



Bruxelles, le 4.4.2014
COM(2014) 215 final

COMMUNICATION DE LA COMMISSION

relative à des systèmes de santé efficaces, accessibles et capables de s'adapter

1. Introduction

Auxiliaires de la bonne santé des populations, les systèmes de santé¹ assurent une fonction centrale dans les sociétés modernes. Ils devraient non seulement rajouter des années à la vie, mais aussi plus de vie aux années.

Les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne présentent des différences reflétant la diversité de leurs priorités sociales. Pourtant, malgré ces modes d'organisation et de financement qui les distinguent, ils reposent sur des valeurs communes reconnues par le Conseil des ministres de la santé en 2006²: l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.

Les systèmes de santé de l'Union connaissent une interaction croissante, notamment depuis l'entrée en vigueur de la directive 2011/24/UE³. C'est en consolidant la coopération entre eux que nous les aiderons à mieux répondre à la mobilité accrue des patients et des professionnels de la santé.

Depuis une dizaine d'années, tous les systèmes de santé européens font face à des phénomènes qui prennent de l'ampleur: hausse du coût des soins de santé; vieillissement de la population corrélée à un développement des maladies chroniques et de la morbidité multiple, qui entraînent une hausse de la demande de soins; pénuries et répartition inégale des professionnels de la santé; inégalités de santé et injustices dans le domaine de l'accès aux soins.

Qui plus est, ces dernières années, la crise économique a restreint les ressources financières disponibles et donc aggravé les difficultés des États membres à maintenir des systèmes de santé viables⁴, compromettant ainsi leur capacité à offrir un accès universel à des soins de qualité. Les systèmes de santé doivent avoir la capacité de s'adapter à un contexte en mutation et de répondre avec des moyens limités à des problèmes délicats.

Cette interdépendance croissante et ces enjeux communs appellent une coopération plus étroite. En 2006, les États membres ont adopté des objectifs communs concernant l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière des soins de santé dans le contexte de la méthode ouverte de coordination sur la protection sociale et l'inclusion sociale⁵. En 2011, le Conseil des ministres de la santé, n'ignorant pas que «si le fait de garantir un accès équitable à des services de soins de santé de qualité dans des situations où les ressources économiques et autres sont limitées a toujours constitué une préoccupation essentielle, le problème revêt désormais une ampleur et une urgence nouvelles et, s'il

¹ Dans la présente communication, on entend par «systèmes de santé» les systèmes conçus pour dispenser aux patients des soins (diagnostics, soins préventifs, curatifs et palliatifs) dont l'objectif premier est d'améliorer la santé.

² Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne, JO C 146 du 22.6.2006, p. 1.

³ Directive 2011/24/UE, JO L 88 du 4.4.2011.

⁴ Comme le soulignent aussi les conclusions du Conseil concernant le rapport conjoint de la Commission et du Comité de politique économique sur les systèmes de soins de santé en Europe, 7 décembre 2010.

⁵ Avis conjoint du Comité de la protection sociale et du Comité de politique économique sur la communication de la Commission «Travailler ensemble, travailler mieux: un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne», approuvé par le Conseil EPSCO le 10 mars 2006.

n'est pas résolu, il pourrait devenir un élément déterminant dans le futur paysage économique et social de l'Union», a lancé un processus de réflexion au niveau de l'Union pour aider les États membres à mettre en œuvre des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables⁶.

En décembre 2013, le Conseil des ministres de la santé a pris acte des progrès accomplis et appelé à la poursuite des travaux dans ses conclusions sur le processus de réflexion concernant des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables⁷.

Aux termes de l'examen annuel de la croissance de 2014⁸, «la priorité absolue est maintenant de développer la croissance et la compétitivité» de manière à soutenir une reprise durable. La Commission y souligne la nécessité pour ce faire d'améliorer l'efficacité et la viabilité financière des systèmes de santé, tout en renforçant leur efficacité et leur capacité à répondre aux besoins sociaux et en préservant les filets de sécurité sociaux essentiels. Elle mentionne aussi le rôle stratégique du secteur de la santé quand il s'agit de prendre des mesures pour faire face aux retombées sociales de la crise, en précisant que les services de santé généreront de nombreuses perspectives d'emploi dans les années à venir. Elle recommande d'élaborer des stratégies actives d'inclusion sociale, en faveur notamment d'un large accès à des services abordables de grande qualité.

L'Union avait déjà fait ressortir ces axes en 2013 quand, dans le cadre du semestre européen, elle avait adressé à onze États membres⁹ des recommandations sur la réforme de leurs systèmes de santé. La plupart des recommandations portaient sur la viabilité et le rapport coût-efficacité des systèmes de santé et prônaient des réformes du secteur hospitalier et de la tarification des services de santé, des soins ambulatoires et des soins primaires. Trois recommandations préconisaient aussi de préserver ou améliorer l'accès aux soins de santé.

En dehors de sa valeur intrinsèque, la santé est aussi un facteur déterminant de la prospérité économique, comme l'ont indiqué les services de la Commission dans le document de travail intitulé «Investir dans la santé», qui fait partie du train de mesures sur les investissements sociaux¹⁰. La santé de la population conditionne les résultats économiques de par son incidence sur la productivité, l'offre de main-d'œuvre, le capital humain et les dépenses publiques. Le secteur de la santé est très tourné vers l'innovation et a une grande importance économique, équivalant à 10 % du PIB de l'Union. De plus, il regroupe des activités à forte intensité de main-d'œuvre, qui le classent parmi les premiers dans l'Union: le personnel de santé représentait 8 % des emplois de l'Union en 2010¹¹.

⁶ Conclusions du Conseil: «Vers des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables», 6 juin 2011.

⁷ Conclusions du Conseil relatives au processus de réflexion concernant des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables, 10 décembre 2013.

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Allemagne, Autriche, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie et Slovaquie.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ SWD(2012) 93, «*Investing in health*», accompagnant le document COM(2012) 173.

En s'appuyant sur l'expérience et les travaux réalisés ces dernières années et en vue d'élaborer des stratégies au niveau de l'Union, la Commission s'attache dans la présente communication à des actions visant à:

1. renforcer l'efficacité des systèmes de santé;
2. améliorer l'accessibilité des soins de santé;
3. améliorer la capacité d'adaptation des systèmes de santé.

2. Renforcer l'efficacité des systèmes de santé

La qualité des soins, élément crucial de la réussite des systèmes de santé, englobe notamment l'efficacité des soins, la sécurité des patients et la prise en compte de leurs remarques. Des travaux portant sur la sécurité des patients sont menés au niveau de l'Union¹². La prise en compte des remarques des patients est primordiale et devra davantage retenir l'attention à l'avenir.

Dans la présente communication, nous nous intéressons surtout à l'efficacité, c'est-à-dire à la capacité des systèmes de santé à enregistrer des résultats positifs à l'aune de l'amélioration de la santé de la population.

Il sera de plus en plus important de savoir mesurer l'efficacité des systèmes de santé, d'autant qu'ils ne sont pas le seul facteur ayant une incidence sur la santé. Même s'il y a encore des écarts importants de l'espérance de vie selon les États membres, nous vivons globalement plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes. Nous le devons notamment aux progrès obtenus dans le domaine de la santé publique et en dehors des systèmes de santé. D'autres avancées sont attendues, comme la baisse du nombre de fumeurs et de la consommation d'alcool, une meilleure alimentation et une plus grande place faite à l'activité physique. Personne ne conteste que depuis cinquante ou soixante ans, le secteur des soins de santé a joué un rôle considérable dans l'épanouissement d'une population saine.

La collecte de données permettant de comparer l'efficacité des différents systèmes de santé en est à ses débuts. Les exemples présentés ci-dessous montrent les domaines où la contribution des systèmes de santé à l'amélioration de la santé est la plus évidente et est étayée par des indicateurs à l'échelle de l'Union (mortalité périnatale, mortalité évitable, incidence des maladies à prévention vaccinale et dépistage du cancer). Leur comparaison révèle de grandes différences entre les États membres de l'Union.

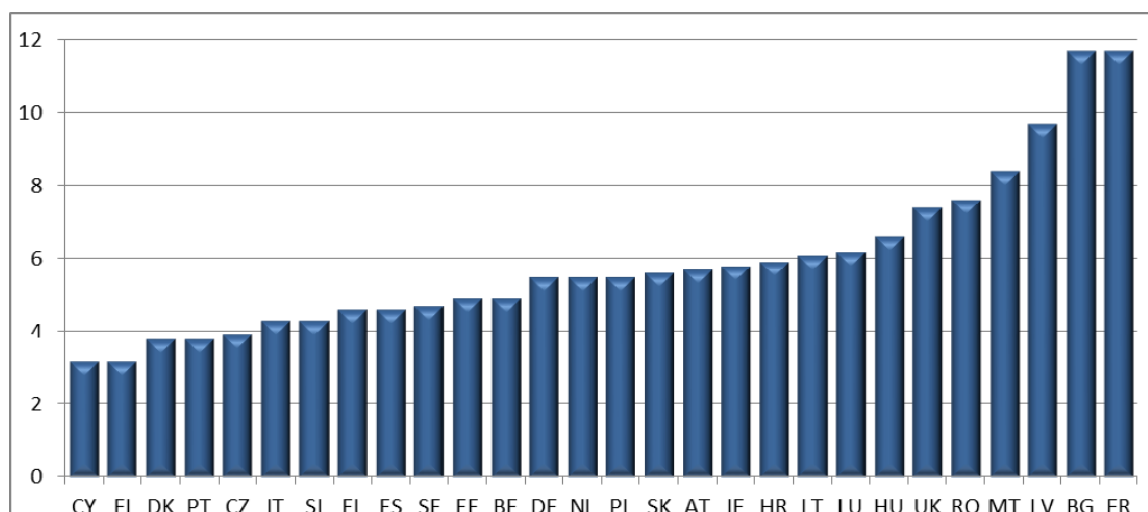
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale est la somme de la mortinatalité (après 28 semaines de gestation) et de la mortalité néonatale précoce (dans la semaine suivant l'accouchement). Elle est moins tributaire des

¹² Recommandation du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci, JO C 151 du 3.7.2009, p. 1.

facteurs socio-économiques que la mortalité infantile¹³ et constitue donc un indicateur plus fiable de l'efficacité des systèmes de santé.

Graphique 1: mortalité périnatale pour mille naissances (2011 ou données les plus récentes)



Sources: données Eurostat, projet Euro-Peristat (porté par les services de la Commission)

Ces cinq dernières années, le taux de mortalité périnatale a diminué dans la plupart des États membres, mais certains pays ont enregistré une hausse.

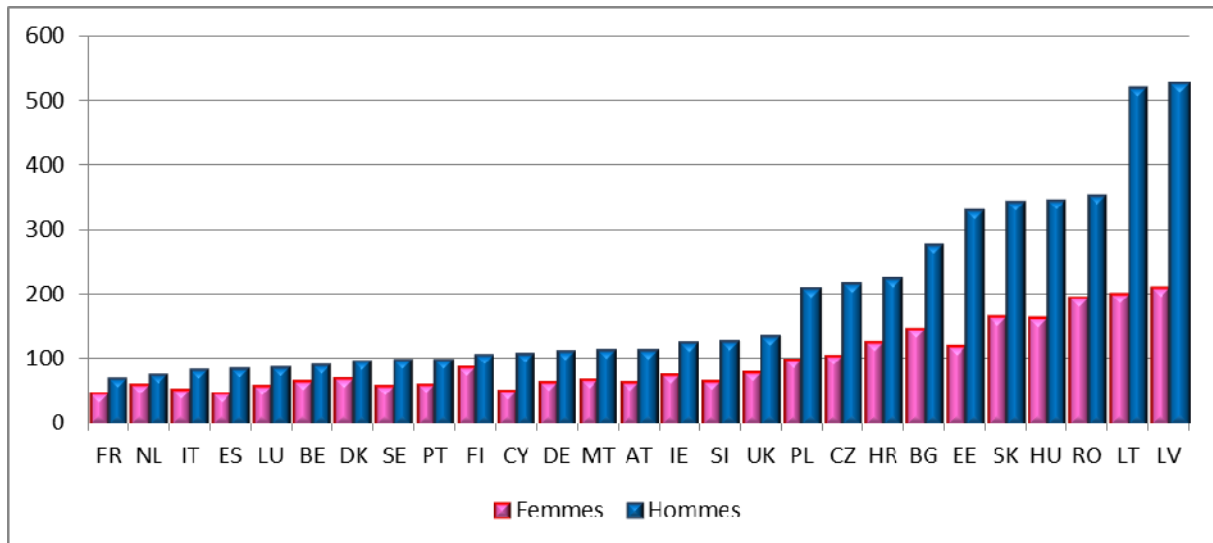
Mortalité évitable liée au système de santé

On entend ici par mortalité évitable liée au système de santé les décès prématurés qui ne se seraient pas produits si des soins de santé efficaces avaient été prodigués à temps. C'est un indicateur de premier plan, utilisé pour étudier les effets sur la santé des systèmes de santé¹⁴. Cette mortalité évitable combine les taux de mortalité standardisés d'un ensemble de maladies sélectionnées parce qu'on considère que les soins de santé ont une incidence directe sur leur évolution.

¹³ La mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de un an pour mille enfants nés vivants.

¹⁴ Les comparaisons de la «mortalité évitable» devraient sans doute tenir compte de l'incidence des maladies concernées, et non seulement des décès qui leur sont liés, mais la disponibilité de données comparables ne serait pas assurée.

Graphique 2: mortalité évitable liée au système de santé, taux de mortalité standardisés pour 100 000 habitants, 2010



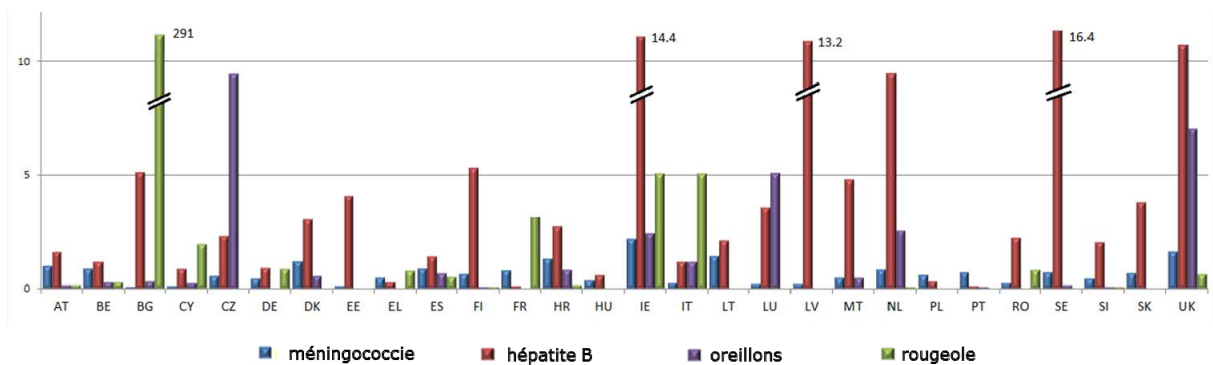
Source: Eurostat (données non disponibles pour la Grèce)

Pratiquement tous les États membres ont pu réduire le taux de mortalité évitable entre 2000 et 2010, dans des proportions néanmoins très variables.

Maladies contagieuses

L'incidence de certaines maladies contagieuses est directement liée à la prestation de soins de santé appropriés: les campagnes de vaccination ont considérablement réduit l'incidence des maladies à prévention vaccinale (même si certains pays montrent des signes inquiétants, avec des taux de vaccination en déclin).

Graphique 3: incidence des maladies à prévention vaccinale, cas confirmés pour 100 000 habitants, 2011



Source: rapport épidémiologique annuel 2012 du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

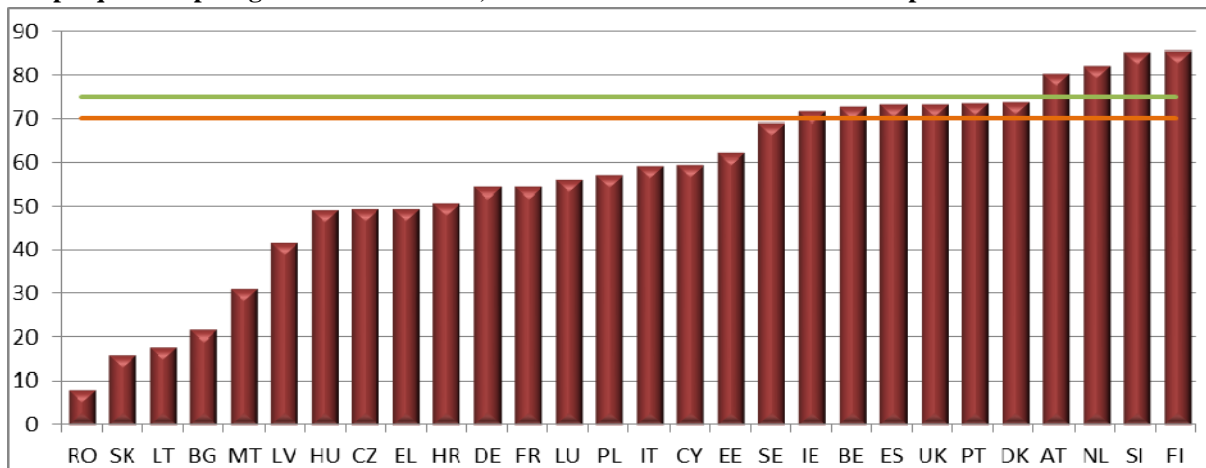
Même en s'en tenant à un petit nombre de maladies à prévention vaccinale (méningococcie, hépatite B, oreillons et rougeole), les taux d'incidence dans les États membres affichent des différences notables.

Dépistage du cancer

Le diagnostic précoce du cancer colorectal et des cancers du sein et du col de l'utérus, grâce à des programmes de dépistage fondés sur les paramètres démographiques, est un bon indicateur de l'efficacité du système de santé à gérer les populations exposées aux risques. Le Conseil a recommandé la mise en œuvre de ces programmes conformément aux lignes directrices européennes pour une assurance de la qualité¹⁵.

C'est pour le cancer du sein que les progrès ont été les plus importants. Les programmes de dépistage nationaux ont en général suivi les lignes directrices européennes en définissant des tranches d'âge ciblées (femmes entre 50 et 69 ans) et en recommandant un dépistage mammographique à intervalle régulier. Toutefois, alors que les lignes directrices européennes fixent un objectif idéal de dépistage d'au moins 75 % des femmes ciblées (et un objectif acceptable de 70 %), seuls quelques États membres ont atteint ce taux en 2010.

Graphique 4: dépistage du cancer du sein, nombre de femmes de 50 à 69 ans dépistées en %



Sources: «Panorama de la santé de l'OCDE: Europe 2012», statistiques nationales

Principales conclusions

Quelques observations liminaires peuvent être formulées en ce qui concerne ces indicateurs pointus, qui demeurent insuffisamment représentatifs pour fonder une évaluation générale des systèmes de santé. Ils dévoilent les écarts considérables existant entre les États membres de l'Union. Ils montrent aussi que les résultats en matière de santé sont pluridimensionnels et difficiles à saisir. L'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé est un travail généralement complexe étant donné que les effets des mesures ne se manifestent qu'après de longues périodes et que la fiabilité et la comparabilité des données sont problématiques. Mais des études sont menées pour améliorer ces conditions.

La Commission a soutenu l'élaboration des indicateurs de santé de la Communauté européenne, un ensemble d'indicateurs permettant de suivre l'état de santé de la population et l'efficacité des

¹⁵ Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer, JO L 327 du 16.12.2003. Voir aussi les lignes directrices européennes pour la garantie de la qualité du dépistage et du diagnostic du cancer colorectal, du dépistage du cancer du col de l'utérus, du dépistage et du diagnostic du cancer du sein.

systèmes de santé. Plusieurs rapports évaluant les systèmes de santé européens ont aussi été publiés. Citons parmi les plus notables le rapport conjoint de la Commission européenne et du Comité de politique économique sur les systèmes de santé, publié en 2010, et les séries «Panorama de la santé: Europe», publiées par l'OCDE et la Commission.

Une autre étape importante a été franchie en 2013: le comité de la protection sociale a élaboré un cadre d'évaluation conjoint sur la santé, destiné à détecter les éventuelles défaillances des systèmes de santé des États membres. C'est un premier contrôle et un grand pas vers la comparaison de l'efficacité des systèmes de santé, compte tenu de la disponibilité des données au niveau de l'Union. Enfin, les programmes-cadres de recherche et de développement technologique ont permis de financer plusieurs projets visant à élaborer des indicateurs et des méthodes en vue de cette comparaison¹⁶.

3. Améliorer l'accessibilité des systèmes de santé

Les systèmes de santé doivent être accessibles. C'est l'un des principes énoncés par la Charte sociale européenne¹⁷, qui met l'accent sur l'importance de critères d'accès aux soins médicaux transparents et sur l'obligation des États membres d'avoir un système de santé approprié n'excluant pas une partie de la population des services qu'il dispense.

Toutefois, l'accès aux soins est difficile à mesurer et l'Union n'a pas de méthode détaillée pour suivre son évolution et encourager les bonnes pratiques. Une telle méthode serait un grand pas vers la réduction des inégalités en matière de santé¹⁸.

Un indicateur couramment utilisé est la variation dans l'Union du pourcentage de la population signalant des difficultés à accéder aux soins médicaux pour des raisons liées¹⁹ aux systèmes de santé: le temps d'attente, la distance à parcourir et la participation aux frais. L'utilité de ces données pâtit cependant des différences culturelles si on les compare d'un pays à l'autre, car elles compilent des nécessités signalées par les personnes interrogées elles-mêmes.

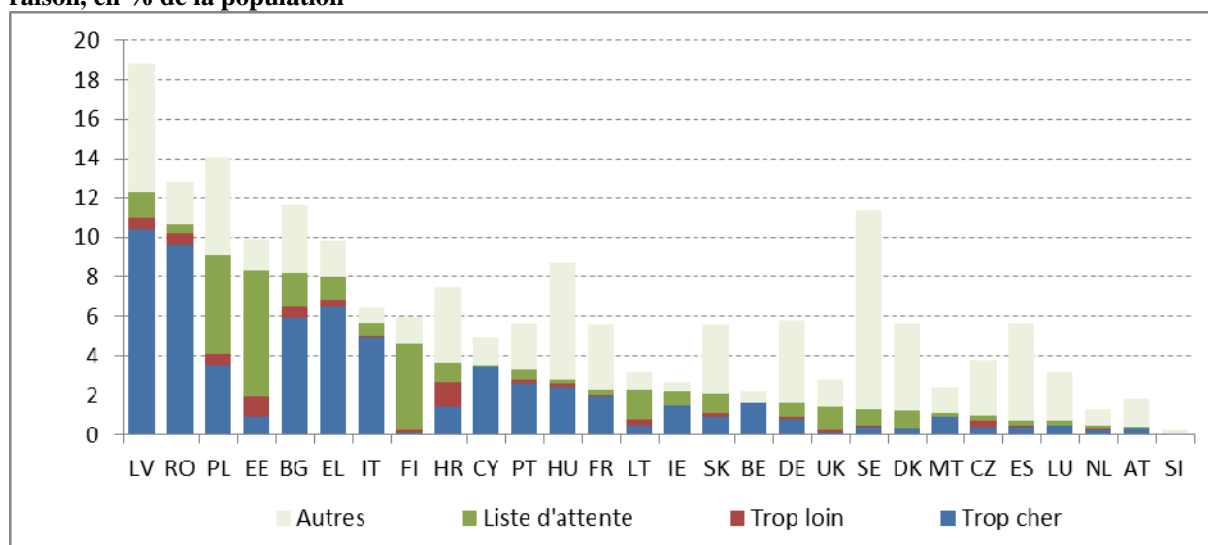
¹⁶ Voir, par exemple, les projets [ECHO](#), [EuroHOPE](#) et [EuroREACH](#).

¹⁷ Charte sociale européenne (révisée), Strasbourg, 3 mai 1996.

¹⁸ COM(2009) 567.

¹⁹ Les «autres raisons» recueillies dans cette enquête sont des raisons non liées aux systèmes de santé locaux, comme le «manque de temps», la «peur des médecins», etc.

Graphique 5: personnes signalant des examens médicaux nécessaires mais non effectués, ventilés par raison, en % de la population



Source: Eurostat, Statistiques sur le revenu et les conditions de vie 2012 (2011 pour AT et IE)

L'accès aux soins de santé met en jeu différents facteurs, dont la couverture du système de santé (c'est-à-dire qui a droit aux soins), l'importance de la couverture (c'est-à-dire à quoi elle donne droit), l'accessibilité et la disponibilité des services de santé. L'accès aux soins est aussi directement dépendant des modèles d'organisation et de gestion des systèmes de santé. Les patients peuvent penser que les soins sont moins accessibles dans un système de santé complexe et manquant de transparence.



Couverture de la population

Les services de santé sont principalement financés par des fonds publics dans pratiquement tous les États membres de l'Union. La couverture des soins est universelle ou quasi universelle dans tous les États membres, mais certaines personnes défavorisées restent encore privées d'une couverture santé adéquate.

Importance de la couverture

Les traitements financés par des fonds publics varient selon les systèmes de santé. Ainsi, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques et certains traitements de pointe ne sont couverts que dans quelques États membres. Plusieurs États membres n'ont pas explicitement défini les traitements jouissant d'un financement public, compromettant ainsi leur comparaison et leur analyse, qui pourraient permettre de dégager un consensus sur un niveau minimal ou optimal de soins couverts.

Accessibilité financière

Les gens sont souvent obligés de contribuer financièrement au service qu'ils demandent sous la forme d'une participation aux frais ou d'un ticket modérateur. L'utilisation responsable des services de santé peut être ainsi garantie, mais cette participation ne devrait pas constituer un obstacle ou dissuader les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Les mesures visant à maîtriser les dépenses des systèmes de santé et à favoriser une utilisation plus rationnelle des soins de santé ne doivent pas restreindre abusivement l'accès à des soins de qualité.

Disponibilité (personnel de santé, distance au lieu de prestation, temps d'attente)

Les patients devraient avoir un accès raisonnable aux services de soins: ils ne devraient pas avoir à surmonter des trajets ou des temps d'attente excessifs pour accéder au service dont ils ont besoin. C'est un problème particulièrement sérieux dans les zones rurales et isolées.

Des modèles de soins plus intégrés pourraient remédier aux problèmes d'éloignement en améliorant les contacts entre les patients et le système de santé et en privilégiant les solutions de santé en ligne.

Il n'existe pas de conception à l'échelle de l'Union de la mesure des temps d'attente, même s'il s'agit d'une notion importante dans le règlement (CE) n° 883/2004 et la directive 2011/24/UE²⁰. Cette situation pourrait changer, puisque la directive 2011/24/UE renforce la responsabilisation du système de santé en ce qui concerne l'accès aux soins en mettant l'accent sur la notion de «retard injustifié» lors de l'attente d'un traitement.

Le vieillissement de la population et l'émergence des maladies chroniques multiples nécessitent différentes combinaisons de compétences et se répercutent sur le contenu des programmes de formation médicale. Le cloisonnement des professions est susceptible de s'estomper grâce à la création d'équipes pluridisciplinaires. La demande de qualifications et de compétences du secteur de la santé évolue continuellement et les fonctions et professions évolueront pour répondre aux besoins de la population. Ainsi, au vu des taux élevés d'inactivité physique dans l'Union et des risques associés pour la santé, les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer pour conseiller les patients sur l'importance de l'activité physique, en collaboration avec d'autres acteurs, comme les professionnels du sport²¹.

Pour anticiper ces évolutions, les systèmes de planification de la formation médicale doivent être affinés, s'adapter plus rapidement et se mettre ainsi en position d'attirer les étudiants dans les spécialités qui en ont le plus besoin.

De plus, les statistiques indiquent qu'une attention particulière devrait être accordée aux médicaments, la part des dépenses privées sur ce poste étant nettement plus élevée que pour les autres types de soins financés par des fonds publics.

²⁰ Règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004.

²¹ Recommandation du Conseil du 26 novembre 2013 sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé, JO C 354 du 4.12.2013.

Les décisions nationales en matière de tarification et de remboursement ont des répercussions directes et indirectes sur l'accès aux médicaments dans l'Union: les nouveaux produits ne sont pas toujours disponibles en même temps dans tous les États membres, et peuvent ne pas l'être du tout dans certains.

Pour y remédier, un processus de réflexion sur la responsabilité sociale des entreprises pharmaceutiques a été lancé pour inciter les autorités compétentes responsables de la tarification et du remboursement et les autres parties intéressées à en débattre et favoriser un échange d'informations transparent sur la manière d'améliorer l'accès aux médicaments.

4. Améliorer la capacité d'adaptation des systèmes de santé

Les systèmes de santé modernes doivent rester accessibles et efficaces tout en maintenant leur durabilité. Pour ce faire, ils doivent demeurer viables sur le plan budgétaire. La Commission soutient les États membres dans cette tâche en réalisant des analyses et des prévisions et en recommandant des réformes dans le cadre du semestre européen.

D'autres facteurs que les dépenses publiques devraient aussi guider les systèmes de santé. Ceux-ci doivent pouvoir s'adapter efficacement à un contexte en mutation. Avec des ressources limitées, ils doivent concevoir et adopter des méthodes innovantes pour remédier à des situations aussi périlleuses que la pénurie de compétences et de ressources dans certains domaines, les poussées inattendues de la demande (notamment en raison des épidémies), etc. Bref, ils doivent élargir et entretenir leur capacité d'adaptation.

Les systèmes de santé de l'Union n'ont pas tous aussi bien surmonté la crise économique et certains ont dû mettre en place des réformes radicales et parfois douloureuses dans un laps de temps très court. La Commission a utilisé les leçons des récentes réformes pour déterminer les facteurs ci-après, ayant permis à certains systèmes de santé de s'adapter et de maintenir des services de soins accessibles et efficaces pour leur population.



Mécanismes de financement stables

Un financement stable permet une bonne planification des investissements et assure la continuité des services relevant de l'organisation et de la gestion des prestations de soins. Les systèmes de santé dont le financement est basé sur des ressources moins stables sont plus fragiles face aux chocs extérieurs: ainsi, les modes de financement reposant essentiellement sur des cotisations liées à l'emploi sont plus sensibles aux effets d'une hausse du chômage. La stabilité des fonds peut être assurée par des réserves ou d'autres formules de compensation à contre-cycle sur le budget de l'État.

Méthodes appropriées de prise en compte des risques

Il est crucial de disposer d'un système cohérent de prise en compte et de mutualisation des risques pour assurer une affectation des ressources conforme aux besoins. Ainsi, lorsque plusieurs sociétés d'assurance maladie prélèvent des cotisations sociales ou des primes d'assurance, un mécanisme de prise en compte des risques ou de péréquation permet de prendre en compte le nombre des assurés de chaque fonds, leur structure par âges et par sexe et un indicateur de leurs profils de morbidité. Il s'agit d'éviter des phénomènes de sélection des patients et de discrimination, et de garantir un financement adapté aux besoins.

Bonne gouvernance

La bonne gouvernance se traduit par des responsabilités bien définies dans la gestion du système de santé et de ses principales composantes, par un encadrement dynamique, par des mécanismes fiables de responsabilisation et par une organisation claire. Les systèmes peuvent ainsi s'adapter

rapidement à de nouveaux objectifs et priorités et se préparer à répondre à des défis majeurs en déterminant et en appliquant les mesures nécessaires à de bonnes décisions d'investissement.

Diffusion des informations dans le système

C'est en connaissant leurs forces et leurs faiblesses et en sachant faire remonter les informations provenant des patients ou des prestataires de soins que les gestionnaires des systèmes de santé peuvent prendre des décisions fondées et adéquates dans des secteurs bien particuliers.

Le recours aux données de la santé en ligne facilite la construction de systèmes de remontée des informations. De plus, la santé en ligne peut déboucher sur des soins plus personnalisés, plus ciblés et efficaces, et contribue à limiter les erreurs et la durée des hospitalisations.

Services de santé aux coûts proportionnés

Il est crucial de déchiffrer la complexité des chaînes qui relient les coûts aux résultats: les coûts correspondent à des ressources humaines et matérielles, qui contribuent à des activités (comme les interventions chirurgicales, les diagnostics), qui forment des interventions de santé, lesquelles ont finalement une incidence sur la santé.

L'évaluation des technologies de la santé est essentielle pour assurer une méthode commune d'évaluation de l'efficacité des interventions et de l'adéquation de leurs coûts et, par conséquent, pour permettre aux décideurs d'affecter les ressources de la manière la plus efficace.

La capacité à estimer le coût des services de santé de manière précise n'est pas seulement nécessaire pour maîtriser les dépenses, elle est aussi primordiale pour décider des bons investissements et des bonnes priorités.

Personnel de santé disposant de la capacité et des compétences requises

La présence d'un personnel de santé qualifié et motivé disposant de la capacité et des compétences requises est indispensable au développement de solutions innovantes tirant parti de l'évolution technologique et organisationnelle. Il est vital de disposer d'une structure efficace d'incitation pour améliorer le travail des professionnels de la santé et privilégier la prestation directe de soins.

5. Une stratégie de l'Union pour des systèmes de santé efficaces, accessibles et capables de s'adapter

La responsabilité des systèmes de santé incombe toujours en premier lieu aux États membres. L'Union européenne a pris un certain nombre de mesures pour les aider, notamment en élaborant des lignes directrices et des outils de suivi ou d'évaluation.

La Commission a mis en place un groupe d'experts indépendant appelé à fournir des conseils sur les investissements dans le domaine de la santé²². Ledit groupe fournira à la Commission des analyses et des recommandations sur un certain nombre de questions.

²² Décision de la Commission du 5 juillet 2012 établissant un groupe d'experts indépendant et multisectoriel chargé de fournir des avis sur des moyens efficaces d'investir dans la santé, JO C 198 du 6.7.2012.

Renforcer l'efficacité des systèmes de santé

Évaluation de l'efficacité des systèmes de santé

Le Conseil des ministres de la santé a invité les États membres à recourir à l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé aux fins de l'élaboration de politiques, de la responsabilisation et de la transparence, et la Commission à aider les États membres à recourir à ladite évaluation.

Le travail en collaboration qui découlera de cette invitation donnera aux États membres des outils et des méthodes pour:

- exploiter la recherche financée par l'Union sur les mesures et les indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité,
- définir des critères et des procédures de sélection des domaines prioritaires de cette évaluation au niveau national et de l'Union,
- mettre en place un système d'informations adapté,
- intensifier la coopération avec les organisations internationales, en particulier l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé.

Ce travail en collaboration peut aussi déboucher sur des actions plus ciblées au niveau de l'Union, visant à réduire les inégalités en fournissant une assistance aux États membres qui ont des résultats inférieurs à la moyenne de l'Union et en les aidant à redresser la barre. Il pourrait aussi servir aux États membres pour qu'ils satisfassent aux exigences de la directive 2011/24/UE en ce qui concerne les informations sur la qualité et la sécurité.

Qualité des soins, sécurité des patients

Au printemps 2014, la Commission prévoit de présenter son deuxième rapport sur la suite donnée à la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients²³. À partir des conclusions de ce rapport, elle a l'intention de débattre de mesures permettant d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les différences injustifiées persistant dans et entre les États membres.

Les résultats de la récente consultation publique sur la sécurité des patients et la qualité des soins témoignent de l'intérêt pour l'élaboration d'une stratégie européenne plus large traitant des problèmes qui obèrent la qualité des soins. La Commission entend en prendre acte.

Intégration des soins

L'intégration des soins devrait se faire à la fois entre les différents niveaux de soins (soins primaires, hospitaliers, etc.) et entre les services de santé et les services sociaux, en particulier pour les personnes âgées ou celles atteintes d'une maladie chronique.

Les réformes des États membres allant dans le sens d'une moindre dépendance de leurs systèmes de santé envers les soins de type hospitalier grâce à une meilleure intégration des soins donnent

²³ Le premier rapport a été publié en 2012: COM(2012) 658.

l'occasion d'échanger des expériences enrichissantes sur des points sensibles et de répondre aux questions suivantes:

- Quels patients peuvent être soignés aussi bien, voire mieux, en milieu non hospitalier?
- Comment réussir à diminuer le nombre d'hospitalisations évitables?

Le groupe d'experts sur les investissements dans le domaine de la santé a publié un rapport sur les soins de santé primaires et l'intégration des soins, à la suite duquel la Commission a lancé une consultation publique en vue de recenser de nouveaux domaines de réflexion.

Améliorer l'accessibilité des soins de santé

Personnel de santé de l'Union

D'importantes lacunes ont été constatées dans la capacité des États membres à planifier les besoins à venir en personnel de santé, tant au niveau des effectifs que des combinaisons de compétences recherchées, pour assurer les soins en perspective.

Les conclusions du plan d'action sur le personnel de santé²⁴ permettront de mieux anticiper les besoins de compétences à venir et donneront des clés pour doter les nouvelles générations de professionnels de la santé des compétences voulues. L'affinement des données nécessaires pour consolider les systèmes nationaux de planification peut aussi permettre de résoudre les problèmes que pose la mobilité du personnel de santé tout en préservant le droit à la libre circulation dans l'Union.

Les efforts en matière de planification des besoins en personnel devraient aboutir à l'instauration de dispositifs durables au niveau de l'Union afin de garantir qu'il y a suffisamment de professionnels de la santé dûment formés et ayant les compétences requises pour dispenser les soins de santé à tous ceux auxquels ils sont destinés. Pour éviter d'éventuelles pénuries et inadéquations de compétences, la Commission continuera d'élaborer, en coopération avec les États membres, des recommandations, des outils communs, des indicateurs et des lignes directrices, et renforcera l'aide à la planification fournie par l'Union aux États membres.

Rapport coût-efficacité de l'usage des médicaments

L'Union a besoin d'une industrie pharmaceutique compétitive. Dès lors, les États membres et la Commission devraient examiner plus en avant comment concilier les objectifs stratégiques visant à rendre les soins de santé accessibles à tous les citoyens de l'Union et la nécessité de maîtriser les coûts. Pour réduire au minimum les effets indésirables que les systèmes nationaux de tarification actuels peuvent avoir sur l'accessibilité à l'échelle de l'Union, il convient de concevoir une meilleure coopération portant sur des mécanismes favorisant la transparence et la coordination.

Application optimale de la directive 2011/24/UE

²⁴ SWD(2012) 93, «Investing in health», accompagnant le document COM(2012) 173.

La directive 2011/24/UE élargit le choix de soins de santé s'offrant aux patients et aide ceux-ci à éviter tout retard injustifié dans la prestation des soins dont ils ont besoin. Elle améliore la transparence en obligeant les États membres à établir des points de contact nationaux chargés de renseigner les patients, notamment sur leurs droits, leur sécurité et les références de qualité des soins. Elle appelle aussi à une meilleure compréhension des périmètres de soins. Les États membres devraient veiller à ce que toutes les dispositions de la directive soient correctement appliquées. La Commission suivra de près la mise en pratique de la notion de retard injustifié dans les États membres.

Des réseaux de référence favoriseront la coopération entre les prestataires hautement spécialisés des États membres pour que les patients souffrant de maladies à faible prévalence, complexes ou rares aient accès à des soins de qualité. La Commission prévoit le lancement d'un appel à manifestation d'intérêt pour recruter les membres de ces réseaux européens, qui pourraient aussi assurer la formation des professionnels de la santé et contribuer à la définition de critères communs d'assurance de la qualité.

Améliorer la capacité d'adaptation des systèmes de santé

Il faut de toute urgence approfondir nos connaissances sur les facteurs permettant aux systèmes de santé de s'adapter et sur les moyens de les activer. Les États membres devraient procéder à une meilleure analyse de ces facteurs en puisant dans leurs expériences nationales. Ces analyses seraient complétées par des initiatives européennes de partage de bonnes pratiques et par la conception de mesures en ce sens. Les pistes suivantes seront utiles pour améliorer la capacité d'adaptation des systèmes de santé de l'Union.

Évaluation des technologies de la santé

Il s'agit d'une méthode scientifique d'évaluation de l'effet relatif d'une technologie médicale sur l'état du patient au moyen de questions de ce type:

- La technologie est-elle efficace?
- Pour qui?
- À quel coût?
- Quels sont ses avantages par rapport à d'autres technologies?

L'évaluation des technologies de la santé s'est avérée un instrument utile pour améliorer l'accès des patients aux technologies de pointe et pour orienter à bon escient l'affectation des fonds.

Les États membres coopèrent sur ce point dans un réseau établi par la directive 2011/24/UE. La Commission attribue au réseau d'évaluation des technologies de la santé l'objectif ambitieux de réutiliser au niveau national les informations qu'il produira. Le réseau réduira ainsi les travaux à double emploi des régulateurs et des organismes et professionnels chargés de cette évaluation et engendrera une interprétation commune des aspects cliniques des technologies de la santé (concernant le degré de sécurité et l'intérêt qu'elles offrent).

Dans les années à venir, la coopération scientifique visant à l'évaluation des technologies de la santé reposera sur une structure plus stable et plus ambitieuse. La Commission envisage actuellement des propositions en ce sens en collaboration avec le réseau d'évaluation des technologies de la santé.

Système d'informations sur la santé

Pour accroître la capacité d'adaptation du système de santé, il faut d'abord tenir compte de ses propres caractéristiques. Il faut étayer les décisions d'investir dans un secteur ou de s'en désengager par une bonne connaissance des processus qui le traversent et des retombées de cette intervention sur la santé et les paramètres économiques.

Les États membres devraient par conséquent s'attacher à amplifier les flux d'information en veillant, par exemple, à ce que les informations au niveau du patient remontent convenablement à tous les prestataires de soins concernés et à ce qu'il s'ensuive une réorganisation des systèmes et des services de santé favorisant leur efficacité et leur durabilité²⁵.

La Commission a l'intention d'aider les États membres à mettre en place un système européen d'informations sur la santé, durable et intégré, en étudiant notamment les perspectives d'un vaste Consortium pour une infrastructure européenne de recherche consacré aux informations sur la santé.

Santé en ligne

La Commission encourage vivement la coopération entre les États membres sur la santé en ligne et les aide à concevoir et à appliquer des dispositifs de santé en ligne compatibles et d'un bon rapport coût-efficacité pour améliorer les systèmes de santé²⁶. Comme le requiert la directive 2011/24/UE, la Commission soutient le réseau «santé en ligne», qui travaille à tirer des avantages durables des systèmes et services européens de santé en ligne et des applications compatibles. Le plan d'action pour la santé en ligne 2012-2020 met aussi l'accent sur les avantages des services de santé en ligne pour les citoyens, les patients et les prestataires de soins et propose des mesures visant à favoriser le déploiement de ces services.

Le développement de services de télémédecine efficaces et compatibles requiert des efforts supplémentaires. Les réseaux européens de référence offrent un cadre idéal pour introduire et expérimenter la télémédecine dans l'Union.

6. Conclusions

L'examen annuel de la croissance de 2013 indique: «Compte tenu des défis démographiques et des pressions sur les dépenses liées au vieillissement, il convient également d'entreprendre des réformes des systèmes de santé afin d'en garantir le bon rapport coût-efficacité et la viabilité, en évaluant le

²⁵ Voir les conclusions du rapport du groupe de travail sur la santé en ligne intitulé [«Redesigning health in Europe for 2020» \(Repenser la santé en Europe en 2020\)](#), qui invite les décideurs à exploiter les potentialités des données.

²⁶ COM(2012) 736.

fonctionnement de ces systèmes au regard de deux objectifs: une utilisation plus efficace des ressources publiques et un accès à des soins de santé de qualité.»

La capacité des États membres à proposer à tous des soins de qualité dépendra de la capacité de leurs systèmes de santé à s'adapter aux changements qui se profilent. Les systèmes de santé doivent acquérir cette capacité tout en maintenant leur rapport coût-efficacité et leur viabilité budgétaire.

Cette transformation incombe en premier lieu aux États membres, mais la présente communication dégage un certain nombre d'initiatives au moyen desquelles l'Union peut aider les décideurs nationaux. L'Union devra développer ces initiatives et les utiliser pour garantir aux citoyens qu'ils bénéficieront des soins de qualité auxquels ils aspirent. Elle devra privilégier les méthodes et les outils qui permettront aux États membres d'obtenir une efficacité, une accessibilité et une capacité d'adaptation accrues de leurs systèmes de santé, conformément aux recommandations adressées aux États membres dans le cadre du semestre européen. Pour effectuer les réformes préconisées par ces recommandations, les États membres sont aussi encouragés à recourir aux instruments de financement européens.

