

Intervention de Bernadette VERGNAUD MGEN Mercredi 30 janvier 2008

Première partie : Historique et Etat des lieux - enjeu européen : l'essence de mon rapport.

Suite à l'exclusion des services de santé de la directive services, la Commission a lancé une consultation, très axée sur la seule mobilité des patients. Le Parlement s'en est saisi et j'ai été nommée rapporteur sur ce rapport d'initiative sur les services de soins de santé. Je suis partie du fait que l'existence de services de santé de qualité à proximité de leur domicile est une priorité aux yeux des citoyens européens.

Si à l'heure actuelle, la mobilité des patients et des professionnels est limitée au sein de l'Union Européenne (environ 3 à 4% de la population), elle va s'accroître au fil des ans (mobilité croissante des étudiants, des retraités, des touristes et mobilité des professionnels notamment de l'Europe de l'Est vers l'Ouest, attirés par des rémunérations plus attractives et une meilleure qualité de vie), ce qui provoque déjà des pénuries de personnels de santé dans certains pays et dans certaines spécialités médicales, ces deux mobilités créent une grande insécurité juridique quant à certaines définitions sur les soins, les droits réels des patients, ceux des professionnels qui prestent leurs services dans différents Etats, sur les normes applicables en termes de tarifs et de remboursements, et sur les responsabilités en cas de dommages causés aux patients, notamment dans le suivi médical transnational.

Pour chaque pays d'Europe sans exception, les défis à venir en matière de politiques de santé et protection des systèmes sociaux sont nombreux et préoccupent de plus en plus les citoyens - qui expriment leurs doutes relatifs à la nature et la finalité du projet européen - et bien sûr aussi les Etats Membres : il faut faire face à l'allongement de l'espérance de vie, en soi très positif mais qui induit de nouveaux coûts dans des services que je définis comme "*services médicaux avec accompagnement social*" (aides à la personne, à domicile) qui par ailleurs peuvent aussi créer de nombreux emplois et s'inscrire dans une nouvelle dynamique de la stratégie de Lisbonne; il faut bien sûr prendre en compte les progrès de la médecine, très positifs, mais qui engendrent aussi des coûts croissants au niveau des traitements, ce qui nécessite de trouver un équilibre dans les politiques de financements de soins de santé et de protection sociale.

Parce que ces services que je considère comme un pilier fondamental du modèle social européen, ne peuvent être assimilés à des services marchands livrés aux lois de la concurrence non régulée, le Parlement Européen a réussi à les exclure de la directive sur les services - dite Bolkestein - directive tristement célèbre qui a alimenté en France notre campagne sur le Traité Constitutionnel.

Je n'y reviens pas. Et le Parlement, dans le cadre de mon rapport d'initiative, a souhaité examiner et résoudre dans un texte spécifique toutes les problématiques posées. S'il n'appartient pas à l'UE d'harmoniser les services de santé en vertu du principe de

subsidiarité qui doit laisser à chaque Etat (ou région suivant les pays) la compétence d'organiser, de gérer et de financer son système de soins, elle doit néanmoins apporter sa valeur ajoutée en levant les nombreuses insécurités juridiques persistantes (tant pour les patients que pour les professionnels, que pour les caisses d'assurance maladie et les mutuelles) et anticiper les problèmes posés par la croissance des échanges des services de soins de santé au sein de l'Union.

Il ne faudrait pas que, sous prétexte que les patients puissent accéder à de meilleurs services de soins reconnus dans l'UE, les Etats s'exonèrent de l'amélioration de leurs systèmes nationaux et justifient ainsi l'absence d'investissement dans leur propre système de soins, car ce que j'ai tenu à souligner dans mon rapport d'initiative - voté à une large majorité par le Parlement difficilement acquise le 23 mai 2007 - c'est qu'il convient de faire en sorte que tous les citoyens européens, quels que soient leur niveau de revenus et leur lieu de résidence, disposent dans un délai raisonnable d'un égal accès, à un coût abordable, aux soins de santé dans le respect des principes d'universalité, de qualité, de sécurité, de continuité, de solidarité, contribuant ainsi à la cohésion sociale et territoriale de l'Union tout en garantissant la viabilité financière des systèmes de soins nationaux.

Pour garder la possibilité d'un "égal accès" aux soins, il ne s'agit donc pas de vider certains pays de leurs compétences (exemple : les médecins roumains qui émigrent vers la France ou le Royaume-Uni), mais bien, notamment dans les zones transfrontalières, de mutualiser les moyens en ressources humaines et matérielles - comme le nouvel hôpital de Perpignan qui va voir le jour à l'initiative du Professeur Montanié - avec des équipements et des technologies de pointes dont les coûts sont partagés entre la France et l'Espagne, avec des équipes de médecins et d'infirmières franco-espagnoles.

De même, je pense qu'avec les nouvelles technologies de communication et internet, l'Union doit favoriser la mise en place d'un réseau européen de centres de références avec des échanges de connaissances sur les meilleurs modes de traitements entre les différents pays, et des informations simplifiées sur les tarifs et les remboursements.

Cette mutualisation des moyens sera bénéfique aux patients, aux professionnels de santé qui auront accès aux toutes dernières évolutions scientifiques, mais aussi aux différents systèmes de protection sociale qui pourront à terme réduire leurs dépenses et lutter pour une pérennisation optimale de protection.

Deuxième partie : le projet potentiel de directive de la Commission Européenne.

Il va de soi néanmoins que mon rapport ne s'opposait pas aux libertés fondamentales de libre circulation dont doivent bénéficier les patients et les professionnels de santé conformément aux traités Européens.

Mais le danger actuel est bien la naissance d'un véritable "tourisme médical" où l'on confond "consommateur" et "usager".

Exemple : le "tourisme dentaire" en Hongrie où des agences de voyage vous livrent clés en main un "package" visites à Budapest et accès aux soins dentaires dans des cliniques spécialisées à des prix défiant toute concurrence...

La même chose se passe entre la Pologne et l'Allemagne : les Allemands venant se faire signer en masse ont provoqué une inflation galopante en termes de coûts de soins dentaires, ce qui ne permet plus aux Polonais de se faire soigner à des prix abordables pour eux !

Alors que reste-t-il du rapport voté par le Parlement européen dans le nouveau projet de directive européenne - élaborée mais non officiellement sortie des services de la Commission ?

La directive repose sur une base juridique générale (l'article 95 du Traité se rapportant au marché intérieur). Mais ses auteurs ont ajouté que le texte respecte également les objectifs de l'article 152 du Traité (sur la santé publique) et l'article 35 de la Charte des Droits fondamentaux (droit d'accès aux soins).

Certains principes sont édictés, dont les autorités de l'Etat membre "doivent s'assurer le respect" : citons les principes d'universalité, d'accès à des soins de bonne qualité, d'équité, et de solidarité. La liste s'est donc considérablement réduite et l'on notera que l'on ne parle plus "d'égal accès" !

Dans cette directive, le terme "transfrontalier" couvre les différents types de fournitures de soins de santé et recouvre les différentes mobilités ; l'Etat membre dans lequel a lieu le soin médical est responsable de la qualité du traitement. Les soins hospitaliers sont définis à l'article 8 comme des soins nécessitant au minimum une nuitée, et cette proposition de directive pose le principe qu'aucune autorisation préalable ne sera exigée. Mais la Commission précise par ailleurs que si l'Etat membre souhaite instaurer une autorisation préalable, il devra en notifier les raisons à la Commission Européenne, qui sera seule juge !

Vous comprenez aisément les réticences - voire le refus- de certains Etats puisqu'il y a là un transfert de compétences, la Commission s'arrogeant un droit qu'elle ne détient pas des Traités.

S'agissant du remboursement des soins de santé, ce sera à chaque Etat membre d'affiliation de s'assurer que ses patients y reçoivent des soins similaires à ceux qui auraient pu leur être fournis dans leur propre Etat, et les coûts seront assumés au niveau du territoire d'origine.

Conséquences pratiques :

Actuellement, le patient tchèque, slovaque ou roumain, sous l'empire du règlement 1408, qui sollicite des soins de santé hospitaliers à hauteur de 20 000 euros en France et qui bénéficie d'une autorisation préalable obligatoire n'effectue aucune avance d'argent. Il appartient ensuite aux autorités compétentes des Etats concernés de se rembourser entre elles.

Avec la proposition de directive, ce même patient devra effectuer l'avance d'argent avant de recevoir les soins, puis se faire rembourser selon le tarif d'affiliation de son propre pays, ce qui aura pour conséquence pour certains patients de déboursier des sommes importantes.

Ce texte marque donc très clairement une mobilité des patients à deux vitesses : ceux qui auront les moyens de choisir, et de financer leurs soins de santé transfrontaliers, et les

autres qui seront laissés pour compte. C'est vraiment le système de santé à deux vitesses que nous combattons.

Ce texte peut freiner le développement des soins de santé dans les nouveaux Etats membres si les gouvernements de ces Etats préfèrent ne pas investir fortement dans leur politique de santé et envoyer leurs patients se faire soigner dans un autre Etats.

Ce texte aura pour effet d'accroître le recours aux assurances privées, donc à creuser les inégalités entre citoyens, et mettre à mal nos systèmes de protection basés sur la solidarité : on touche ici à la clef de voûte de la sécurité sociale.

Cette directive contient néanmoins des points positifs pour tout ce qui concerne la création de réseaux européens de centres de références, l'augmentation de l'interopérabilité des systèmes électroniques de communication et d'information, la coopération entre Etats membres.

Ce texte laisse dans le flou tout un ensemble d'éléments : quid de la responsabilité en cas de dommages, quid du suivi des soins au retour dans le pays, quid du délai raisonnable pour rester sur une liste d'attente (soucis actuellement en Grande-Bretagne qui voit dans cette directive le début de la fin de son système de santé publique qui souffre de longues listes d'attente).

Ce texte me semble de plus complexifier le système pour les organismes de sécurité sociale puisque certains patients bénéficieront du règlement 1408 (coordination des systèmes de sécurité sociale), d'autres de la directive au niveau juridique.

Il ne règle pas les problèmes importants qui se posent actuellement au secteur de la santé :

- pénurie d'emplois dans nombre de secteurs et inégalités au niveau territorial,
- formation continue des professionnels, et sécurisation dans l'exercice de leurs fonctions,
- interprétation des règles de la concurrence et du marché intérieur ? (Positions dominantes, entente, aides d'Etats, libre prestation de services).

En conclusion, je dirais que nous devons méditer la situation aux Etats-Unis où le coût de la santé est le plus important au monde (environ 16% du PIB) soit le double de la moyenne européenne. Ce système très cher - qui s'appuie essentiellement sur les règles du marché - exclut des millions de citoyens américains qui ne peuvent se payer les assurances médicales! Ce n'est pas un exemple pour l'Europe qui doit faire prospérer une société de valeurs communes où fonctionnent des formes de solidarités à la fois économiques et sociales, géographiques et générationnelles partagées par l'ensemble des pays européens malgré leurs différences historiques et culturelles. Pourtant, je pense que l'Europe est le seul échelon pertinent pour rendre compatibles et viables la nature sociale de nos systèmes de santé avec les libertés économiques fondamentales européennes.

Le politique et le social peuvent conquérir une certaine souveraineté sur l'économique et le financier, à condition d'utiliser tous les outils à notre disposition, d'en élaborer de nouveaux qui s'appuient sur nos fondements de civilisation solidaire mais concilient performance économique et responsabilité sociale : c'est tout l'enjeu pour demain des services d'intérêt général européens dont font partie les soins de santé et les services sociaux ; le nouveau Traité de Lisbonne nous offre des possibilités non négligeables,

ayons ensemble la volonté politique et mutualiste de renforcer ces services fondamentaux en restant fidèles aux valeurs d'humanisme et de solidarité qui font de notre continent - encore aujourd'hui - un exemple dans le monde pour les générations futures !