

**QUADERNI** **Quaderni**  
Communication, technologies, pouvoir

**82 | Automne 2013**  
**L'hôpital à l'épreuve de la performance économique**

---

## Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence

*European Healthcare Systems Under the Influence*

**Pascal Garel**

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/737>

DOI : 10.4000/quaderni.737

ISSN : 2105-2956

### Éditeur

Les éditions de la Maison des sciences de l'Homme

### Édition imprimée

Date de publication : 5 octobre 2013

Pagination : 17-26

### Référence électronique

Pascal Garel, « Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence », *Quaderni* [En ligne], 82 | Automne 2013, mis en ligne le 05 octobre 2015, consulté le 04 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/737> ; DOI : 10.4000/quaderni.737

---

Tous droits réservés

## Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence

Pascal  
Garel

*Directeur général  
Fédération européenne  
des hôpitaux (HOPE)*

### **La santé comme compétence nationale**

Les compétences de l'Union européenne dans le domaine de l'organisation et du financement des soins sont en principe limitées. C'est un choix opéré dès la signature du traité de Rome en 1957 et réitéré ensuite à plusieurs reprises. Il faut attendre 1992 et le traité de Maastricht pour qu'un article soit consacré à la santé publique. Cet article 129 limitait au strict minimum, avec plus ou moins de clarté, les compétences communautaires dans ce secteur. Mais la brèche était ouverte ; le scandale de l'encéphalite spongiforme et celui du sang avaient eu raison des réticences des États membres à perdre ne fût-ce qu'une petite partie de leur souveraineté dans ce domaine. Devenu 152 dans le traité d'Amsterdam (1998), puis 168 dans le Traité de Lisbonne de 2009, l'article va élargir son champ et intégrer sang, tissus et cellules humaines puis médicaments et dispositifs médicaux, tout en rappelant clairement (deux fois dans l'article 168...) le principe de subsidiarité dans ce domaine : l'organisation et le financement des systèmes de santé sont de la compétence des États membres et non de l'Union européenne.

Les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne se sont ainsi développés dans une relative indépendance les uns par rapport aux autres, dans le cadre plus global de logiques de protection sociale différentes. L'intervention directe dans les politiques de santé nationale dans le cadre de la construction européenne a donc été longtemps très marginale, sinon inexistante. Les États membres n'ont pas eu pour ce secteur de contrainte extérieure pouvant les inciter à plus de convergences. Leurs choix en termes de soins couverts, de modalités d'accès et de prestations,



d'efficacité du système et des services ont obéi à leurs propres logiques. Malgré des défis communs et des avancées technologiques et organisationnelles communes, leur diversité reste frappante tant au niveau des facteurs de production que des résultats. Deux phénomènes ont d'ailleurs accru l'hétérogénéité à la fois au sein des pays et entre eux: la décentralisation des compétences sanitaires au niveau infra-étatique dans la plupart des États membres; les changements politiques en Europe centrale et orientale à la suite de la chute du mur de Berlin.

### **Le marché intérieur et la santé**

Ce tableau a pourtant progressivement évolué au cours des vingt dernières années. Les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne se sont trouvés progressivement sous l'influence du développement du marché intérieur, au sens communautaire du terme, et son principe de libre circulation des biens, des personnes et des capitaux. Parce que les services de santé sont avant tout des employeurs, ils ont par exemple été directement concernés par l'adoption d'une directive encadrant le temps de travail de l'ensemble des salariés européens. De façon emblématique, c'est cette même directive que stigmatise le Premier ministre britannique David Cameron, dans son discours du 23 janvier 2013, comme symbole de l'intervention de « Bruxelles ». Autre exemple, dans les débats autour de la place que peuvent occuper des services d'intérêt général dans le marché intérieur, la question n'est jamais sanitaire mais bien de savoir si les services de santé opèrent ou non sur un marché.

Cette influence s'est faite encore plus directe par

le développement jurisprudentiel. En reconnaissant aux soins le caractère de services au sens communautaire du terme, la cour européenne de justice a fait rentrer dès les années 1990 la santé dans des lieux de débats où elle était absente. L'adoption en 2011 d'une directive sur l'application du droit des patients aux soins transfrontaliers en est le dernier et le plus puissant avatar. C'est bien le marché intérieur qui a été le fondement de la proposition de directive de la Commission européenne. C'est bien ce principe qui impose plus de transparence aux États membres : sur les prix, sur la qualité, sur l'accessibilité.

Tout en maintenant dans les traités successifs le principe de la compétence des États membres sur l'organisation et le financement des systèmes de santé, des instruments politiques et législatifs sont donc venus apporter de nombreuses exceptions à la capacité des États membres à garder l'intégralité de cette compétence.

Une nouvelle étape est aujourd'hui franchie dans ce domaine non plus dans le cadre d'un développement du marché intérieur ou encore d'une compétence sanitaire européenne, mais à partir cette fois de la coordination européenne des politiques macroéconomiques.

### **La coordination européenne des politiques économiques**

Les changements se sont accélérés avec l'impact de la crise économique et financière sous diverses formes. Parce que la santé a pris une place importante dans le produit intérieur brut et parce que le financement est très majoritairement public, la crise de l'endettement a conduit la plupart des



gouvernements concernés à accélérer des réformes en cours ou à en proposer de nouvelles, très souvent dans une logique comptable et de court terme, interrogeant plus rarement les résultats du système mais dans tous les cas sous influence internationale, dont européenne. Les niveaux très différents d'impact de la crise, des situations de départ et des systèmes hétérogènes, limitent l'uniformité des réponses mais soulèvent partout des interrogations sur le caractère durable des systèmes et sur la place que doit y tenir la solidarité.

La maîtrise des dépenses publiques de santé n'est pas un sujet nouveau dans le cadre européen mais il est resté longtemps très général et peu prescriptif. Les grandes orientations des politiques économiques (GOPE) adoptées par le Conseil Économique et Financier (ECOFIN, c'est à dire la réunion des ministres des finances) incitaient déjà les États membres à réformer leurs systèmes de santé dans le contexte du Pacte de stabilité et de croissance de 1997. La Méthode ouverte de coordination (MOC) dans le domaine de la protection sociale, apparue en 1999 comme outil de l'intégration économique de l'Union européenne (mais non contraignante et fondée sur le volontariat des États membres), n'a inclus les soins de santé qu'en 2004, en soulevant les questions de qualité et d'accessibilité. Mais il s'agissait essentiellement de diffuser les meilleures pratiques dans l'espoir de produire une plus grande convergence vers des objectifs clés. Enfin, les grandes orientations des politiques économiques de 2010-2014 invitaient les États membres à renforcer la viabilité des finances publiques, notamment par une réforme des retraites et des soins de santé, ainsi qu'à veiller à ce que ces dépenses soient financièrement soutenables,

socialement adaptées et accessibles.

La crise financière a renforcé la coordination des politiques économiques notamment en mettant en place de nouvelles méthodes de travail. Elle a mis à jour les relations complexes qu'entretiennent notamment deux directions générales de la Commission, ECFIN (économique et financière) et SANCO (santé et consommateurs), entre elles et avec les États membres, et au sein de ces derniers entre les ministères des Finances et ceux de la Santé. De généraux et prudents, les objectifs de politique économique sont devenus spécifiques et controversés. Ils illustrent leurs contradictions : soins de haute qualité pour tous d'un côté, maîtrise des dépenses de santé et promotion de la concurrence de l'autre.

Une première étape a été la publication en 2010 par la Commission européenne et le Comité de politique économique d'un rapport conjoint sur les systèmes de santé. Il s'agissait d'inclure les réformes du système de santé dans la stratégie de croissance de l'Union européenne intitulée « Europe 2020 ». Cela permettait également de soumettre ces réformes à la surveillance macroéconomique. Les États membres étaient encouragés par ce rapport, entre autres, à une utilisation des soins efficaces, notamment grâce à la participation des prestataires non publics, à renforcer la fourniture et l'accès aux soins de santé de première ligne pour améliorer la santé générale et réduire le recours inutile à des spécialistes et aux soins hospitaliers, à intégrer dans les processus décisionnels l'évaluation des technologies de la santé.

Le Conseil ECOFIN va adopter des conclusions



fin 2010 sur la base de ce rapport conjoint. Elles invitent les États membres et la Commission à « tenir compte de ces résultats dans leurs analyses et propositions dans le cadre de la stratégie Europe 2020 », donnant ainsi un mandat important à la Commission. La crise a facilité l'adoption de ces conclusions du rapport conjoint mais elles étaient déjà dans l'agenda politique de la Commission bien avant.

L'étape suivante a été la mise en place en 2011 d'un nouvel outil: le semestre européen de coordination des politiques économiques. Pour assurer une action coordonnée sur des priorités politiques essentielles de l'Union européenne, les gouvernements doivent désormais établir leur budget ainsi que d'autres politiques économiques en gardant à l'esprit ces priorités. Il s'agit d'étudier les politiques budgétaires et structurelles des États membres chaque année pendant un cycle de six mois afin de repérer les incohérences et les déséquilibres émergents. Mais cette fois-ci, en cas d'échec à suivre les recommandations dans le délai fixé, l'Union européenne peut leur émettre des avertissements politiques, des incitations voire des sanctions. Sur cette base, plusieurs pays ont déjà découvert que leurs systèmes de santé n'y échappaient pas.

En complément, dès mars 2011, les chefs d'État et de gouvernement de la zone euro et de six autres États membres ont conclu le pacte « euro plus », qui vise à renforcer le pilier économique de l'union monétaire et comprend des engagements et actions à la fois plus ambitieux, plus concrets et assortis d'un calendrier de mise en œuvre. Les engagements sont soumis à une surveillance régulière, sous la responsabilité de

la Commission. Une attention particulière est alors accordée à l'amélioration de la viabilité des finances publiques, notamment celles concernant les soins de santé.

À la fin de l'année 2011, un nouvel ensemble de règles de surveillance économique et budgétaire est entré en vigueur via le Pacte de stabilité et de croissance renforcé. Sur la base d'un instrument nommé « Six Pack », des sanctions financières peuvent s'appliquer aux États membres de la zone euro qui ne prennent pas de mesures adéquates. Les États membres en « procédure de déficit excessif », tous sauf quatre actuellement, doivent se conformer aux recommandations du Conseil, différenciées par pays et délivrées par les ministres des Finances. Si un État membre ne s'y conforme pas, le Conseil peut imposer des sanctions financières, sur la base d'une recommandation de la Commission, à moins qu'une majorité qualifiée des voix des États membres ne s'y oppose. Ces nouveaux outils de surveillance s'intègrent dans le semestre européen.

Les pouvoirs de l'Union européenne sont donc considérablement renforcés en matière de surveillance macroéconomique en introduisant des objectifs précis, des indicateurs et la possibilité de sanctions.

Plus encore, ce sont les ministres de la Santé européens eux-mêmes qui demandent finalement plus d'interventions. En lien avec le semestre européen, en juin 2011, mais dans une tout autre démarche, ces ministres de la Santé ont appelé à un processus de réflexion « *en vue de répertoire des moyens efficaces d'investir dans la santé, de manière à mettre en place des systèmes de santé*



*modernes et durables capables de s'adapter à des besoins changeants* ». L'objectif principal était d'éviter que les mesures introduites pour rendre les systèmes de santé « plus viables financièrement » se concentrent uniquement sur la maîtrise des coûts.

Ce processus de réflexion a été créé dans le cadre du Groupe de travail sur la santé publique, relevant directement du Conseil pour éviter ainsi que la Commission ne s'approprie le sujet. En réalité la Commission a pris la responsabilité du plus important des quatre sous-groupes créés, celui concernant la place de la santé dans le Stratégie Europe 2020 et dans le semestre européen, réintroduisant dans le jeu la direction générale ECFIN. Les trois autres sous groupes concernent les fonds structurels, une conception efficace et efficiente de l'investissement dans le secteur de la santé et la mesure et la surveillance de l'efficacité des investissements dans la santé. Il s'agit bien du cœur des systèmes de santé qui est visé.

Enfin, le « paquet social » proposé par la direction générale Emploi et Affaires Sociales au printemps 2013 intègre deux documents qui viennent dans le détail suggérer les politiques à suivre par les États membres, l'un dans le domaine des soins de santé, l'autre dans celui des soins de longue durée. Tous les deux rentrent dans un niveau de détail auquel la Commission européenne n'aurait pas osé rêver il y a encore quelques années. Les éléments sont donc en place pour dicter aux États membres comment réorganiser leurs systèmes de santé.

### **Les programmes d'ajustement**

Les programmes d'ajustement de l'Union euro-

péenne et du Fonds monétaire international vont encore plus loin puisqu'ils contiennent explicitement des instructions en matière de réforme des systèmes nationaux de santé.

C'est un élément nouveau pour l'ouest de l'Europe que cette influence directe des institutions internationales sur certains systèmes de santé. Avec la mise en place des « opérations de sauvetage » en Irlande et en Grèce en 2010 et au Portugal en 2011 par la troïka (Commission européenne, Fonds Monétaire International et Banque Centrale Européenne) et les pré-conditions pour l'obtention de ces fonds, les institutions internationales ont imposé dans ces programmes d'ajustement des mesures très précises de changements dans les systèmes de santé.

L'objectif est de garantir la stabilité de la zone euro et d'aider les États membres en difficulté financière ou soumis à de sérieuses pressions des marchés financiers en leur fournissant un soutien financier sur-mesure et individualisé. L'Union européenne fournit les deux tiers des financements du programme, le Fonds Monétaire International prend en charge le reste. En échange, les trois pays se sont engagés à mettre en œuvre des politiques économiques et sociales reprises dans un protocole d'accord (Memorandum of Understanding) et soumises à un examen trimestriel. Chaque protocole d'accord contient des instructions détaillées en matière de réforme du secteur des soins de santé. Chacun illustre, à des degrés différents, une intervention plus grande de la sphère européenne dans les systèmes de santé.

En Irlande, le programme d'ajustement économique a été le moins directif des trois, mais il



contient des actions explicites destinées à lever les barrières au marché et à la concurrence dans des « secteurs protégés » tels que les services médicaux, notamment en éliminant les restrictions au nombre de médecins généralistes, à leur capacité à recevoir des patients sans contractualiser avec l'Etat et à faire de la publicité. En 2011, le budget public pour la santé a été réduit de 6,6% et en 2012, il a été réduit d'autant.

Des mesures encore plus détaillées ont été définies pour le Portugal, notamment dans le troisième pacte de stabilité. Dès 2010, une réduction de 12% du budget du ministère de la Santé est décidée. L'objectif était de réduire les dépenses de santé de 1 milliard d'euros en 2012 en augmentant les contributions des patients, en contraignant la dépense pharmaceutique, en poursuivant la réduction des salaires et en réduisant les dépenses hospitalières. 375 millions d'économies sont prévues en 2013, soit au total une réduction de 0,8% du PIB sur deux ans pour une dépense publique de santé qui n'est déjà que de 6,5% du PIB. L'objectif est de réduire les coûts opérationnels de 15% d'ici 2013 par rapport à 2010. Les prescriptions électroniques pour les médicaments et les tests diagnostiques sont mis en place. Les médecins doivent prescrire par nom générique. Ils sont soumis à des évaluations trimestrielles des pratiques de prescription. Un nouveau système centralisé d'achat a été mis en place. Les salaires de fonctionnaires dont ceux du secteur santé ont été réduits selon les cas de 3,5 à 10% pour tous ceux gagnant plus de €1500. Les frais à charge des patients sont augmentés avec la mise en place de critères plus stricts de ressources et la tarification plus élevée pour les consultations ambulatoires de spécialistes que pour les soins de

première ligne. Les allègements fiscaux pour les dépenses privées de santé sont réduits.

Le protocole d'accord met également l'accent sur des mesures visant l'organisation du système de santé. Des pré-requis ont été imposés pour restructurer le système de santé : les règles du travail plus flexibles sont imposées, ainsi que la nécessité de mobilité des professionnels sur tout le territoire. Les soins de première ligne sont renforcés, y compris par le paiement à la performance des prestataires, par l'amélioration de la répartition des médecins de famille dans le pays, et un transfert de l'utilisation des services hospitaliers vers les soins de première ligne. Une évaluation de la performance hospitalière annuelle est instaurée avec l'amélioration des systèmes de calcul des coûts et budgets hospitaliers, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, le renforcement de la gouvernance et la rationalisation du réseau hospitalier. Enfin, la mise en place de dossiers médicaux électroniques des patients est prévue.

Le programme de la Grèce est celui qui va le plus loin dans l'encadrement du système de santé en imposant un objectif explicite de dépenses publiques de santé limitées à 6% du PIB. Le budget santé pour 2011 s'est réduit de 1,4 milliard d'euro, dont un tiers par réduction des salaires. Dans une répartition des rôles, le FMI a proposé des réformes visant à améliorer les systèmes de gestion, d'achat, de comptabilité et de prix, conjuguées à la mise en place d'une surveillance opérationnelle par le ministre des Finances, tandis que la Commission s'est concentrée sur la création des conditions préalables nécessaires à une plus grande efficacité et transparence. Les change-



ments sont principalement concentrés sur la façon dont le système de santé est géré, sous la surveillance d'une *task force* dans laquelle la Commission européenne a une part prépondérante.

Un grand nombre de mesures ont été adoptées dans le domaine pharmaceutique : la centralisation des procédures de passation des marchés pour les médicaments et les services médicaux ; des changements dans le remboursement par les tiers-payants (accords prix-volume, rabais et réductions) des pharmacies et fournisseurs en gros de produits pharmaceutiques ; des procédures de prescription électroniques et génériques et leur suivi par l'intermédiaire de lignes directrices à destination des médecins en matière de prescription. Le prix maximum des génériques ne peut désormais excéder 40% de leurs équivalents. La TVA sur les médicaments est passée de 11 à 6,5% pour réduire le prix pour les citoyens et les assurances santé et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, la prescription électronique a été rendue obligatoire.

Plusieurs autres mesures de court terme ont été adoptées, telles qu'une surveillance et un système d'information efficaces avec des audits réguliers, des rapports et des évaluations des données ou encore l'application d'une augmentation des frais à charge des usagers pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux publics et centres de santé (à partir de 3 à 5 euros par visite), ainsi que pour les visites d'urgence injustifiées, et de modifications de la tarification des médicaments délivrés sur ordonnance de manière à encourager une plus grande utilisation des médicaments génériques. Enfin, dès 2010 toutes les nouvelles créations de postes ont été gelées : pour cinq infirmières partant en retraite un seul remplacement est accepté.

Des mesures sont prévues à une échéance de deux ans : une meilleure mise en commun des financements pour l'achat de services de santé, le renforcement des services de soins de première ligne et un transfert de prestations des services hospitaliers vers les soins de première ligne, la mise en place de dossiers médicaux électroniques des patients, l'amélioration des systèmes de calcul des coûts et budgets hospitaliers et l'amélioration des systèmes de remboursement des médecins et des hôpitaux. Enfin, parmi les mesures à long terme, figurent une rationalisation de la répartition des responsabilités entre les différents acteurs et une meilleure gouvernance du système de santé. On est donc bien là au cœur de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé.

## Conclusion

Les systèmes de santé sont donc entrés dans une nouvelle ère, plus européenne, plus intégrative et pas seulement dans les pays concernés par les ajustements structurels. Les services de santé sont soumis à une pression particulière désormais car ils sont perçus comme appartenant au secteur des dépenses publiques au plus grand potentiel d'accroissement de productivité. Les opérations de « sauvetage » ne sont pas aussi prescriptives dans d'autres domaines, tels que l'éducation, le logement social ou encore les retraites. Les variations importantes qui existent au sein et entre les pays en termes de coûts et de résultats, que montrent des études comparatives de plus en plus fines, suggèrent de possibles gains d'efficience.

## R · É · F · É · R · E · N · C · E · S

- BAETEN R., THOMSON S., « Health care policies: European debate and national reforms », in Natali, D. et Vanhercke, B. (Eds.), *Social developments in the European Union*, 2011, ETUI, OSE, Bruxelles, pp. 187-211
- BAETEN R., THOMSON S., « Health care policies: European debate and national reforms », in *Health Policy in the European Crisis*, Philipa Mladovsky, *Eurohealth*, Vol 18 N°1, 2012, p. 3.
- BARLOW J., ROEHRICH JK., WRIGHT S., « De facto privatization or a renewed role for the EU? Paying for Europe's healthcare infrastructure in a recession », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2010; 103:51-5.
- BARROS PP., « Health policy reform in tough times: The case of Portugal », *Health Policy*, 2012; 106:17-22.
- BARROS PP., « Portugal's health policy under a financial rescue plan », *Eurohealth*, 2012; 18:10-4.
- HOUSTON M., DAY M., De LAGO M., ZAROCOSTAS J., « Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite », *BMJ*, 2011; 343:d5266.
- KAITELIDOU D., KOULI E., « Greece: The health system in a time of crisis », *Eurohealth*, 2012; 18:12-4.
- KENTIKELLENIS A., KARANIKOLOS M., PAPANICOLAS I., BASU S., MCKEE M. et STUCKLER D., « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Vol.378, n° 9801, 2011, pp.1457-1458.
- KENTIKELLENIS A., KARANIKOLOS M., PAPANICOLAS I., BASU S., MCKEE M., STUCKLER D., « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, 2011; 378:1457-8.
- MLADOVSKY P., SRIVASTAVAD., CYLUS J., KARANIKOLOS M., EVETOVITS T., THOMSON S., MCKEE M., « Health policy responses to the financial crisis in Europe, Policy Summary 5 », *Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 2012.
- SCHNEIDER P., *Mitigating the Impact of the Economic Crisis on Public Sector Health Spending*, *Europe & Central Asia Knowledge*, Brief 8, Washington, DC: The World Bank, 2009.
- SUHRCKE M., STUCKLER D., « Will the recession be bad for our health? It depends », *Social Science & Medicine*, 2012; 74:647-53.
- THOMAS S., BURKE S., « Coping with austerity in the Irish health system », *Eurohealth*, 2012; 18:7-9.
- THOMAS S., KEEGAN C., BARRY S., LAYTE R., « The Irish health system and the economic crisis », *The Lancet*, 2012; 380:1056-7.
- THOMSON S., JOWETT M., EVETOVITS T., JAKAB M., MCKEE M., FIGUERAS J., « Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. World Health Organization », on behalf of the *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2013, forthcoming.
- ZAVRAS D., TSIANTOU V., PAVI E., MYLONAK., KYRIOPOULOS J., « Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece », *The European Journal of Public Health*, 2012.

Commission européenne (2010), *Ireland: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality*, 3 décembre 2010.

Commission européenne (2010), « The Economic Adjustment Programme for Greece – Second review – autumn 2010 », *European Economy. Occasional Papers*, n° 72.

Conseil de l'Union européenne (2010), *Recommandation du Conseil du 13 juillet 2010 relative aux grandes orientations des politiques économiques des États membres et de l'Union* (2010/410/UE).

Décision du Conseil du 21 octobre 2010 relative aux lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres (2010/707/UE), qui forment ensemble les lignes directrices intégrées d'Europe 2020.

Commission européenne (DG ECFIN) et Comité de politique économique (AWG) (2010), « Joint Report on Health Systems », *European Economy Occasional Papers*, n° 74, octobre 2010.

Conseil de l'Union européenne (2010), *Council Conclusions on the EPC-Commission Joint Report on Health Systems in the EU*, 3054<sup>ème</sup> session du Conseil Affaires économiques et financières, Bruxelles, 7 décembre 2010.

Commission européenne (2011), *Portugal: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality*, 17 mai 2011.

Commission européenne (2010), *Greece: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality*, 2 mai 2011.

Conseil de l'Union européenne (2011), *Conclusions du Conseil : Vers des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables*, 3095<sup>ème</sup> session du Conseil Emploi, Politique sociale, santé et Consommateurs, Luxembourg, 6 juin 2011.

Commission européenne (2011), *Communication de la Commission « Examen annuel de la croissance 2012 »*, COM (2011) 815 final du 23 novembre 2011.

Conseil européen (2011), *Conclusions – Conseil européen 24 et 25 mars 2011, 20 avril 2011*, EUCO 10 January 2011, REV1.

European Hospital and Healthcare Federation. *The current crisis, hospitals and healthcare. Hospital Healthcare Europe*, 2012:36-58.



## R · É · S · U · M · É

À l'origine volontairement très limitées, les compétences de l'Union européenne dans le domaine de la santé se sont développées ces vingt dernières années. Elles restent très marginalement influentes par rapport aux dispositions qui ont créé puis renforcé le marché intérieur. Une nouvelle étape est aujourd'hui franchie dans le cadre de la coordination des politiques macroéconomiques, notamment avec les politiques d'ajustements structurels. Inexistante au début de la création des communautés, l'influence européenne sur les services de santé montre qu'elle sait être très invasive.

### **Abstract**

*European Healthcare Systems Under the Influence*

The European Union competences in the field of health, originally voluntarily limited have developed for the last twenty years. They are rather marginal compared to legal basis of the internal market. A new step has been taken with the macroeconomic policies and in particular with the structural adjustments. Initially absent of healthcare services, the European influence shows it can be very invasive.