

2.42 **relève** la nécessité de garantir, lors de la mise en oeuvre de la directive, que les organisations permanentes puissent à l'avenir aussi s'acquitter sans problème des tâches qui leur incombent jusqu'ici. À l'heure actuelle, des adhésions obligatoires font que lorsque les prestataires de services ont l'intention de s'établir dans un autre État membre, ils doivent s'adresser immédiatement aux organisations permanentes compétentes de cet État membre. Par conséquent, en ce qui concerne la mise en place et la définition du guichet unique, il est important de tenir compte des compétences et des répartitions de tâches existantes;

2.43 **voit** dans ce contexte aussi les nouveaux défis et les nouvelles tâches qui incomberont aux organisations perma-

nentes, notamment en tant qu'éventuel guichet unique ou lors de l'élaboration de nouveaux codes de conduite au niveau communautaire;

2.44 **demande** à cet égard que les États membres, les collectivités régionales et communales et tous les autres acteurs concernés se préparent à temps aux défis qui seront posés par la directive;

2.45 **plaide** pour qu'on ne se laisse pas guider par des réflexes de défense mais pour qu'on saisisse les chances qui s'offrent aux prestataires de services et aux citoyens des différents États membres, mais aussi à l'ensemble du marché unique.

Bruxelles, le 30 septembre 2004.

Le Président
du Comité des régions
Peter STRAUB

Avis du Comité des régions sur la «Communication de la Commission - Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne» et la «Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions - Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la "méthode ouverte de coordination"»

(2005/C 43/07)

LE COMITÉ DES RÉGIONS,

VU la communication de la Commission sur le «Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne» et la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions – «Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination» (COM(2004) 301 final), (COM(2004) 304 final);

VU la décision de la Commission en date du 20 avril 2004 de saisir le Comité des régions d'une demande d'avis, en vertu de l'article 265, paragraphe 1 du traité instituant la Communauté européenne;

VU la décision du Président en date du 5 avril 2004 de charger la commission de la politique économique et sociale des travaux préparatoires en la matière;

VU la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur «la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé et la proposition de la Commission de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001 à 2006)» (COM (2000) 285 final);

VU la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur le «Renforcement de la dimension sociale de la stratégie de Lisbonne: Rationalisation de la coordination ouverte dans le domaine de la protection sociale» (COM(2003) 261 final);

VU la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions – «L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière» (COM(2001) 723 final);

VU la «Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur» (COM(2004) 2 final) présentée par la Commission;

VU le rapport sur le «Processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne», présenté le 9 décembre 2003;

VU son projet d'avis (CdR 153/2004 rév. 1) adopté le 6 juillet 2004 par la commission de la politique économique et sociale (**Mme Bente NIELSEN**, membre du conseil du comté de Århus (DK/PSE), rapporteuse);

a adopté, lors de sa 56^{ème} ème session plénière des 29 et 30 septembre 2004 (séance du 30 septembre 2004) le présent avis à l'unanimité.

1. Observations et recommandations générales du Comité des régions

LE COMITÉ DES RÉGIONS

1.1 **estime** que les deux communications de la Commission intitulées respectivement «Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne» et «Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination» constituent ensemble le cadre d'une stratégie générale d'élaboration d'une conception commune des systèmes européens de santé et de protection sociale. C'est pourquoi il convient de considérer conjointement ces communications et le Comité des régions demandera que soient coordonnés, pour évoluer en parallèle, les travaux à venir concernant les initiatives et les processus dont la mise en oeuvre est proposée dans les deux communications;

1.2 **souligne** qu'une stratégie européenne de construction d'une conception commune des systèmes européens de santé et de protection sociale ne doit pas entraîner une extension des compétences de l'UE dans le domaine de la santé. Il ne faut pas qu'une conception européenne commune des systèmes de santé et de protection sociale aboutisse à des tentatives d'harmonisation et à des mesures de réglementation qui ne seraient pas transparentes. Il faut respecter le fait que le domaine de la santé, et notamment son organisation et son financement, se situe dans la sphère propre des États membres et relève de leur compétence. Il faut respecter le principe de subsidiarité;

1.3 **fait observer** que dans de nombreux États membres, ce sont les collectivités territoriales qui ont compétence pour ce qui concerne respectivement les services de santé et les soins de santé. C'est pourquoi le Comité des régions et les régions qui ont compétence en ces matières souhaitent participer et contribuer à la mise en place d'une stratégie européenne commune dans le domaine de la santé et doivent pouvoir bénéficier de la possibilité d'infléchir la stratégie générale de la Communauté en matière de santé. Il convient de prendre tout particulièrement en compte les observations du Comité des régions en ce qui concerne les décisions et les initiatives touchant aux missions et aux compétences des collectivités territoriales dans le secteur des services de santé et dans celui des soins de santé;

1.4 **part du principe** que les collectivités territoriales doivent être associées à la mise en oeuvre des initiatives destinées à mettre en place une stratégie européenne générale et commune dans le domaine de la santé, par exemple pour ce qui concerne la création d'indicateurs et de critères d'étalonnage en matière de santé. C'est pourquoi le Comité des régions

estime que des représentants des collectivités territoriales devraient siéger au sein du *groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux*, qui sera chargé d'assister la Commission dans un certain nombre de domaines d'importance essentielle, et notamment la définition des droits et devoirs des patients, le partage des capacités des différents systèmes de santé nationaux et la coopération transfrontalière, la désignation de centres européens de référence, ainsi que la coordination de l'évaluation des nouvelles technologies de la santé. C'est pourquoi le Comité des régions demande à la Commission de veiller à ce que les collectivités territoriales soient représentées au sein de ce groupe;

1.5 **estime** qu'il est d'une importance essentielle de répondre aux défis communs et futurs qui vont se présenter dans le domaine de la santé et d'accorder une attention toute particulière aux nouveaux États membres. Il convient de donner consciemment la priorité à l'aide aux nouveaux États membres dans la mise au point d'actions en matière de santé et dans l'élévation du niveau sanitaire, dans le but de réduire les différences et les distorsions qui existent dans l'UE en matière de santé, de telle sorte que les nouveaux pays membres puissent se rapprocher du plus haut niveau de l'UE.

La mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne (COM(2004) 301 final).

2. Observations et recommandations du Comité des régions

LE COMITÉ DES RÉGIONS

2.1 **approuve** le fait que la Commission reconnaisse qu'eu égard à l'obligation de veiller à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en oeuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté (article 152, paragraphe 1 du traité instituant la Communauté européenne), il est nécessaire de faire participer davantage les décideurs politiques qui ont compétence en matière de santé, de services de santé et de soins de santé. Il est d'une importance essentielle d'intégrer dans l'évaluation générale de l'impact des nouvelles politiques les conséquences des initiatives communautaires et de faire en sorte qu'une telle évaluation comporte aussi une analyse de l'interaction entre les réglementations communautaires et les conséquences qu'elles comportent pour les services de santé des États membres et les objectifs des politiques nationales de santé. Compte tenu du fait que dans de nombreux États membres, la compétence en matière de santé, de services de santé et de soins de santé appartient aux collectivités territoriales, le Comité des régions recommande que l'on associe les collectivités territoriales à cette évaluation;

2.2 **estime**, dans le prolongement de ces considérations, qu'il est d'une importance essentielle de préciser les conséquences des droits des citoyens, aux termes de la législation communautaire, à se faire soigner dans d'autres États membres et à faire rembourser les dépenses de soins de santé encourues dans un autre État membre de la manière qui est décrite d'une part, dans la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur et d'autre part, dans le règlement 1408/71 sur la coordination des régimes de sécurité sociale;

2.3 **demande** à la Commission de veiller à ce qu'en ce qui concerne l'idée de placer les soins de santé sur le même pied que les services, comme l'envisage la proposition de directive sur les services, l'on n'applique pas aux soins de santé uniquement une logique de marché en se fondant sur une perspective de bénéfices économiques, mais au contraire en s'appuyant sur des critères conçus à partir des préoccupations suivantes: le bon état de santé de chaque citoyen, les procédures de traitement et la qualité de la vie;

2.4 **recommande** que la Commission, dans le cadre de ses travaux d'extension et d'amélioration de l'information relative aux droits que confère aux citoyens la législation communautaire, respecte d'une part, le droit des différents États membres à définir des réglementations en matière de droits et devoirs ayant trait à la couverture des services de santé dans les limites des régimes de protection sociale des États membres et d'autre part, les différences de conditions applicables à différentes prestations en vertu des régimes d'assurance-maladie des États membres;

2.5 **estime** de surcroît qu'il ne s'agit pas exclusivement de rassurer et de renseigner les citoyens à propos des droits qu'ils tiennent de la législation communautaire. Il convient aussi d'envisager davantage les possibilités de garantir un système compréhensif et accessible, de telle sorte que toutes les catégories de patients soient en mesure de bénéficier des droits et des possibilités qui existent. Il faut veiller à ce que les catégories de patients plus sensibles, telles que par exemple les personnes âgées sans réseau social et les patients souffrant de problèmes psychiques, soient aussi en mesure d'exercer les droits que leur confère la législation communautaire. Cela suppose par exemple que l'information soit disponible là où les citoyens la demandent et qu'il y ait un suivi de l'information sous forme de services compétents de conseils et d'orientation dans chacun des États membres;

2.6 **demande** que lors de l'élaboration d'une part, d'initiatives destinées à assurer le partage des capacités et les possibilités de soins de santé transfrontaliers et d'autre part, de réglementations communautaires concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que dans le cadre des travaux qui sont actuellement en cours pour simplifier les réglementations en ces domaines, l'on veille à ce que les initiatives en question n'aboutissent pas à une répartition non souhaitable du personnel médical et des autres professionnels de la santé entre les États membres, par exemple au détriment des nouveaux États membres;

2.7 **approuve** le fait que la Commission reconnaisse l'importance d'une évaluation structurée et globale des technologies de la santé, évaluation qui est de nature à fournir une base solide sur laquelle puissent s'appuyer des travaux d'évaluation

et de documentation relatifs à des régimes, à des produits et à des techniques en rapport avec la santé;

2.8 **estime** à cet égard qu'une coopération structurée et coordonnée au niveau européen, dans un but d'échange d'expériences, de partage des connaissances, et de recherche concernant le développement des technologies de la santé est susceptible d'apporter aux États membres une valeur ajoutée appréciable;

2.9 **est d'avis** que l'accès à des données fiables et à une information de haute qualité est d'une importance essentielle au regard des possibilités des États membres de déterminer les meilleures pratiques et de comparer les normes, et donc que cet accès est aussi une condition nécessaire de la réalisation de nombre des initiatives qui sont proposées. La mise en place du cadre d'un système européen de données et d'information devrait, comme le fait observer la Commission, s'effectuer en coopération avec d'autres intervenants du secteur et elle devrait être coordonnée avec les initiatives et les travaux de cette nature qui sont en cours au sein de l'OCDE et de l'OMS. C'est aux États membres qu'il appartient de prendre des dispositions et de mettre en oeuvre de nouvelles mesures à partir des données et des renseignements comparables ainsi obtenus;

2.10 **estime** que la Commission devrait davantage veiller à ce que les collectivités territoriales compétentes en matière de services de santé et de soins de santé soient associées et participent à la coopération concernant les soins de santé et les traitements médicaux, ainsi qu'aux travaux du groupe constitué à cet effet.

Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la «méthode ouverte de coordination» (COM(2004) 304 final)

3. Observations et recommandations du Comité des régions

LE COMITÉ DES RÉGIONS

3.1 approuve l'intention générale que manifeste la Commission dans sa communication, à savoir, par l'utilisation de la méthode ouverte de coordination, de favoriser l'élaboration d'un cadre commun d'aide aux États membres dans leurs efforts visant à restructurer et à développer les soins de santé et les soins de longue durée qui sont pris en charge par la protection sociale;

3.2 **adhère** aux trois orientations, c'est-à-dire l'accessibilité des soins sur une base d'universalité, d'équité et de solidarité, l'offre de soins de qualité et la viabilité financière à long terme des soins de santé;

3.3 **estime** que la mise en place d'un cadre commun général et le respect des orientations peuvent contribuer à permettre d'affronter les défis futurs qui se présenteront sous la forme du vieillissement de la population, de problèmes persistants d'accessibilité se caractérisant par un accès inégal aux soins de santé, par un déséquilibre entre l'offre de soins de qualité et la demande et les besoins de la population ainsi que par un déséquilibre financier à l'intérieur de certains systèmes;

3.4 **souligne** qu'il convient que le processus de création d'indicateurs et de critères d'étalonnage se déroule dans le respect intégral des compétences des États membres en matière d'offre de soins de santé et en matière d'organisation de cette offre et en ayant égard aux situations différentes et divergentes qui existent d'un État membre à l'autre. Il est de la plus haute importance que ces indicateurs s'appuient, dans toute la mesure du possible, sur des données qui sont déjà disponibles. L'existence d'un trop grand nombre d'indicateurs risque d'entraîner un surcroît de travail inacceptable pour les collectivités territoriales;

3.5 **souligne** à cet égard que dans de nombreux États membres, les soins de santé sont gérés par les collectivités territoriales, auxquelles incombe en outre souvent la responsabilité première de l'éducation et de la prévention en matière de santé, y compris les services d'aide à domicile, utiles pour éviter ou réduire les placements en établissement de soins. Aussi, conformément aux principes qui régissent l'utilisation de la méthode ouverte de coordination, ces collectivités devraient-elles être associées, en tant qu'intervenants de première importance, à l'élaboration de plans d'action nationaux et à la création d'indicateurs et de critères d'étalonnage;

3.6 **demande** que l'on inclue aussi parmi les indicateurs à créer des indicateurs de nature qualitative, étant donné que des indicateurs strictement quantitatifs ne permettent guère de capturer ce que l'on appelle des valeurs «floues», telles que par exemple la qualité des soins dont bénéficient les personnes âgées et l'amélioration de la qualité de la vie, etc. Il convient donc de ne pas mettre la qualité des soins de santé uniquement en rapport avec des éléments d'analyse avantages-coûts, mais de la rapporter aussi aux différents éléments qui caractérisent la manière dont les soins sont prodigués;

3.7 **souhaite** de surcroît attirer l'attention sur le fait que la création de ces indicateurs et l'application des critères d'étalonnage conformément à la méthode de coordination ouverte

doivent aussi tenir compte des différences qui existent d'un État membre à l'autre entre les présupposés fondamentaux;

3.8 **demande** à la Commission de soutenir le développement de réseaux pour l'échange d'expériences et la diffusion des bonnes pratiques, car il s'agit là d'une composante importante de la méthode ouverte de coordination;

3.9 **approuve** le fait que l'on mette l'accent sur les conséquences que comportent d'autres politiques pour le domaine de la santé et des soins de santé et estime qu'une coordination accrue des processus politiques à l'œuvre dans d'autres domaines, et notamment dans celui de la politique de l'emploi, aura de l'importance pour le respect des orientations. C'est pourquoi le Comité des régions juge positif le fait que l'on privilégie la nécessité d'investir dans la formation de base et dans la formation continue des professionnels de la santé en vertu du principe d'apprentissage tout au long de la vie, ainsi que la mise en place de politiques de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, de manière à relever le niveau de la qualité des emplois. À long terme, cela peut contribuer à retenir le personnel dans le secteur des soins de santé et aussi, il faut l'espérer, à faciliter le recrutement, ce qui est une condition essentielle à remplir pour pouvoir répondre aux défis communs que constituent le vieillissement de la population et une pénurie croissante de personnel;

3.10 **estime** qu'une insistance plus marquée sur les catégories marginalisées, telles que les personnes âgées sans réseau social, les minorités ethniques et les catégories de personnes à bas revenus revêt une importance essentielle pour le respect de l'orientation relative à l'accès équitable et universel aux soins de santé. À cet égard, il convient, dans le cadre du soutien apporté aux efforts des États membres en matière de réformes, de mettre au point des mécanismes d'aide concernant ces catégories marginalisées, de manière à réduire l'inégalité existant par rapport à la santé. La mise au point de ces mécanismes d'aide suppose la participation et la mobilisation de tous les intervenants.

Bruxelles, le 30 septembre 2004

Le Président
du Comité des régions
Peter STRAUB