les systèmes nationaux de soins de santé dépasse largement l'article en question. En effet, la proposition de directive est applicable sous tous ses aspects dans ce secteur comme dans n'importe quel autre secteur commercial, puisque les soins de santé répondent à la définition de service qui figure dans la proposition de directive.

La proposition de directive est d'application lorsque le patient se déplace vers le pays où le prestataire de soins est établi pour y recevoir des soins, lorsque le prestataire de soins se déplace vers l'État membre du patient pour prodiguer des soins et lorsque les soins sont prodigués à distance (télémédecine, par exemple). L'inclusion des services de soins de santé dans la proposition a suscité un certain émoi. Des craintes se sont fait jour de voir la directive enclencher dans le secteur une spirale de dérégulation qui pourrait remettre en question l'accessibilité et la qualité des soins et la viabilité financière des systèmes de soins de santé reposant sur un financement public.

Le présent article examine la proposition de directive du point de vue des systèmes nationaux de soins de santé et il souligne les dispositions qui ont potentiellement un impact important sur ce secteur. Lorsque la proposition de directive parle de « services »,

nous lirons donc « services de soins de santé » ou « prestataires de soins de santé ». Nous entendons par prestataire de soins de santé à la fois le professionnel indépendant et l'institution qui prodigue des soins ambulatoires ou intra muros. Lorsque la proposition de directive parle de « destinataire de services », nous traduirons par « patient ».

Liberté d'établissement

La section de la proposition consacrée à la liberté d'établissement comporte une première série de règles essentielles pour les systèmes nationaux de soins de santé. Cette section oblige les États membres à simplifier ou à supprimer un grand nombre de procédures d'autorisations et d'octroi de licences, et à limiter le nombre de documents requis pour accéder à une activité de service dans le secteur des soins de santé et à l'exercice d'une profession médicale.

Par exemple, il n'est pas permis d'exiger la fourniture de documents d'un autre État membre sous forme d'original, de copie certifiée conforme ou de traduction certifiée conforme sauf dans les cas prévus par d'autres instruments communautaires (par exemple, reconnaissance des qualifications professionnelles) ou exception objectivement justifiée par une raison impérieuse d'intérêt général (art. 5).

En outre, les États membres doivent se livrer à un exercice important d'examen pour identifier et évaluer les procédures et les conditions imposées aux prestataires de soins désireux de s'établir pour une période indéterminée dans leur État. Les États membres doivent vérifier que ces exigences imposées pour l'établissement sont non discriminatoires, nécessaires et proportionnelles, faute de quoi elles doivent être supprimées (art. 15). Les conditions qui doivent être soumises à un tel examen concernent notamment la législation

nationale sur la planification de l'offre de soins de santé, les normes relatives au personnel dans les institutions de soins de santé, les mécanismes de fixation des prix, les systèmes de référence, etc., soit autant d'instruments essentiels pour l'organisation des systèmes nationaux de soins de santé. Après l'entrée en vigueur de la directive, les États membres ne seront plus autorisés à introduire de nouvelles exigences de ce type, sauf si des circonstances nouvelles imposent leur adoption. La Commission examinera la compatibilité de toute exigence nouvelle avec le droit communautaire et elle peut empêcher l'adoption de l'exigence en question ou imposer sa suppression.

Dans une consultation lancée le 22 avril 2004, la Commission a clarifié ses intentions après l'entrée en vigueur de la directive. La Commission propose que les États membres soient tenus de notifier tout nouveau projet de règle nationale dans le domaine des services (de soins de santé), afin de permettre à la Commission et aux autres États membres de s'assurer que le projet ne présente pas d'obstacles au marché intérieur. Durant cette période, les États membres ne seraient pas autorisés à adopter les projets en question. La Commission européenne serait compétente pour donner des mandats de normalisation aux organismes européens de normalisation. Dans le cas où un mandat de normalisation a été confié, les États membres seraient obligés de marquer une pause s'agissant des activités nationales de normalisation et de retirer leurs normes en cas de conflit entre ces normes et les normes européennes.

Les règles nationales qui sont visées par les dispositions dans la directive constituent les instruments de base aux mains des autorités responsables des soins de santé dans les États membres pour garantir une répartition équilibrée de l'offre de soins de santé, des

prix abordables et une utilisation efficace de fonds publics limités. La proposition de directive ne dit pas que les pouvoirs publics ne sont plus autorisés à émettre de telles règles. La proposition de directive n'en crée pas moins une terrible insécurité juridique pour les autorités en charge des soins de santé. Quelles sont les règles qui seront acceptées parce que justifiées par une raison impérieuse d'intérêt général ? La proposition de directive ne le pré-

■

« La proposition de directive crée une terrible insécurité juridique pour les autorités en charge des soins de santé ».

cise pas : un texte ayant une portée aussi large et aussi horizontale que celui de cette directive pourrait difficilement le faire. Cela signifie qu'il appartiendra finalement à la Cour de justice de l'UE de décider si une règle est justifiée ou non. Entre-temps, les autorités nationales auront tendance à abolir des règles pour éviter d'être blâmées par la Commission européenne ou condamnées par la Cour de justice, même si elles considèrent que les règles en question sont nécessaires pour garantir l'accessibilité ou la qualité des soins ou la viabilité financière du système des soins de santé.

Le fait que la Commission européenne s'approprie le pouvoir d'obliger les autorités nationales des soins de santé à supprimer ou à modifier des règles que la Commission juge contraires à la proposition de directive et aux règles du marché intérieur soulève également des problèmes. La

Commission ne reprend cependant pas aux États membres la responsabilité d'assurer à ses citoyens des services de haute qualité accessibles à tous. Le niveau européen ne reprend donc pas les responsabilités nationales, alors même que ce niveau national se voit déchargé des responsabilités en question.

On peut en outre se demander si ces dispositions sont proportionnelles à l'objectif visé, à savoir la suppression des obstacles aux soins transfrontaliers. Le moyen utilisé pour atteindre cet objectif – la remise en cause des règles nationales en matière de soins de santé – a un impact bien plus important au niveau interne, au sein de chaque État membre, que celui qu'il pourrait avoir sur les échanges entre les États membres.

Le principe du pays d'origine

Les règles liées à l'introduction du principe du pays d'origine (art. 16) représentent une deuxième série de règles qui pourraient avoir des conséquences majeures pour le secteur des soins de santé. Sur la base de ce principe, les prestataires de soins qui souhaitent prodiguer des soins de manière temporaire dans un autre État membre que celui où ils sont établis seraient seulement soumis aux dispositions nationales en vigueur dans le pays où ils sont légalement établis.

Les prestataires de soins de santé ne seraient plus soumis aux règles nationales de l'État membre d'accueil où ils mènent leurs activités transfrontalières. Cela concerne par exemple les dispositions relatives à l'accès et à l'exercice d'une profession médicale, en particulier les exigences concernant le comportement du prestataire de soins, la qualité ou la nature des soins, la publicité, les conventions et la responsabilité du prestataire. Les États membres ne

peuvent pas imposer à des prestataires de soins établis dans un autre État membre l'obligation, par exemple, de faire une déclaration ou une notification aux autorités compétentes, ou d'appliquer des dispositions conventionnelles spécifiques entre le prestataire et le patient, ou de posséder un document d'identité émis par les autorités compétentes et spécifiquement destiné à l'exercice de l'activité de service. Les États membres ne peuvent interdire au prestataire de soins de créer une infrastructure comprenant par exemple des bureaux et des cabinets de consultation.

La proposition n'indique pas clairement dans quelle mesure ces dispositions s'appliqueraient à l'exercice des professions médicales réglementées (par exemple, les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes). Ce point dépend également de l'issue des négociations sur la révision de la législation en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles.

Si la proposition de directive était adoptée, les prestataires de soins de santé pourraient choisir de s'établir dans un État membre qui impose des conditions moins rigoureuses à la prestation de soins de santé. Sur la base de la législation de l'État membre en question, ces prestataires pourraient prodiguer des soins dans d'autres États membres et concurrencer les prestataires de soins de ces autres États qui sont tenus de respecter pour leur part des règles légales plus contraignantes. Cette situation pourrait créer une pression sur les règles en vigueur dans les États membres plus sévères et enclencher ainsi une spirale de dérégulation.

L'État membre d'origine est également responsable du contrôle exercé sur le prestataire et sur les soins prodigués par lui à l'étranger. Sans parler de la question de la faisabilité d'un tel contrôle par l'État membre d'origine, on peut

mettre en question la légitimité et la motivation d'un pouvoir public à contrôler des services de santé fournis à l'étranger à des citoyens d'un autre État membre. Les autorités du pays en question n'ont pas à rendre compte de leur conduite à l'égard des citoyens d'un autre État membre qui bénéficient des soins prodigués.

Les États membres doivent aussi assurer que les patients peuvent obtenir dans l'État mem-



« On peut s'interroger sur la motivation d'un pouvoir public à contrôler des services de santé fournis à l'étranger à des citoyens d'un autre État membre... »

bre dans lequel ils résident des informations sur les exigences applicables dans les autres États membres relatives à l'accès aux services de soins de santé et à leur exercice, en particulier celles sur la protection des consommateurs (art. 22). Les États membres doivent également veiller à ce que les prestataires mettent certaines informations à la disposition des patients (art. 26), notamment le titre professionnel du prestataire de soins et l'État membre dans lequel il a été octroyé, les clauses contractuelles concernant la législation applicable au contrat, le prix du soin, une référence aux règles professionnelles applicables dans l'État membre d'origine.

Or, les systèmes de santé sont particulièrement complexes et ils reposent sur l'interaction entre de nombreux acteurs et institutions.

Il est déjà difficile d'expliquer à un citoyen le fonctionnement du système de santé de son propre pays. Comment alors pourrait-on s'attendre à ce qu'un citoyen comprenne les systèmes de 25 pays, qui potentiellement peuvent tous être opérationnels sur le territoire de son pays, et à ce qu'il fasse un choix informé entre les prestataires ? En outre, les patients ne sont pas des consommateurs ordinaires : ils ont besoin de cette information à un moment où ils se trouvent dans une position de vulnérabilité et de dépendance parce qu'ils ont besoin de soins. Le bénéfice de soins appropriés peut revêtir pour eux une importance vitale. Les citoyens doivent être en mesure de s'appuyer sur le fait que les pouvoirs publics de leur pays contrôlent la qualité et le prix des soins dont ils ont besoin. De plus, la proposition ne stipule pas clairement qui est responsable si l'information n'est pas correcte ou n'est pas fournie en temps utile.

Prise en charge des coûts

Dans son article 23, la proposition de directive définit les conditions dans lesquelles les systèmes nationaux de sécurité sociale sont tenus de rembourser les coûts des soins médicaux reçus dans d'autres États membres. Les dispositions proposées sont basées sur la jurisprudence de la Cour de justice de l'UE. Toutefois, alors que les États membres se plaignaient d'un manque de sécurité juridique créé par les décisions de la Cour, la proposition de directive n'apporte pas la clarté voulue.

Selon l'article 23, les États membres ne peuvent pas subordonner à l'octroi d'une autorisation la prise en charge financière des soins non hospitaliers dispensés dans un autre État membre lorsque ces soins, s'ils avaient été dispensés sur leur territoire, auraient été pris en charge par leur système de sé-

curité sociale. Les patients doivent être remboursés par leur État membre d'affiliation, à concurrence des plafonds et taux de remboursement normalement pratiqués dans l'État membre d'origine pour les services concernés. Les conditions et formalités auxquelles est soumise la délivrance de soins non hospitaliers sur leur territoire peuvent être imposées pour le remboursement de soins reçus à l'étranger. Toutefois, la proposition n'est pas claire au sujet des conditions et formalités qui peuvent être imposées par les organismes de financement des dépenses de santé dans le cas de soins fournis à l'étranger.

La prise en charge financière, par le système de sécurité sociale, des soins de santé dispensés dans un autre État membre ne peut pas être inférieure à celle prévue par leur système de sécurité sociale pour des soins de santé similaires dispensés sur le territoire national. Cette disposition est basée sur l'arrêt Vanbraekel (1). Elle étend la portée des règles de ce jugement au remboursement de tous les soins de santé reçus à l'étranger. Cela voudrait dire que la procédure de remboursement des soins reçus à l'étranger, fondée sur le règlement 1408/71 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale, ne serait plus d'application. La possibilité pour les institutions de financement d'appliquer des taux de remboursement différents pour les soins conventionnés et non conventionnés (à l'étranger ou dans le pays même) n'est pas clairement établie non plus.

Pour les soins hospitaliers dans un autre État membre, une autorisation préalable peut être demandée mais elle doit être octroyée si les soins en question figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre d'affiliation et si ces soins ne peuvent être dispensés au patient dans un délai acceptable sur le plan médical compte tenu de son état actuel de santé

et de l'évolution probable de sa maladie.

Les soins hospitaliers sont définis comme des soins médicaux qui ne peuvent être délivrés qu'au sein d'une structure médicale et qui nécessitent, en principe, l'hébergement de la personne qui les reçoit au sein de cette structure. Cette définition reste cependant vague et peut, par exemple, aisément être interprétée différemment dans le pays d'affiliation et le pays où les soins sont prodigués. En outre, la

■

« Cette proposition ne tient pas compte de la spécificité du secteur des soins de santé ».

proposition de directive lève les interdictions frappant la publicité pour les professions (de la santé) réglementées, tout en précisant que cette publicité doit respecter certaines règles et certaines limites (art. 29). En matière de qualité des services, la proposition demande aux associations professionnelles d'établir des codes de conduite au niveau européen.

Conclusion

En conclusion, la proposition ne tient pas compte de la spécificité du secteur des soins de santé. D'un point de vue économique, le marché des soins de santé diffère d'un marché normal : le patient et le prestataire de soins ne disposent pas des mêmes informations sur les soins nécessaires (asymétrie de l'information) et les mécanismes de fixation des prix basés sur l'offre et la demande ne fonctionnent pas dans ce secteur,

parce que la facture des soins est en grande partie payée par une tierce partie (publique).

En outre, la santé est considérée comme un bien précieux et l'accès à des soins de santé de qualité peut s'avérer vital, au sens propre du terme. Par conséquent, les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer dans ce secteur pour préserver la santé publique et la cohésion sociale. Pour être en mesure de garantir l'accessibilité à tous de soins de santé de qualité, les pouvoirs publics doivent être aussi en mesure de piloter le système.

La conception qui sous-tend la proposition est celle d'une relation simple entre un consommateur et un prestataire de services. La proposition ne tient pas compte de la présence d'une tierce partie importante, l'instance (publique) qui finance les soins. Ce payeur pèse sur l'offre de soins de santé en imposant des mesures réglementaires ou des conventions sur le contenu et le prix des soins. De plus, les systèmes de soins de santé sont caractérisés par des interactions complexes et des liens structurels entre les nombreux acteurs impliqués. Des notions telles que les systèmes de référence, la continuité des soins, les prescriptions, les soins intégrés, etc. ne s'inscrivent pas dans le schéma de la proposition de directive.

Les compétences de réglementation des pouvoirs publics, nécessaires pour assumer ces responsabilités, risquent de subir des pressions très importantes. La proposition de directive créera une incertitude juridique considérable pour les autorités en charge des soins de santé, ce qui risque de conduire à une déréglementation rampante et une privatisation dans ce secteur.

Rita Baeten
Observatoire social
européen

(1)
Cour de justice des Communautés européennes, cas C-369/98, Abdon Vanbraekel e.a. vs LCM, arrêts de la Cour, 12 juillet 2001.