

Intégration européenne et systèmes nationaux de soins de santé : un défi pour la politique sociale

European Integration and Health Care Systems: A Challenge for Social Policy

Vandenbroucke F (*)

Résumé

Bien que les pays de l'Union européenne (UE) aient en principe une responsabilité exclusive en matière de politique de soins de santé, les décisions communautaires accompagnant l'intégration croissante du marché unique affectent de plus en plus le champ d'application des politiques nationales en ce domaine. De plus, des jugements de la Cour de justice des Communautés européennes, appliquant les principes fondamentaux du Traité à des cas spécifiques, créent de nombreuses incertitudes sur la façon de les interpréter dans d'autres situations.

L'article insiste sur la nécessité d'envisager l'ensemble des conséquences de cet impact croissant de l'UE en partant du constat que, tant d'un point de vue social qu'économique, les principes du marché ne peuvent et ne devraient pas s'appliquer automatiquement aux soins de santé – que ce soit au niveau national ou communautaire.

Il met en évidence divers problèmes mais aussi diverses opportunités liés à cette évolution. Il trace quelques pistes politiques et juridiques qu'il conviendrait de suivre et souligne que le défi politique majeur à relever est de garantir que cet impact grandissant ne mettra pas en péril les principes sociaux fondamentaux auxquels devraient satisfaire les systèmes européens de soins de santé : solidarité, équité, accessibilité et qualité.

Il conclut qu'il est indispensable de discuter des politiques de soins de santé aussi bien au niveau national qu'euro-péen et que la sauvegarde des caractéristiques sociales de nos systèmes nationaux de soins de santé passe donc par « plus d'Europe ».

Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:25-30

Mots clés : Union européenne, Cour de justice des Communautés européennes, marché unique, libre circulation, concurrence, méthode ouverte de coordination, systèmes de soins de santé, protection sociale, qualité des soins.

Summary

Despite the fact that Member States of the European Union (EU) have, in principle, sole responsibility for health care policy, decisions taken at EU level in the context of the increasing European integration affect more and more the scope for national policy making in that field. In addition, the judgments of the European Court of Justice, which apply the fundamental principles of the Treaty to individual cases, have created many uncertainties about how to interpret them in other situations.

This article highlights the need to carefully anticipate all the consequences of the increasing impact of EU integration on national health care systems by considering that, from a social as well as economic point of view, market-based values cannot and should not be automatically applied to health care – both at national and EU level.

It also highlights diverse problems as well as opportunities related to this change. This article outlines a few political and legal avenues that could be explored and underlines that the most important political challenge is to guarantee that increasing European integration does not endanger the fundamental social principles to be fulfilled by European health care systems: solidarity, equity, accessibility and quality.

The article concludes that it is essential to discuss the different political aspects of health care policy at both the national and EU level and that the very survival of the distinguishing features of our national health care systems requires therefore “more Europe”.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:25-30

Key Words: European Union, European Court of Justice, single market, free movement, competition, open method of co-ordination, health care systems, social protection, quality of care.

(*) Ministre belge des Affaires sociales et des Pensions

Adresse pour correspondance : Cabinet du Ministre belge des Affaires sociales et des Pensions, Rue de la Loi 62, B-1040 Bruxelles (Belgique)

Bien que les États membres aient en principe une responsabilité exclusive en ce qui concerne la politique en matière de soins de santé, les décisions prises par les institutions de l'Union européenne (UE) dans le contexte de l'intégration européenne affectent de plus en plus le champ d'application de la politique nationale. Une multitude de normes techniques, d'obligations de procédure et d'autres éléments arrivent à s'insérer dans les systèmes nationaux de soins de santé. De plus, des jugements de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE), appliquant les principes fondamentaux du Traité à des cas spécifiques, créent de nombreuses incertitudes sur la façon de les interpréter dans d'autres situations.

L'intégration croissante de l'UE a inévitablement un impact de plus en plus important sur les systèmes de soins de santé. Le défi politique consiste à garantir que cet impact grandissant ne déséquilibre pas les critères sociaux fondamentaux auxquels les systèmes nationaux de soins de santé devraient satisfaire – à savoir la solidarité, l'équité, l'accessibilité et la qualité – mais, au contraire, qu'il soutienne ces caractéristiques sociales dans le cadre du marché unique européen.

Ce thème, développé dans cet article (*), s'inscrit dans l'actualité européenne au plus haut niveau depuis que le Conseil européen a conclu, lors du sommet de Laeken, qu'« une attention particulière devra être accordée à l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins de santé des États membres » (**).

Dans le cadre de la Présidence belge du Conseil de l'UE (second semestre de l'année 2001), nous avons organisé une conférence qui s'est tenue à Gand les 7 et 8 décembre 2001. L'objectif de cette conférence était d'évaluer les problèmes complexes et variés en jeu, afin de fournir le matériel nécessaire pour nourrir la décision politique. Premièrement, nous souhaitons répertorier les questions et placer le débat dans une plus large perspective. Deuxièmement, nous voulions discuter de ces constatations avec les responsables de la gestion quotidienne des systèmes de soins de santé dans les États membres. Et troisièmement, nous souhaitons soulever certaines questions qui nécessiteront une réponse politique.

Cette conférence a permis d'effectuer des progrès significatifs dans la compréhension de l'impact de l'intégration de l'UE sur les systèmes de soins nationaux. Le test de la théorie par rapport à ce qui se passe dans le domaine et par rapport à l'impact sur

les systèmes sociaux nous a appris beaucoup de choses. Nous avons entendu bon nombre d'exemples, montrant que l'impact est différent selon le système de soins de santé, mais qu'il règne un souci commun dans tous les États membres.

Mais l'inventaire n'est pas encore terminé. Nous devons étudier davantage l'impact de l'intégration européenne sur chacun des États membres, sur les différents modèles de systèmes de soins de santé, sur chacun des acteurs concernés et sur le lien entre les acteurs, à savoir les autorités publiques, les assureurs, les patients, les dispensateurs de soins, les partenaires sociaux et l'industrie.

I. Règles du marché et soins de santé : jamais faciles à concilier

Les règles du marché et les soins de santé ne sont jamais faciles à concilier, ni au niveau national ni au niveau européen. Il serait sûrement simpliste de désigner l'Europe comme responsable des problèmes auxquels nous sommes confrontés ; il nous faut une évaluation plus réfléchie de la nature de ces problèmes.

Le secteur des soins de santé représente entre 7 et 10 % du produit intérieur brut (PIB) dans les États membres de l'UE. Certains volets du système des soins de santé interagissent avec des marchés importants des économies nationales et européennes. Ces interactions impliquent les produits pharmaceutiques, les instruments médicaux, les assureurs en matière de soins de santé et les dispensateurs de soins, mais aussi le personnel médical et les patients. Le Traité garantit la libre circulation. L'Europe traite les questions relatives aux soins de santé depuis assez longtemps dans ce contexte économique.

Cependant, la santé ne doit pas être traitée comme un « produit » standard. Comme le Professeur Mosialos l'a souligné dans l'excellent rapport dont il a coordonné la rédaction à la demande de la Présidence belge et qui a été présenté à la conférence de Gand susmentionnée, les individus ne sont pas toujours dans la meilleure position pour évaluer leurs besoins en matière de santé, soit parce qu'ils ne sont pas conscients de la nature de leurs besoins dans ce domaine soit parce qu'ils sont simplement incapables de les exprimer. Les soins de santé sont de plus en plus complexes et les patients n'ont pas accès à toutes les informations nécessaires pour prendre une décision en connaissance de cause à propos des soins dont ils ont besoin. La théorie économique fondamentale nous apprend que *l'asymétrie du point de vue de l'information* entre patients et dispensateurs de soins ne permet pas de réaliser un « marché » efficace des soins de santé. Cela explique pourquoi les systèmes de soins de santé européens sont en grande partie, même si cela varie selon les

(*) Tous les documents politiques sont disponibles sur www.vandenbroucke.gov.be

(**) Conseil européen de Laeken (Belgique), 14 et 15 décembre 2001. Conclusion de la Présidence (http://europa.eu.int/comm/laeken_concil/index_fr.htm)

systèmes, organisés et financés par les pouvoirs publics et pourquoi – de nouveau en grande partie mais à des degrés différents selon les systèmes – nous planifions et contrôlons les services et les prix afin d’empêcher l’exploitation de nos systèmes.

Comme stipulé dans le rapport Mossialos, les États membres varient considérablement dans les détails caractérisant l’organisation de leurs systèmes de soins de santé. Toutefois, si nous les comparons, nous observons une perspective commune fondée sur la solidarité sociale et la couverture universelle. Tous nos systèmes de soins de santé visent à la solidarité entre les personnes malades et les personnes en bonne santé, entre les pauvres et les riches et entre les jeunes et les vieux. Ils essaient de garantir l’accessibilité financière d’un large ensemble de soins de qualité à l’ensemble de la population. A cette fin, les pouvoirs publics doivent pouvoir limiter le prix des soins qu’ils financent, guider les choix entre des traitements comparables et garantir la viabilité financière de leurs systèmes. Les autorités sanitaires doivent prendre des mesures pour empêcher les assureurs en matière de soins de santé d’opérer des sélections et de n’accepter que les nantis et les gens en bonne santé, étant donné qu’un tel comportement ne permettrait plus de garantir l’accès à des soins de bonne qualité pour les moins bien nantis et les personnes de santé plus fragile.

L’argument fondamental selon lequel, tant d’un point de vue d’efficacité que d’un point de vue social, les principes du marché ne peuvent et ne devraient pas s’appliquer automatiquement aux soins de santé, vaut tant au niveau national qu’au niveau européen. Il s’impose donc également au niveau du marché unique.

Bien qu’il ait été clair dès le départ que les règles du marché unique seraient appliquées à certains aspects des soins de santé, toutes les conséquences possibles n’ont pas été envisagées de façon systématique dans une perspective à long terme. Un tiers des décisions européennes concernant les soins de santé émanant de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE). La CJCE peut seulement appliquer les dispositions du Traité mais ne peut créer une politique en tant que telle ; et cela doit rester ainsi. La CJCE essaie de soupeser les objectifs sociaux des systèmes nationaux lorsqu’elle prend des décisions relatives à l’applicabilité des règles du marché, mais elle n’a pas la possibilité de prendre en compte toutes les conséquences éventuelles de ses décisions – directes mais aussi et principalement indirectes.

A la recherche d’un contrôle des coûts plus efficace, de nombreux États membres ont introduit des mécanismes de marché et une plus grande concurrence dans leurs systèmes. Dans certains systèmes de santé nationaux, nous constatons l’introduction

de la séparation acheteur/dispensateur (*purchaser/provider split*). Dans les systèmes basés sur l’assurance, la concurrence entre les assureurs a été introduite. Introduire des mécanismes de marché dans des systèmes nationaux les rend plus vulnérables à l’application des règles du marché de l’UE. Dans un marché mondial global, l’application des règles du marché aux systèmes de soins de santé pourrait, à son tour, créer une ouverture pour des entreprises commerciales, des fournisseurs et des assureurs, à savoir pénétrer au sein des différents systèmes.

Cependant, l’application des règles du marché intérieur peut également accroître le dynamisme et offrir de nouvelles perspectives aux citoyens.

II. Règles du marché intérieur : une dynamique et une nouvelle perspective pour les citoyens

Les décisions de la CJCE sont le fruit d’actions menées par les citoyens à l’encontre des organisateurs des systèmes de soins de santé nationaux. Il est prouvé que la demande de soins transfrontaliers est élevée là où les gens sont moins satisfaits de leur système national. C’est pourquoi les jugements peuvent stimuler les autorités à mieux adapter leurs systèmes aux besoins des citoyens. Et, comme le soulignent Mossialos et ses collègues, les États membres pourraient aussi développer une politique davantage proactive en ce qui concerne l’accès transfrontalier, en intégrant l’offre de soins étrangère dans la planification et la fourniture des soins de santé nationaux. Les conventions européennes transfrontalières pourraient devenir un instrument permettant d’améliorer l’accès aux soins de santé tout en maintenant un contrôle sur le coût et la qualité des soins. Dans les zones frontalières, passer des conventions avec les pays voisins pourrait compléter une offre régionale limitée de services médicaux. Certains pays explorent les soins transfrontaliers pour alléger les listes d’attente existantes dues à un manque de personnel ou d’autres ressources. Dans les zones touristiques, passer des conventions transfrontalières peut offrir des atouts culturels et linguistiques. La planification au niveau de l’UE de centres d’excellence de renommée internationale pourrait offrir une manière plus rentable d’assurer des soins hautement techniques dans quelques domaines très spécialisés. La complémentarité nécessaire entre les personnes en quête d’un traitement et les établissements capables de les traiter peut être considérée comme une dimension prometteuse d’intégration européenne.

Mossialos et ses collègues attirent l’attention sur le fait important que cette évolution entraînera inéluctablement le besoin d’un cadre européen fournissant des critères en ce qui concerne la qualité des soins de santé, la formation et la pratique médi-

cales, la licence et l'accréditation ainsi que les droits des patients.

Il est certain que nous devons nous assurer que la future intégration des soins de santé n'augmentera pas les inégalités sociales dans l'accès aux soins, sachant que les citoyens les mieux nantis et les mieux informés sont les personnes les plus susceptibles de bénéficier des droits étendus aux soins de santé à l'étranger.

L'application des règles du marché à d'autres aspects des soins de santé peut engendrer de nouvelles possibilités. Les règles en matière de marchés publics accroissent la transparence dans les dépenses publiques tandis que les importations parallèles peuvent limiter le prix des produits pharmaceutiques, etc.

III. Perspectives importantes

Parmi les conclusions du rapport Mossialos, qui sont pleines de défis, trois me paraissent particulièrement importantes :

1. Nous devons examiner comment la libre circulation transfrontalière des patients peut rester compatible avec une médecine fondée sur les niveaux de preuve (« evidence-based medicine ») et des normes de qualité que nous défendons – ou que nous tentons de défendre – dans nos systèmes nationaux. Nous devrions clarifier, tant au sein de la législation nationale que dans la législation de l'UE, les droits que les patients peuvent attendre du marché intérieur.

2. Il est nécessaire d'incorporer explicitement des questions de qualité professionnelle dans les règlements de l'UE sur la libre circulation des professionnels de la santé, afin d'assurer la qualité continue des professionnels impliqués.

3. Dans le secteur pharmaceutique, certains aspects tels que la fourniture de médicaments ont été harmonisés, en grande partie sous l'impulsion de l'industrie pharmaceutique. Tandis que l'Europe devrait soutenir la recherche et le développement dans le secteur pharmaceutique et l'accès à de nouveaux traitements, elle doit en même temps assurer que seule l'innovation réelle est soutenue et que les nouveaux produits offrent un bon rapport « coût-efficacité » et contribuent à l'amélioration des systèmes de soins de santé.

Dans ce contexte, à l'instar de Mossialos et ses coauteurs, je suis très réservé au sujet de la publicité directement axée sur le consommateur. Le titre de cette publicité américaine pour un antibiotique contre l'otite aiguë devrait nous en convaincre : « *Votre fils a souvent des otites bactériennes. Il se peut qu'il ait besoin d'un antibiotique et n'oubliez pas, il doit consommer toute la boîte* ». Il me paraît essentiel d'envoyer un message différent à la population et je pense que du point de vue de la santé publique,

personne ne souhaiterait transmettre un tel message.

En outre, je crains que les publicités visant directement le consommateur puissent augmenter de façon inconvenante la demande des patients de principes actifs spécifiques, généralement onéreux (l'antibiotique que je viens de mentionner était en effet plus coûteux que le traitement traditionnel). Certains chiffres confortent cette inquiétude. Par exemple, les prescriptions pour les 25 médicaments directement vantés aux consommateurs aux États-Unis ont augmenté de 34 % entre 1998 et 1999, comparé à une augmentation de 5,1 % pour tous les autres médicaments délivrés sur prescription. L'effet additionnel de la publicité pour des médicaments délivrés sur prescription est qu'elle conduira finalement à une plus grande médicalisation. Ainsi, la demande de médicaments plus coûteux pourrait avoir un effet négatif sur la pratique médicale et aussi, à vrai dire, sur la relation médecin-patient. C'est pourquoi la publicité qui porte sur des médicaments délivrés sur prescription et qui est directement axée sur le consommateur ne va pas dans l'intérêt du public et ne sert pas le but d'informer le patient. Elle est le plus souvent trompeuse et comme source d'informations, elle se révèle plutôt pauvre.

Pour des matières pour lesquelles l'Europe a créé une politique proactive pour appliquer le principe de libre circulation aux services et aux produits relevant du domaine des soins de santé, il existe toujours un besoin d'accroître la transparence et la guidance politique. Dans un sens, la politique européenne est en train de multiplier certains problèmes bien connus de transparence en matière de politique de soins de santé au niveau national. De nombreuses commissions de fonctionnaires et d'experts externes prennent des décisions sur des aspects très techniques avec parfois de lourdes conséquences pour les systèmes de soins de santé publics – par exemple en ce qui concerne les produits pharmaceutiques ou les instruments médicaux. Les décideurs eux-mêmes ne sont pas toujours conscients de ces conséquences. Par ce manque de transparence, ces commissions sont vulnérables au lobbying de la part de groupes d'intérêt souvent puissants. L'implication des acteurs ayant des responsabilités politiques est trop limitée dans ces domaines.

Peu d'aspects de nos sociétés sont aussi ancrés dans l'histoire et la culture de nos nations que les soins de santé. Par conséquent, il est tout à fait compréhensible que les États membres n'aient pas transféré à l'UE des compétences à proprement parler dans le domaine des soins de santé : le Traité stipule que « *L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médi-*

caux » (*). Cela explique aussi pourquoi il n'existe pas de forum spécifique au niveau de l'UE pour discuter des différents volets des soins de santé. Au niveau de l'UE, les questions relatives aux soins de santé sont généralement abordées sous l'angle du marché intérieur (pour les industries pharmaceutiques) et sont dès lors débattues au sein du Conseil des ministres de l'UE « Marché intérieur ». Les ministres chargés de la Santé et des Affaires sociales ne sont alors pas associés.

Ce problème est complexe, car les soins de santé constituent une compétence partagée des responsables de la politique sociale et des responsables de la santé publique dans les institutions européennes ainsi qu'au niveau national dans divers États membres. Certains ministres responsables des soins de santé sont membres du Conseil Santé, d'autres sont membres du Conseil Emploi et Affaires sociales. Ils ne se rencontrent donc pas au niveau européen pour discuter de leurs problèmes communs. Une fois encore, il n'existe pas de plate-forme bien définie au niveau européen pour discuter des problèmes que nous soulevons ici et pour réagir, au niveau politique, à l'évolution de ces problèmes.

IV. La prise de conscience politique augmente

De récentes discussions ont démontré une volonté accrue d'inscrire la question des soins de santé à l'agenda politique de l'UE.

Le **Parlement européen** a adopté en 2000 une résolution sur l'assurance santé complémentaire, dans laquelle il appelle la Commission à analyser comment les systèmes de soins de santé peuvent atteindre l'objectif qui consiste à fournir l'accès pour tous à un traitement de haute qualité en cas de besoin et ce, dans des délais raisonnables.

La **Charte des droits fondamentaux** de l'UE (**) stipule que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de soins de santé et de bénéficier de soins médicaux » et que « l'Union reconnaît et respecte l'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux assurant une protection dans des cas tels que la maternité, la maladie, les accidents du travail, la dépendance ou la vieillesse ».

La **Communication de mai 2000 de la Commission européenne** sur le thème « Stratégie en matière de santé » (***) offre la possibilité de créer un forum au sein duquel les thèmes discutés ici pourraient être débattus. Les ministres du Conseil Santé ont décidé de se pencher sur la mobilité des patients durant une réunion de haut niveau, à Malaga (Espagne), en février 2002.

Le **Conseil européen de Göteborg** (juin 2001) a chargé le Conseil de préparer un rapport initial pour le Conseil européen de printemps 2002 sur les avancées en matière de soins de santé et de soins aux personnes âgées. Ce rapport devra être réalisé par le Comité de protection sociale et le Comité de politique économique qui rédigeront un rapport conjoint. Les résultats de ces travaux devraient être intégrés dans les grandes orientations de politique économique.

La **Communication de la Commission COM (2001) 723** du 5 décembre 2001 identifie trois objectifs communs pour les systèmes de soins de santé européens :

1. garantir l'accès pour tous à des soins de santé de bonne qualité ;
2. améliorer la transparence et la qualité des systèmes de soins de santé ;
3. assurer la viabilité financière des systèmes de soins de santé.

Cette Communication et ses objectifs constituent un premier pas concret vers une approche communautaire destinée à mieux s'attaquer aux défis communs des soins de santé auxquels sont confrontés les États membres. Et je suis heureux de constater le soutien au développement de systèmes destinés à l'évaluation des traitements médicaux et à des normes communes en ce qui concerne la qualité des soins de santé.

La méthodologie que la Commission a suggérée dans sa communication s'apparente à celle que nous appelons « Méthode ouverte de coordination » dans notre jargon. La coordination ouverte est déjà d'application en matière d'inclusion sociale et, depuis la réunion du Conseil du 3 décembre dernier, en matière de pensions. Il s'agit d'un processus qui définit des objectifs communs, clairs et explicites. Ensuite, un *peer review* est mis sur pied, lequel permet aux États membres d'examiner les bonnes pratiques en Europe et d'en tirer les leçons. Cette méthode de coordination respecte la diversité locale, est flexible et vise en même temps à assurer des progrès dans la sphère sociale.

La coordination ouverte n'est pas simplement un processus d'apprentissage. Elle constitue certainement plus qu'un processus défensif : la coordination ouverte peut et doit être un processus créatif parce qu'il nous permet de traduire le « modèle social européen », maintes fois débattu mais souvent vague, en un ensemble d'objectifs tangibles, à inclure dans la coopération européenne (*).

(*) Voir Revue « Europe : Nouvelles Frontières », 9 (2001), *La coordination ouverte et le vieillissement : quelle valeur ajoutée pour l'Europe sociale ?* », Frank Vandenbroucke. Voir également *Open co-ordination on Pensions and the future of Europe's Social Model*, discours de clôture de Frank Vandenbroucke présenté lors de la Conférence « Vers une nouvelle architecture de la protection sociale en Europe ? Une mise en perspective des systèmes de pension », Louvain, 19-20 octobre 2001, disponible sur www.vandenbroucke.fgov.be

(*) Traité instituant la Communauté européenne. Troisième partie – Les politiques de la Communauté, Titre XIII – Santé publique, article 152 alinéa 5 (<http://europa.eu.int/eur-lex/fr/treaties/livre235.html>)

(**) <http://ue.eu.int/df/docs/fr/CharteFR.pdf>

(***) <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/cha/c00008.htm>

Le premier objectif de la coordination ouverte appliquée aux soins de santé devrait être de nous aider à identifier les valeurs fondamentales des systèmes de soins de santé publics européens et les valeurs à sauvegarder : la solidarité, l'équité, l'accessibilité et la qualité.

De plus, la coordination ouverte peut être un important outil de recherche nous aidant à découvrir les tensions présentes au sein de notre architecture légale. Une coopération efficace au sein de l'UE peut contribuer à identifier et à préparer le travail législatif tant au niveau national qu'au niveau de l'UE.

Pour s'attaquer aux problèmes évoqués dans cet article, il ne suffira pas d'échanger des expériences et des bonnes pratiques. Un travail législatif en la matière sera également nécessaire.

Nous ne pouvons plus déclarer que les systèmes de soins de santé sont une question purement nationale étant donné que les États membres ont, dans une certaine mesure, délégué des responsabilités, particulièrement lorsque les règles du marché unique s'appliquent. J'en conclus, et rejoins en cela pleinement les auteurs du rapport Mossialos, qu'il est nécessaire de se mettre d'accord sur une déclaration de principes fondamentaux qui incorporent les valeurs et les objectifs des systèmes de santé européens, créant ainsi un cadre commun, sans pour autant réduire le degré d'autonomie actuel des États membres en concevant et en modifiant leurs systèmes de soins de santé. Ces principes pourraient être intégrés dans un futur Traité, mettant donc en équilibre le marché intérieur et les objectifs sociaux. Cela pourrait être un élément à introduire dans les négociations destinées à préparer la prochaine Conférence intergouvernementale.

Parallèlement, il est essentiel de traiter certains des problèmes évoqués ici par le biais de législations secondaires, c'est-à-dire sur la base du Traité existant. Les procédures décisionnelles doivent être rendues plus transparentes et soumises à une plus grande guidance politique.

Au niveau politique, nous avons besoin d'une plus grande communication entre les différents décideurs politiques, les responsables de la politique économique, de la politique sociale, de la santé publique et des affaires sociales. Il y a un manque de communication et de consultation à propos de questions de politique de l'UE, au niveau européen mais aussi au niveau des États membres. Une évaluation de l'impact social et sanitaire des décisions de l'UE dans le domaine de la création du marché unique pourrait être utile.

Nous pourrions conclure cet article par une déclaration qui pourrait sembler paradoxale. Afin de sauvegarder les caractéristiques sociales de nos systèmes, comme nous les chérissons dans nos États-nations, il convient de discuter de la politique en matière de soins de santé aussi bien au niveau européen que national.

J'espère que des progrès seront vite accomplis dans le domaine de la politique des soins de santé. L'enjeu n'est autre qu'une justice sociale.

Remerciements

Je tiens à remercier et à féliciter le Professeur Elias Mossialos et ses collègues – le Professeur Martin Mc Kee, M. Willy Palm, le Dr Beatrix Karl et le Professeur Franz Marhold – pour l'excellent rapport qu'ils ont élaboré pour la conférence de Gand des 7 et 8 décembre 2001, organisée dans le cadre de la Présidence belge de l'UE. C'est la première fois que l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins de santé a été tracé de façon aussi systématique dans tous les domaines des soins de santé. Les nombreux documents de qualité rédigés par les autres orateurs présents à Gand, ont contribué à rendre ce rapport aussi complet ; qu'ils en soient également tous remerciés.

Je réitère enfin mes remerciements à Jo De Cock de l'Institut national d'assurance-maladie invalidité (INAMI), qui a contribué à donner forme à cette initiative, ainsi qu'à Rita Baeten et à l'Observatoire social européen qui nous ont aidés à coordonner cette conférence.