

Analyse critique par la FSESP de la Communication de la Commission européenne: Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé

Adopté par le Comité Exécutif de la FSESP, 20 & 21 Novembre 2006

Historique et commentaires

1. Introduction

La Consultation sur les services de santé publiée par la Commission européenne (CE) aborde plusieurs sujets différents. Les actions proposées ne reposent que sur deux piliers;

1. La Sécurité juridique concernant l'application générale de la jurisprudence de la Cour de justice européenne relative aux dispositions du Traité portant sur la libre circulation des patients, des professionnels et des services de santé ; et
2. Le soutien aux États membres

Ces deux piliers forment aussi le cadre de référence dans le cadre duquel la FSESP étudiera la Communication et la Consultation. Ce document se concentrera sur le sujet des soins de santé transfrontaliers, étant donné qu'il pourrait avoir un impact direct sur les systèmes nationaux de soins de santé.

Nous lancerons la discussion en présentant quelques remarques sur les services de santé au sein de l'Union européenne. Il est important de prendre en compte ces circonstances lorsqu'il s'agit d'étudier le document de la Commission ou de répondre aux questions de la Consultation.

2. Cadre général

Il est important de noter que ni le Conseil, ni le Parlement, ni la Commission ne demandent de grandes réformes sur les soins de santé dans les États membres de l'Union européenne. Bien que l'exemple de patients parcourant l'Europe à la recherche de soins de santé (remboursés) ait été évoqué plusieurs fois, la plupart des acteurs au niveau européen, dont les instances législatives européennes, n'estiment pas que cela constitue une image réaliste du débat. Aucune institution ne remet en cause le principe de subsidiarité du Traité, et la majorité convient du fait que l'organisation et le financement des soins de santé incombent aux États membres et devraient être réglementés au niveau national. Il en va de même pour le pouvoir décisionnel des États membres en ce qui concerne les conditions d'allocation de prestations sociales telles que les prestations pour soins de santé. La Cour de justice européenne (ci-après appelée la Cour) critique les régimes de santé des États membres principalement pour ce qui est de l'absence de critères objectifs (individualisés) et de procédures claires réglementant les remboursements de soins fournis à l'étranger. Ni la Cour, ni la Commission n'ont demandé aux États membres de modifier leurs systèmes de fourniture de soins de santé et d'assurance médicale.

3. Soins de santé, Marché intérieur et Intérêt général

De plus, la Cour a reconnu que la mobilité des patients pourrait mettre en péril l'équilibre financier des systèmes nationaux de sécurité sociale et que ceci pourrait constituer un argument valable pour la mise en place de restrictions concernant la libre prestation de services de santé. Lorsqu'elle a statué sur la question du droit au remboursement des patients pour des soins de santé non hospitaliers reçus à l'étranger sans autorisation préalable, la Cour a pris en compte le fait que le chiffre de mobilité des patients est relativement bas et qu'elle ne prévoyait pas d'augmentation. On pourrait donc estimer que la Cour ne considère pas la mobilité du patient comme un phénomène positif; elle reconnaît que le nombre croissant de patients traversant les frontières afin de recevoir des soins de santé représente un risque pour la prestation de soins de santé dans les États membres. Elle permet aussi aux États membres de prendre des mesures visant à protéger leur système de soins de santé contre ces risques, pourvu qu'elles soient proportionnées.

Sur ce point, il est intéressant de faire le lien avec les principes d'intérêt général.

La Cour a reconnu que l'intérêt général pourrait imposer des limites justifiables à la libre prestation de services. Elle reconnaît également que l'intérêt général pourrait l'emporter sur les principes du marché. Étant donné que les instances législatives de l'Union européenne se réfèrent aux valeurs et principes fondamentaux sur lesquels sont censés reposer les systèmes de santé européens - tels que l'accessibilité, l'équité, la solidarité et la qualité - ils devraient aussi affirmer, suivant la décision de la Cour, que ces principes doivent l'emporter sur les principes du marché, s'ils sont menacés.

4. Le choix du patient ?

Nous devons savoir que le libre choix du patient ne correspond pas à l'application des principes d'économie de marché. Les implications des décisions de la Cour sont souvent mal comprises, et nous estimons qu'il en découle une interprétation erronée de ses dispositions. La Cour n'en appelle pas aux États membres de l'Union européenne de laisser à leurs citoyens le choix parmi tous les prestataires de soins de santé disponibles. Elle ne fait que rappeler que l'Article 49 CE interdit l'application de décisions nationales qui ont pour effet de rendre plus difficile la prestation de services entre États membres que la prestation de services au sein d'un même État membre. Les États membres ont donc le droit de mettre en place des critères ou obligations pour les patients afin de contrôler l'accès à certains soins de santé. Les États membres n'ont qu'à garantir que ces critères ne seraient pas source de discrimination entre leurs propres prestataires de services et ceux d'un autre État membre, à moins que cette restriction ne soit justifiable de manière objective. Les mécanismes d'autorisation préalable pour le traitement hospitalier à l'étranger constituent un bon exemple de restrictions justifiables.

5. Obstacles pratiques

Les obstacles pratiques à l'obtention de soins de santé à l'étranger constituent un autre facteur qui doit être étudié. Il existe suffisamment d'indications et d'exemples qui soutiennent qu'il n'est pas aisé pour les patients d'obtenir des soins de santé à l'étranger dans le cadre des dispositions du 1408/71 (et ceci l'est encore moins dans l'article 49 CE) : les assureurs de soins médicaux ne fournissant pas les informations requises, les prestataires de soins de santé exigeant des paiements anticipés en espèces, les difficultés liées à l'obtention des formulaires requis. Les patients doivent surmonter de nombreuses barrières, en nature ou financières, afin de percevoir les prestations auxquelles ils ont droit. Les prestataires de soins de santé se plaignent du fait qu'ils ne sont que rarement remboursés par les assureurs et les systèmes de soins de santé des États membres compétents.

Ces complications pratiques peuvent également entraver le développement d'une coopération transfrontalière entre prestataires de soins de santé et assureurs de pays différents. Il ne semble pas exister d'obstacles juridiques empêchant la coopération entre prestataires et assureurs de pays différents. Cependant, grand nombre d'entre eux sont encore réticents vis-à-vis d'une coopération transfrontalière, et ce même dans des régions frontalières ou centres touristiques où cette coopération pourrait s'avérer bénéfique, voire nécessaire.

6. Besoin de grands changements ?

Tout ceci décrit une situation qui pourrait indiquer que la législation européenne offre déjà un nombre d'opportunités facilitant les soins transfrontaliers ou la mobilité du patient pour les patients et les prestataires/assureurs, mais il faut insister sur l'importance des obstacles pouvant venir à l'encontre de toute action pratique. Nous pouvons en conclure qu'il n'existe pas une nécessité d'élargir l'étendue de la prestation de soins transfrontaliers. Des modifications fondamentales de la prestation de soins de santé au sein de l'Union européenne pourraient même être considérées inopportunes, compte tenu des débats complexes et difficiles ayant lieu entre les États membres de l'Union européenne sur le sujet des services de santé. La première priorité serait la nécessité de concrétiser l'ensemble d'idées en clarifiant les décisions de la Cour et en fournissant aux parties intéressées, patients compris, les informations et les moyens d'exercer leurs droits. Le choix de la sécurité juridique comme pilier de la Communication confirme la reconnaissance de cette nécessité par la Commission.

Nous souhaiterions donc replacer cette Communication et la Consultation dans la bonne perspective. L'objectif de l'initiative sur les services de santé est de codifier (et peut être spécifier et expliquer) les décisions actuelles de la Cour dans la législation communautaire, pas de changer la législation européenne actuelle ou d'aller à l'encontre du principe de subsidiarité. Toute action communautaire future devrait se baser sur le souhait d'améliorer la sécurité juridique et l'applicabilité pratique, et non le souhait d'initier des réformes majeures des soins de santé au niveau européen.

5. Objectifs de la Commission européenne ?

La Communication révèle aussi que la Commission européenne vise aussi d'autres objectifs, en plus de la codification des arrêts de la Cour ou l'amélioration de l'application pratique de la législation. D'après le paragraphe 2.1, par exemple, la Commission cherche non seulement la clarification juridique, mais également la définition des valeurs et principes communs pour les services de santé, applicables de manière uniforme de par l'Union européenne. Il ne s'agit pas uniquement de codifier les décisions de la Cour. Bien que la FSESP ne s'opposera pas à l'adoption de principes d'intérêt général, il reste à déterminer ce qu'entend la Commission européenne par ce message et ce qu'elle considère comme valeurs et principes communs pour les services de santé. Est-il question de liberté de choix des patients et de marché libre des soins de santé ou s'agit-il de principes tels que la solidarité et l'accessibilité ?

De plus, la Commission a exprimé son souhait d'initier un plus grand choix en matière d'exercice des droits individuels à la prestation (également à l'étranger). Cette déclaration ne crée pas uniquement une sécurité juridique. La Cour ne demande pas un plus grand choix pour les patients – elle laisse cette décision aux États membres -, elle stipule uniquement que les systèmes de soins de santé ne peuvent pas opérer une discrimination entre prestataires nationaux et prestataires européens, à moins de pouvoir fournir des raisons justifiables pour le faire. La législation européenne est par ailleurs assez floue sur le droit de choisir entre un prestataire national et un prestataire à l'étranger. Dans le cas des soins hospitaliers, par

exemple, les patients peuvent se voir refuser l'autorisation des soins de santé à l'étranger au motif que ce service peut être fourni dans le pays, et ce sans délais injustifiés.

Nous pouvons donc en conclure que la Commission souhaite non seulement créer une sécurité juridique, mais également poursuivre certains objectifs dont l'offre d'un plus grand choix aux patients et même stimuler la mobilité du patient. La FSESP émet certaines réserves concernant ces objectifs. La Cour avait ses raisons d'identifier la mobilité du patient pour la durabilité financière des systèmes nationaux de soins de santé. Dans certains cas, la Cour considère qu'il n'est pas justifiable pour les États membres d'imposer l'obligation d'obtenir une autorisation pour des soins de santé non hospitaliers, car elle considère que la mobilité du patient ne se développera pas. La Cour pourrait changer d'avis si de nombreux patients obtenaient des soins à l'étranger, menaçant ainsi l'équilibre des systèmes de soins de santé. La Commission semble renverser ce raisonnement, en partant du principe que, puisqu'il existe un marché libre des services dans l'Union européenne, les patients devraient pouvoir aller à l'étranger et avoir le droit de choisir librement leurs prestataires.

8. Planification et organisation

Bien qu'il incombe aux États membres d'organiser leurs soins de santé, il va de soi que la mobilité du patient est liée aux systèmes nationaux de soins de santé et le pays dans lequel ils se situent. La recherche effectuée sur le sujet prouve que la mobilité du patient peut être provoquée par des problèmes et des obstructions au niveau de la prestation de soins de santé au sein des États membres. De longues listes d'attente, des soins de mauvaise qualité et des frais élevés (sous forme de contributions personnelles, par exemple) contribuent à encourager les patients à chercher des soins à l'étranger. La Commission et la Cour ont expliqué que les personnes recherchent des soins à proximité de leur localité, près de leur famille et leurs amis mais n'hésiteraient pas à aller à l'étranger si les frais étaient moindres, les soins meilleurs, ou tout simplement plus accessibles. Une mobilité accrue du patient est non seulement un signe positif, indiquant une croissance de la coopération transfrontalière européenne, mais également un signal inquiétant, révélateur de ce que les États membres n'investissent pas suffisamment dans leurs systèmes de soins de santé. Comme l'a souligné la Commission, les États membres devraient réaliser que le fait que les listes d'attente peuvent engendrer des délais injustifiés constitue un signal indiquant une nécessité urgente d'améliorer les services de santé.

9. Mobilité forcée du patient ?

Il est donc important d'étudier le revers de la médaille. La majorité des discussions considèrent que les patients souhaitent aller à l'étranger en quête de soins de santé. Mais qu'en est-il si le patient est envoyé à l'étranger contre son gré par un prestataire ou un assureur. Un patient est-il en droit d'exiger des soins de santé dans sa localité ou dans son propre pays, et si tel est le cas, ce droit s'appliquerait-il à tous les types de services ou devrait-il y avoir des exceptions (dans le cas de services spécialisés ou dans des petits pays) ? D'après le principe de subsidiarité, il incombe aux États membres de l'Union européenne de définir quels types de soins sont prestés au patient, et les cas dans lesquels le patient peut être envoyé à l'étranger. Ceci dit, il ne fait aucun doute que la mobilité transfrontalière forcée ou semi-forcée du patient est indésirable et devrait être évitée autant que possible. Nous sommes de l'avis que la mobilité involontaire du patient va à l'encontre du principe de la disponibilité. La mobilité du patient ou la prestation transfrontalière de soins ne peut pas servir d'excuse aux États membres pour négliger leurs propres structures nationales de soins de santé. Si l'on prend en compte les frais financiers et sociaux liés à la mobilité du patient (déplacement, frais administratifs, distorsion de la planification), cela ne constitue pas une manière efficace ou sociale d'organiser les soins au

niveau européen, même si cela s'avérait être une option rentable pour les prestataires individuels de soins de santé.

10. Mobilité des travailleurs de la santé

Nous souhaitons rappeler que la planification et l'investissement incluent une bonne gestion de ressources humaines. Bien que la Commission étudie en surface le sujet de la mobilité des travailleurs de la santé, ce sujet demande une étude approfondie. Plusieurs rapports ont souligné que la pénurie d'effectifs dans les services de santé européens pourrait s'aggraver. Les prévisions indiquent que cette crise des ressources humaines pourrait inciter une mobilité accrue des travailleurs dans le secteur de la santé. Il faut dire que la mobilité des personnes (dans ce cas les travailleurs) constitue non seulement un signe positif, mais est également symptomatique de problèmes de fond. Nous pourrions faire référence à la disparité des salaires au sein de l'Europe, aux difficultés liées au recrutement et à la conservation des travailleurs dans le secteur, au manque d'investissement dans les services de soins de santé, à des infrastructures insuffisantes pour la formation et la formation continue. Nous devons aussi prendre en compte le fait que les employeurs considèrent les travailleurs étrangers comme une main-d'œuvre bon marché, et leur paient un salaire moins élevé que celui payé à leurs collègues ayant des qualifications similaires, même s'ils font le même travail de manière officielle ou non-officielle. Il est souvent considéré comme plus facile d'importer de nouveaux travailleurs issus d'autres pays plutôt que d'essayer d'attirer des travailleurs dans leur propre pays afin de travailler dans le secteur de la santé en améliorant les conditions de travail et les opportunités de formation.

Ceci ne constitue pas une solution. Hormis les frais élevés associés à l'intégration de travailleurs étrangers dans les pays destinataires, aucun doute ne subsiste quant aux effets néfastes que pourrait avoir un taux élevé de migration des travailleurs de la santé sur des systèmes de soins de santé fragiles, par exemple en Europe orientale. Cela pourrait mener à la fermeture de structures

de soins de santé nécessaires. Il est donc important pour les États membres d'investir dans leurs propres systèmes de soins de santé et cela signifie qu'ils doivent aussi investir dans le personnel de soins de santé, ce qui pourrait empêcher les travailleurs de la santé de quitter leur emploi ou quitter leur pays et pourrait attirer de nouveaux travailleurs vers ces services. Ces mesures doivent être interprétées sur une base plus générale que locale afin d'être efficaces.

11. Impact de la mobilité du patient sur les pays destinataires

Il faut tout d'abord reconnaître que les États membres ne sont pas obligés d'offrir des soins de santé aux patients étrangers dans le cadre de leurs systèmes de sécurité sociale. Les seules situations dans lesquelles les États membres doivent prêter des soins aux patients à l'étranger aux conditions prescrites dans leurs propres régimes de prestations sociales sont celles décrites dans 1408/71- 883/2004. Dans ces cas de figure, ils ne peuvent bien évidemment pas discriminer entre des patients de leur propre pays et des patients étrangers. Des mécanismes de coopération doivent être mis en place par les États membres participants afin de maintenir la pérennité financière de ces soins transfrontaliers et afin que les États membres destinataires soient capables d'investir les fonds reçus des pays destinataires dans leurs infrastructures de santé et que les patients étrangers puissent être pris en charge sans nuire à l'accessibilité et la disponibilité pour les patients nationaux. D'une manière générale, les soins prestés dans le cadre de 1408/71 devraient être prévisibles et ce type de mécanisme devrait fournir une compensation financière adéquate aux pays destinataires pour le maintien de la qualité de leurs systèmes de soins de santé.

Il en va tout autrement dans le cas faisant l'objet des affaires Kohl et Watts, ou des situations dans lesquelles les patients paient eux-même les frais liés aux soins de santé sans la participation de leur assureur national ou prestataire de soins de santé comme c'est souvent le cas pour les soins dentaires.

Il est en général difficile de prédire l'ampleur des soins demandés par les patients, et ceci est d'autant plus préjudiciable aux systèmes nationaux de soins de santé. Ces patients versent souvent des avances soit en liquide, par virement bancaire ou par carte de crédit. Les prestataires de soins de santé pourraient s'intéresser davantage à ce type de patient, étant donné que les patients de leurs propres pays sont protégés par des systèmes de remboursement à taux forfaitaire ou moins fiables. Il en va de même pour les assureurs de soins de santé ou les prestataires à l'étranger qui souhaitent sous-traiter des soins dans d'autres États membres. Les prestataires de soins de santé pourraient choisir de traiter les patients étrangers en priorité car ce service est mieux rémunéré. Ce type de mobilité du patient pourrait donc nuire à l'accessibilité des soins de santé pour les patients des pays destinataires.

12. Formules d'assurance-santé

La débats sur la mobilité du patient ou les soins transfrontaliers portent en majorité sur les polices d'assurance sociale de base. Cela ne représente qu'une partie du sujet. La taille relative des soins de santé assurés par le gouvernement diminue par rapport à la totalité des services de soins de santé. Le développement de la mobilité du patient se constate dans le secteur des soins de santé privés. Ce développement est dû en partie à l'insuffisance des prestations sociales dont peuvent bénéficier les citoyens par rapport à la gamme de services de soins de santé offerts et que les citoyens considèrent comme essentiels. La plupart des citoyens européens souscrivent à des assurance complémentaires ou paient les prestataires de leur poche sans remboursement pour les soins dentaires, la physiothérapie, les traitements psychologiques, et la chirurgie esthétique. La situation encourage donc les patients à rechercher le prestataire le moins cher.

Cette situation éveille nos inquiétudes au sujet du contenu de la prestation de soins de santé publiques. Bien que les États membres puissent définir les conditions de remboursement et de prestations de soins de santé, l'étendue de l'assurance-santé publique laisse encore à désirer. Nous estimons que les lacunes relevées dans les formules d'assurance-santé actuelles de nombreux États membres pourraient créer une division entre les riches et les pauvres en Europe au niveau de la santé. Le débat sur la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé devrait donc s'intéresser à la taille et au contenu de ces formules. Bien que ceci relève de la responsabilité des États membres, la réduction de la taille de ces formules pourrait mettre en péril le niveau général de la prestation de soins de santé au sein de l'Union européenne et pourrait également encourager certains types de mobilité indésirable du patient entravant l'accessibilité et la disponibilité des soins de santé en général. La même logique peut être appliquée dans le cas où les formules d'assurance-santé d'un État membre de l'Union européenne couvrent certains types de soins qui ne figurent pas dans le système de soins de santé d'un autre État membre en raison d'un manque de ressources financières, par exemple, ou pour des raisons d'éthique. Cette situation encouragerait aussi la mobilité du patient et mettrait en péril la prestation de soins de santé. La question des formules de prestations devrait donc être débattue au niveau européen.

13. Réforme des systèmes de soins de santé

Pour terminer, nous voulons exprimer notre inquiétude devant la manière dont les États membres de l'Union européenne réforment leurs systèmes de soins. Le marché libre intérieur européen des services cache la privatisation, la libéralisation et la réduction des systèmes de soins de santé. D'après la Cour, les États membres ont le droit de protéger leurs systèmes de soins de santé contre certaines influences du marché, plus particulièrement si celles-ci mettent en péril la prestation de soins de santé. Cependant, il existe certaines limites. Plus un système de santé national est libéral, plus il doit se soumettre aux règlements européens sur la concurrence et plus il sera vulnérable aux forces indésirables du marché.

Nous estimons que la législation européenne est parfois expliquée – délibérément ou opportunément - de manière partielle dans le cadre des débats internes des États membres. La législation européenne est maintenant devenue la bannière sous laquelle s'opèrent de nombreuses réformes nationales ou locales des soins de santé, comme les partenariats public-privé, l'externalisation et la libéralisation, qui s'implantent dans les États membres. Nous estimons que ce type de d'évolution est néfaste et non nécessaire d'après la législation européenne.

Conclusions

14. Un cadre juridique pour les services d'intérêt général

La Commission, la Cour et le Conseil conviennent que les considérations d'intérêt général constituent des raisons justifiables de limiter la liberté des patients à obtenir des soins de santé à l'étranger.

Il a par exemple été dit clairement qu'il doit exister un équilibre entre l'objectif de la libre circulation des patients et les objectifs nationaux prépondérants liés à la gestion de la capacité des hôpitaux, le contrôle des dépenses de santé et l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale. Ces objectifs permettent la mise en place de limites applicables aux patients qui recherchent de soins à l'étranger au détriment des systèmes nationaux de soins de santé.

La reconnaissance du fait que les principes généraux tels que l'accessibilité et la continuité pourraient l'emporter sur les principes du marché correspond à notre appel pour la protection de l'intérêt général en adoptant un cadre général sur les SIEG dans l'Union européenne, qui inclut les services de soins de santé. Il faut noter également que les principes généraux (dont les droits du patient) cités par la Commission, la Cour ou le Conseil correspondent ou suivent les autres principes d'intérêt général. Comme le dit notre campagne, la FSESP estime important que ces principes d'intérêt général soient repris dans la législation et qu'ils soient applicables à tous les services présentant un intérêt général.

15. Ajustement de la législation

Nous sommes conscients que la jurisprudence de la Cour devrait être intégrée à la législation actuelle. Cet objectif serait atteint par l'amendement des règlements 1408/71 et 883/2004 (ou les règlements les remplaçant) et en particulier les chapitres concernant la maladie et la maternité. La révision de ce chapitre et les considérations figurant dans l'introduction du règlement devraient refléter les préoccupations relatives à la notion d'intérêt général concernant la protection de la qualité et l'accessibilité des soins de santé comme l'a exprimé la Cour.

Il est important de s'assurer que toutes les décisions de la Cour soient appliquées au cas par cas, et ne soient pas appliquées d'une manière générale sans une étude des implications. Il est donc essentiel que les futures politiques et initiatives européennes en matière de soins de santé, dont tout amendement des chapitres sur la maladie et la maternité des règlements

1408/71 ou 883/2004, devraient inclure une évaluation de l'impact sur les systèmes nationaux de soins de santé où l'attention est portée sur l'accessibilité, la solidarité et la qualité des soins de santé. L'étude d'impact sur les systèmes de santé devrait inclure ces éléments.

16. Application de la législation

Il incombe aussi à l'Union européenne et aux États membres d'améliorer l'applicabilité de la législation. Cela signifie, par exemple, que les personnes assurées doivent recevoir les formulaires et documents nécessaires, qu'elles reçoivent des informations suffisantes au sujet des systèmes de santé des États membres et que les procédures de remboursement doivent fonctionner de manière convenable de manière à ce que les prestataires/systèmes de soins de santé reçoivent la compensation financière à laquelle ils ont droit.

17. Responsabilités des États membres

Bien qu'il n'y ait pas de discussion quant au principe de subsidiarité en relation avec les services de santé, les États membres doivent savoir que la Cour a critiqué le manque de critères objectifs et de procédures dans le cadre des mécanismes d'autorisation, par exemple. Nous estimons qu'il n'incombe pas seulement à l'Union européenne de fournir une sécurité juridique aux habitants concernant leurs prestations, mais qu'il incombe aux États membres de fournir des critères précis visant à délimiter les cas dans lesquels les avantages sociaux tels que les soins de santé (et leur remboursement) sont accordés au sein de leurs frontières mais également de manière transfrontalière et le délai d'obtention de ces prestations.

Les États membres pourraient élaborer des mesures dans ce type de situation, étant donné que la mobilité du patient peut avoir un impact sur les pays destinataires. Il incombe évidemment aux pays destinataires de "protéger" leurs systèmes de soins de santé contre les risques liés à un afflux croissant de patients étrangers. Les dispositifs de soins de santé pourraient être exploités de manière inefficace et non démocratique, particulièrement dans les situations où les patients paient eux-mêmes les frais liés aux soins (avec ou sans remboursement de leur assureur). Les États membres devraient prendre connaissance des possibilités permettant de gérer et protéger leurs soins. Ces mesures de protection pourraient consister en l'adoption d'une législation ou l'ajustement de leur système de soins de santé. Les cas Kohl et Watts n'interpellent pas les États membres destinataires et n'exigent pas des États membres de traiter les patients en application de l'article 49 CE. Cependant, la législation européenne ne permet pas aux États membres de fermer leurs frontières aux patients étrangers, même s'ils arrivent sans la protection de 1408/71 et 883/2004. Afin de résoudre leurs problèmes, les gouvernements des pays destinataires doivent ajuster leurs systèmes de manière à ce que les patients étrangers ne paient pas le prestataire, mais bien les entités administratives des systèmes de soins de santé. Ces entités administratives pourraient alors établir un ordre de priorité pour les soins selon des critères objectifs et fondés sur la solidarité et ensuite investir l'argent dans le renforcement des infrastructures de soins de santé.

Nous estimons que la Commission européenne devrait informer les États membres des possibilités de protection de leurs systèmes de soins de santé contre les effets de la mobilité du patient que prévoit la législation européenne (au titre de l'article de 49 CE)

Nous aimerions donc encourager les gouvernements des pays émetteurs et des pays récepteurs à investir dans leurs systèmes de soins de santé, afin qu'ils puissent fournir des soins de bonne qualité, accessibles et disponibles à tous sans discrimination et sans délais injustifiés. Ils sont obligés de fournir des soins de santé de haut niveau dans leur pays et doivent donc adhérer à ces obligations. Les gouvernements nationaux doivent donc passer en revue l'organisation et la disponibilité des services de soins de santé et investir dans ces services. Ils doivent aussi réétudier les formules d'intervention et, le cas échéant, les améliorer.

18. Travailleurs de la santé

Un investissement suffisant dans les systèmes nationaux de soins de santé signifie aussi que les États membres doivent investir dans leurs travailleurs de la santé. Entre autres choses, ils doivent améliorer les conditions de travail des travailleurs de la santé, développer des stratégies efficaces de recrutement et de conservation, lutter contre le recrutement déloyal de travailleurs migrants, offrir des conditions décentes d'emploi et mettre en place des infrastructures adéquates de formation et de formation continue. L'Union européenne pourrait contribuer à ce processus en soutenant le dialogue social dans ce secteur, en mettant en oeuvre des politiques européennes du marché de l'emploi pour les travailleurs du secteur de la santé et en soutenant les infrastructures sociales des pays dotés des ressources limitées.

L'Union européenne doit également soutenir les pays faibles dans leurs tentatives de renforcement de leurs systèmes de soins de santé. Il est donc curieux que l'Union européenne ait choisi ce thème dans le domaine du développement et des relations extérieures, alors qu'il n'attire pas le même niveau d'attention (visible) au sein de l'Union européenne.

19. Information sur le droit européen

Nous voudrions enfin appeler les États membres à informer leurs citoyens sur le contenu de la législation européenne et à étudier les effets de toute réforme de santé planifiée dans le contexte de la législation européenne. Nous voulons souligner qu'il incombe aux institutions européennes, et en particulier la Commission, de présenter un aperçu correct de la législation européenne dans lequel les intérêts généraux reçoivent l'attention qu'ils méritent. Les États membres ne devraient pas pouvoir détourner la législation européenne pour servir leurs propres intérêts.

20. Participation des partenaires sociaux et parties intéressées

Nous nous félicitons de la décision de la Commission européenne CE visant à enrichir la discussion par le biais d'une consultation ouverte en raison des nombreux aspects liés au sujet de l'offre transfrontalière de services de santé (les sujets cités plus haut ne forment qu'une partie du débat). Nous estimons qu'il est important que les ONG et groupes d'intérêt aient l'opportunité de participer aux discussions et qu'ils soient en mesure de partager leurs points de vue et informations avec la "communauté de la santé". Nous invitons la Commission européenne à maintenir ce processus démocratique et à tenir compte des avis des parties intéressées lors de la rédaction de leurs politiques et propositions.

Nous souhaitons également souligner le rôle des partenaires sociaux dans ce domaine. D'après la Communication de la Commission 322 (1998) sur le Dialogue social et la Décision de la Commission sur l'établissement d'un Dialogue social sectoriel de la même année, le comité de dialogue sectoriel sera consulté au sujet des développements au niveau communautaire ayant des implications sociales. Étant donné que les activités de suivi de cette Consultation pourraient avoir des répercussions importantes pour le secteur hospitalier (les conditions de travail, mais aussi la position économique et concurrentielle de ce secteur), nous estimons essentiel que le Comité de dialogue social dans le secteur hospitalier participe au processus de suivi. Nous souhaitons donc ajouter que le Comité a inclus le sujet du recrutement et de la conservation, dont la mobilité transfrontalière des travailleurs, dans son plan de travail et a institué un groupe de travail sur ce sujet. HOSPEEM et la FSESP ont toutes deux identifié la nouvelle action communautaire incluant les initiatives juridiques sur les services de soins de santé comme étant de première priorité et ont annoncé qu'elles souhaitaient coopérer sur ce sujet en élaborant des politiques et en organisant des activités. Nous estimons donc que la Commission devrait associer le Comité de dialogue social dans le secteur hospitalier à toutes ses activités futures dans le domaine des services de santé, conformément à la législation européenne.