

ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE

RESTRICTED

S/C/W/50

18 septembre 1998

(98-3558)

Conseil du commerce des services

SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Note d'information du Secrétariat

I. INTRODUCTION

1. La présente note entre dans le programme d'échange de renseignements actuellement mené par le Conseil du commerce des services. Comme les notes de la même série concernant d'autres secteurs, elle donne une vue d'ensemble des faits nouveaux intervenus récemment du point de vue économique et réglementaire, y compris les engagements dans le cadre de l'AGCS, dans les secteurs des services sociaux, des services de santé et des services médicaux. Il est recommandé aux délégations de la lire en parallèle avec des études plus détaillées publiées par les organisations internationales, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la CNUCED, la Banque mondiale et l'OCDE.

2. Dans maints débats récents sur l'évolution des politiques sectorielles, on a insisté sur la nécessité de maîtriser la flambée des dépenses de santé sans sacrifier les objectifs fondamentaux de qualité et d'équité. Pour les pays industriels, il faut en particulier éviter que la hausse des coûts de la santé affecte d'autres objectifs de politique touchant à la croissance, à l'emploi et/ou aux réductions prévues dans le secteur public. Dans de nombreux pays en développement, l'impossibilité pour d'importants groupes de population d'accéder aux services essentiels et les conséquences en résultant tant du point de vue social que pour le développement ont continué à poser des problèmes de politique graves.

3. Il est apparu que les considérations liées au commerce ne détermineraient pas de façon décisive les politiques, sauf pour ce qui concerne la migration internationale de la main-d'œuvre. Même dans les pays les plus développés, le secteur de la santé - un géant dans l'économie nationale, qui représente par exemple aux États-Unis près de 6 pour cent du PIB - ne contribue encore que modestement aux échanges commerciaux. Cela semble dû à l'action conjuguée des réglementations qui restreignent le mouvement des professionnels et des patients, des contraintes institutionnelles (arrangements de monopole et d'exclusivité) qui découragent la présence commerciale étrangère et des obstacles d'ordre technologique qui entravent la fourniture transfrontières d'un grand nombre de services de santé et de services sociaux. Toutefois, la situation semble s'améliorer peu à peu grâce, en particulier, à une évolution observée dans deux domaines connexes: premièrement, dans un certain nombre de pays les réglementations sont davantage orientées vers le marché, ce qui ouvre la place à une participation accrue du secteur privé tant national qu'étranger; deuxièmement, les progrès techniques facilitent de plus en plus la transmission électronique entre pays et continents de certains services, ou du moins de leurs sous-segments.

4. Le cycle de négociations prévu dans le cadre de l'AGCS est l'occasion pour les Membres de l'OMC de réexaminer le champ et l'ampleur de leurs engagements en matière de services de santé et de services sociaux, engagements actuellement inférieurs à ceux pris dans d'autres secteurs importants. Une libéralisation accrue pourrait favoriser les évolutions déjà mentionnées et offrir aussi aux pays en développement l'environnement approprié pour renforcer leurs capacités nationales

s'agissant de ces services et mieux utiliser leurs avantages compétitifs. La présente note, qui entend contribuer au débat sur ces questions, mériterait d'être complétée par un échange de renseignements plus précis entre les Membres sur des aspects individuels.

5. Le corps du document est organisé comme suit: la section II présente pour des pays des renseignements sur le rôle du secteur de la santé dans l'économie et l'importance des échanges commerciaux pour les différents modes de fourniture. La section III examine les principales approches réglementaires et institutionnelles dans les secteurs des soins de santé et de l'assurance maladie, le rôle de la réglementation nationale et la question de la reconnaissance et les implications qui en résultent du point de vue de l'accès aux marchés et de la concurrence. La section IV analyse le niveau et la structure des engagements en vigueur dans le cadre de l'AGCS.

6. En fonction des informations disponibles, la note couvre tous les services de santé et les services sociaux définis dans la division 93 de la Classification centrale de produits (CPC) provisoire des Nations Unies. Cela signifie qu'elle couvre davantage de services que la structure prévue dans la Classification sectorielle des services (MTN.GNS/W/120) généralement utilisée par les Membres pour élaborer leurs listes dans le cadre de l'AGCS. Tels qu'ils sont définis dans la Classification sectorielle, les services de santé et les services sociaux ne comprennent pas les services médicaux et dentaires, les services vétérinaires et les services des accoucheuses, infirmières, etc., qui ont été incorporés séparément dans les services professionnels. D'un point de vue économique et commercial, cependant, cette séparation n'est pas totalement convaincante. En effet, elle ne tient pas compte des complémentarités importantes qui peuvent exister par exemple entre services médicaux, d'une part, et services hospitaliers, d'autre part. En outre, les critères employés pour classer certaines activités, en particulier les services vétérinaires et les services sociaux, parmi les services de santé ou les services professionnels ne semblent pas être parfaitement uniformes (annexe).

II. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

A. PRODUCTION ET COMMERCE: OBJECTIFS ET CONTRAINTES

7. Les services médicaux, les services de santé et les services sociaux peuvent remplir une multitude de fonctions, en relation avec le développement et la distribution, ainsi qu'en matière sociale et autre. Si l'on peut considérer toutes ces fonctions hautement pertinentes et importantes, leur degré de priorité peut varier selon le moment et le pays, en fonction de paramètres tels que le revenu, l'âge, la technologie et les objectifs prépondérants en matière économique et sociale (équité). Ces services peuvent donc être vus comme des instruments fondamentaux pour assurer la justice sociale et une distribution équitable, ou considérés comme des éléments qui contribuent au développement économique ou qui sont des conditions préalables importantes de celui-ci. Les experts peuvent analyser ces services comme des activités à part entière, s'intéresser à leurs implications du point de vue des ressources et des budgets ou chercher à approfondir leurs liens, du côté de l'offre et de la demande, avec les autres secteurs de l'économie. En somme, les services de santé et les services sociaux impliquent une interaction entre une multitude d'objectifs, d'influences et de contraintes, tant économiques que non économiques.

8. Toutes les réflexions actuelles ont un seul dénominateur commun: la recherche de l'efficacité. Vu les restrictions budgétaires et/ou les goulots d'étranglement au niveau de l'offre dans certains domaines, y compris pour les professionnels spécialisés, les gouvernements dans le monde entier sont de plus en plus conscients de la nécessité d'une utilisation plus productive des ressources. Parmi les initiatives dans ce contexte, on peut mentionner les modifications de l'organisation dans le but d'obtenir des économies d'échelle et de diversification, l'introduction d'incitations monétaires dans des domaines jusqu'alors étroitement réglementés (commercialisation des fonctions hospitalières) ou les réformes des systèmes publics d'assurance et d'aide pour encourager une utilisation plus prudente des ressources. Beaucoup de ces initiatives peuvent certes renforcer l'orientation vers le marché, mais

certaines pays ont aussi pris des mesures d'encadrement administratif et d'autres mesures dirigistes pour décourager les nouveaux venus, juguler la demande "excessive" de médicaments ou de lits d'hôpital ou influencer la structure géographique de l'offre (encadré I).

9. Dans toute stratégie de réforme fondée sur le marché, l'ouverture extérieure peut jouer un rôle important. Bien que les services de santé et les services sociaux aient été longtemps considérés comme a) des services non exportables devant être fournis par b) des institutions publiques, dans un certain nombre de pays, les conceptions ont évolué. Des technologies plus efficaces en matière de transports et de communications ont accru la mobilité des professionnels et des consommateurs et permis l'utilisation de nouveaux modes de fourniture (télémédecine), modifiant ainsi les notions classiques d'espace et de distance. Simultanément, des formes nouvelles d'action pour le secteur privé ont ouvert la voie à une participation nationale et étrangère accrue.

B. SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SANTÉ: CONTRIBUTION AU PIB ET À L'EMPLOI

10. De nombreux experts, en particulier dans les pays de l'OCDE, ont parfois tendance à considérer le secteur de la santé moins comme un "contributeur" au PIB que comme un frein à l'expansion économique. Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de santé ont augmenté ces 20 dernières années et absorbé une part croissante de la consommation privée et, surtout, des dépenses publiques (tableau 1). À son tour, cela a progressivement restreint le champ disponible pour d'autres initiatives de politique, par exemple des réductions d'impôt et de plus larges réformes du secteur public, qui peuvent être considérées comme absolument prioritaires par des gouvernements soucieux de lutter contre l'aggravation du chômage et le ralentissement de la croissance économique.¹

11. Au milieu des années 90, les pays de l'OCDE consacraient chaque année à la santé environ 2 000 milliards de dollars EU, soit près de 90 pour cent du montant total des dépenses de santé dans le monde. Dans la plupart de ces pays, les dépenses de santé représentent à l'heure actuelle plus de 8 pour cent du PIB (contre de 1,5 à 5,5 pour cent au début des années 60), alors que dans les pays en développement le chiffre correspondant est d'environ 5 pour cent.² Y sont incluses les dépenses publique et privée pour les marchandises et les services. (La définition des dépenses de santé publique comprend les dépenses ordinaires et les dépenses d'équipement financées par les budgets publics, par des emprunts à l'extérieur et par des aides financières, y compris sous forme de dons, et les dépenses au titre des assurances sociales ou de l'assurance maladie obligatoire.) Bien que les disparités entre pays soient importantes dans le cadre de l'OCDE, les services hospitaliers y représentent en général de 40 à 50 pour cent des dépenses totales de santé et les médicaments de 30 à 40 pour cent, le solde étant représenté principalement par les services médicaux et paramédicaux pour les soins ambulatoires.³

¹ Sauf indication contraire, les renseignements fournis dans les paragraphes qui suivent sont fondés sur OCDE (1995), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Paris; et Schieber, George (1997), *The Social, Economic, and Institutional Context of Health Care Financing Reforms*, document présenté dans le cadre d'une conférence sur les innovations en matière de financement des soins de santé, parrainée par la Banque mondiale, Washington D.C.

² On notera que les dépenses de santé - qui englobent les intrants fournis par d'autres secteurs - sont nettement supérieures à la contribution effective du secteur de la santé au PIB. Selon les estimations faites sur la base de la valeur ajoutée brute, la part des services de santé dans le PIB en 1994 aurait été de 5,6 pour cent aux États-Unis (services marchands et non marchands privés), de 3,6 pour cent en France, de 2,4 pour cent en Allemagne et de 2,1 pour cent au Canada (services marchands seulement). Voir OCDE (1997), *Services: Statistiques sur la valeur ajoutée et l'emploi*, Paris.

³ Il faut interpréter ces chiffres avec prudence, car ils soulèvent des problèmes de définition délicats.

12. À l'échelle mondiale, le montant des dépenses de santé par habitant varie énormément: d'environ 5 dollars EU par an dans certains des pays les moins avancés, comme le Bangladesh, le Ghana et le Nigéria, à 3 500 dollars EU ou davantage en Suisse et aux États-Unis.⁴ Mais il est très difficile d'évaluer dans quelle mesure ces différences sont effectivement reflétées dans la quantité et la qualité de l'offre médicale et, par voie de conséquence éventuelle, dans l'état de santé de la population. En 1996, par exemple, l'espérance de vie à Sri Lanka aurait été selon les estimations de 73 ans, soit quelques années de plus que dans certains autres pays qui consacrent à la santé des sommes de 20 à 30 fois supérieures.⁵

13. Aux États-Unis, les dépenses de santé représentent généralement plus de 14 pour cent du PIB. Le régime public d'assurance maladie pour les personnes âgées et handicapées, dit Medicare, représente à lui seul environ 2,5 pour cent du PIB. Les budgets correspondants, multipliés par plus de 30 depuis 1970, atteignaient 200 milliards de dollars en 1997. Cependant, la part des dépenses publiques dont le total des dépenses de santé aux États-Unis, à 45 pour cent environ, reste la plus basse de tous les pays industriels. Le chiffre moyen correspondant dans les pays de l'OCDE est en effet de l'ordre des trois quarts, contre 50 pour cent environ dans les pays en développement.

14. Selon les études des experts de l'OCDE, les dépenses de santé aux États-Unis seraient en grande partie imputables aux prix excessifs des intrants. Parmi les pays de l'OCDE, c'est aux États-Unis que l'écart entre les prix intérieurs en général, qui compte tenu des taux de change en vigueur sont comparativement bas dans ce pays, et les prix des intrants dans le secteur de la santé est le plus considérable. L'inverse est observé au Japon où, après ajustement pour tenir compte des effets liés aux prix relatifs, le "volume" des dépenses de santé cumulées par habitant est le plus élevé des pays de l'OCDE.⁶ (Cependant, l'écart de prix entre les services médicaux/sanitaires et les autres composantes de la consommation intérieure peut être influencé par des considérations de qualité. Il se peut qu'aux États-Unis, les services médicaux et les services de santé demandés et fournis soient tout simplement, eu égard à la réglementation publique et/ou d'après les jugements de valeur individuels, d'une qualité supérieure à celle normalement attendue des autres biens et services.)⁷ Les prix des soins de santé semblent également être relativement bas en Turquie et au Royaume-Uni.

⁴ Moyenne annuelle 1990-1995, extrait de Banque mondiale (1998), *Indicateurs du développement dans le monde*, Washington D.C.

Compte tenu des montants consacrés à la santé, dans certains pays, on peut se demander s'il ne serait pas plus judicieux de recourir à d'autres méthodes pour améliorer la santé de la population (en investissant dans des mesures pour la protection de l'environnement ou la sécurité routière, dans des campagnes contre l'usage du tabac, des drogues, etc.). On peut penser en outre que la hausse des prélèvements divers, y compris les contributions au régime d'assurance obligatoire, a sur les individus des répercussions qui ne sont pas nécessairement bonnes pour leur santé. Les efforts à faire pour préserver le revenu disponible réel peuvent aggraver le stress lié au travail.

⁵ On estime à 12 dollars EU par an le montant des dépenses de santé par habitant à Sri Lanka. On trouvera dans le tableau 2 un aperçu des indicateurs de santé, par grande catégorie de pays.

⁶ OCDE (1995), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Paris.

⁷ Au début des années 90, on comptait moins de cinq lits d'hôpital pour 1 000 habitants aux États-Unis contre plus de 15 au Japon. En revanche, la proportion de personnel soignant par lit d'hôpital était de 3,5 aux États-Unis contre 0,8 au Japon (OCDE, 1995).

15. Parallèlement à cette hausse générale des coûts, l'emploi dans le secteur de la santé n'a cessé de progresser. On estime que dans son ensemble, le secteur emploie 8 pour cent environ de la population active. Plus d'un quart de ces effectifs seraient représentés, d'après les estimations, par du personnel infirmier et des accoucheuses et environ un huitième par des médecins (1991).⁸

16. Selon les hypothèses des experts de l'UE, la demande dans l'Union européenne continuera de progresser à des taux proches du PIB réel ou légèrement supérieurs (3,5 à 4 pour cent par an). Les possibilités de hausses des prix devraient toutefois être très limitées, ce qui pourrait contribuer à stabiliser à long terme les dépenses de santé globales à un niveau représentant environ 7,5 pour cent du PIB, la part du financement public étant en recul.⁹

17. La tendance à la hausse des dépenses de santé réelles a été attribuée à divers facteurs, comprenant notamment, du côté de la demande:

- a) l'extension de la couverture des régimes d'assurance obligatoire au fur et à mesure que les soins de santé viennent à être perçus, au même titre que l'éducation, comme un droit social fondamental (à l'exception des États-Unis, tous les pays de l'OCDE sont parvenus à la couverture universelle);
- b) le vieillissement de la population dans de nombreux pays (le coût des soins de santé pour les personnes de plus de 65 ans a tendance à être quatre fois plus élevé que pour les groupes d'âge inférieur);
- c) l'apparition et/ou la découverte de maladies nouvelles ainsi qu'une évolution vers des affections chroniques et à multiples facettes; et
- d) l'absence d'incitation des patients à économiser, puisque les coûts des traitements sont (presque) entièrement pris en charge par les régimes d'assurance.

Du côté de l'offre, il y a déjà un certain temps que les experts ont pris note des facteurs suivants:

- a) une absence similaire d'incitation à mettre en rapport le coût des traitements et les bienfaits attendus de ces derniers;
- b) l'introduction et, parfois, l'utilisation irréfléchie de technologies de plus en plus complexes et coûteuses;
- c) une planification et une coordination des soins de santé insuffisantes, comme en attestent, par exemple, le "suréquipement" et l'excédent de capacité des hôpitaux et des cabinets médicaux; et
- d) le ciblage inadéquat des traitements médicaux prescrits ("schémas de traitement variables"). On a estimé que 30 à 60 pour cent des dépenses de santé dans les pays étaient peut-être gaspillées dans des traitements inefficaces ou inappropriés.¹⁰

⁸ Commission européenne (éd. 1997), *Panorama de l'industrie communautaire*, Luxembourg.

⁹ Commission européenne (1997).

¹⁰ Abel-Smith, Brian (1996), *The escalation of health care costs: How did we get there?*, dans OCDE, *La réforme des systèmes de santé: La volonté de changement*, Paris.

C. LE COMMERCE DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SANTÉ: L'EXPÉRIENCE CONCRÈTE

18. L'expérience concrète montre que le volume du commerce international des services médicaux et des services de santé reste relativement modeste. Ainsi, aux États-Unis les "exportations" de services de santé, c'est-à-dire les activités des fournisseurs à participation majoritaire américaine à l'étranger et les services fournis aux étrangers aux États-Unis, représenteraient, selon les estimations, moins de 2 pour 1 000 des dépenses de santé totales du pays.

19. Une publication récente de l'OMS souligne l'importance croissante de la fourniture transfrontières de services médicaux. Des fournisseurs aux États-Unis procurent par exemple des services de télémedecine sur une base commerciale à des clients dans plusieurs pays du Golfe arabe et la Jordanie a établi des connexions pour la télémedecine avec les cliniques Mayo aux États-Unis. Il y a aussi certains échanges commerciaux de services de télédiagnostic entre les régions côtières de Chine (RP) et des patients au Taipei chinois, à Macao et dans d'autres pays de l'Asie du Sud-Est; et plusieurs pays d'Amérique centrale adressent des échantillons médicaux à des hôpitaux publics au Mexique à des fins de diagnostic.¹¹

20. Il semble que jusqu'à présent, la télémedecine ait surtout permis de surmonter des obstacles géographiques dans certains pays et d'améliorer les soins de santé dans des régions reculées, notamment en Norvège et en Australie. Toutefois, les exemples cités montrent qu'il existe un potentiel important pour le commerce transfrontières. Ce commerce peut aller bien au-delà des soins de santé proprement dits et s'étendre à des fonctions de gestion des hôpitaux, à la collecte de données à des fins statistiques ou éducatives et à des services consultatifs d'appui à l'intention du personnel local à l'étranger. Toutes ces activités ne peuvent pas être classées parmi les services médicaux et les services de santé, mais elles peuvent être rattachées, selon le cas, aux services de bases de données, aux services de conseils en gestion ou aux services d'éducation. Aux termes de l'Annexe sur les télécommunications de l'AGCS, les membres ayant pris des engagements concernant les activités dans le domaine sont tenus de faire en sorte qu'il soit accordé l'accès à leurs réseaux et services publics de transport des télécommunications suivant des modalités et à des conditions raisonnables et non discriminatoires.

21. Bien qu'on ne dispose pas d'estimations globales, il semble raisonnable de supposer que la consommation de services de santé à l'étranger est restée un mode de fourniture plus pertinent du point de vue économique. Les échanges commerciaux en question peuvent couvrir les mouvements de patients a) de pays en développement vers des pays développés, lorsque par exemple les personnes les plus aisées tiennent à accéder rapidement à des services de haute qualité à l'étranger; b) des pays développés vers les pays en développement, lorsque des patients veulent des traitements "exotiques" ou, simplement, un traitement moins coûteux pour des cas non couverts par l'assurance maladie (chirurgie esthétique par exemple) et c) à l'intérieur des deux catégories de pays, par exemple quand les fournisseurs nationaux ne peuvent pas procurer le service demandé en temps voulu ou soutenir efficacement la concurrence en termes de prix ou de qualité. En outre, certains pays développés ou en développement peuvent tirer parti de leurs ressources naturelles et de leur climat.

¹¹ Groupe d'étude de l'OMS sur l'économie de la santé (1997), *Health Economics - Technical Briefing Note - Measuring trade liberalization against public health objectives: the case of health services*, Genève; et Mandil, Salah H. (1998); *Telehealth: What is it? Will it propel cross-border trade in health services?* dans Zarrilli S., et C. Kinnon (éd.), "International trade in health services: a development perspective", Genève (CNUCED/OMS).

Les délégations pourront aussi se reporter utilement à la note d'information de l'OMS en ce qui concerne les problèmes d'équité, de qualité et d'efficacité liés à l'introduction et au développement de la télémedecine.

22. Selon une étude citée par les experts de l'OMS, l'Inde a un potentiel considérable pour attirer des patients étrangers originaires des pays voisins ou, plus largement, de la région de l'Asie et du Pacifique. Il semblerait que les cliniques indiennes puissent proposer des traitements de pointe, y compris pour la chirurgie cardiovasculaire, ainsi que des traitements généraux et spécialisés à des prix ne représentant que le cinquième ou le dixième des prix demandés dans les pays industriels pour des prestations similaires. De même, une agence cubaine - Servimed - s'est entendue avec des agences et des organisateurs de voyages à l'étranger pour promouvoir la commercialisation au forfait de traitements médicaux et de séjours dans des stations et des centres de cure.¹² Toutefois, les pays industrialisés, notamment les États-Unis, sont restés les principaux fournisseurs de services de santé à des patients étrangers.

23. Pour 1996, les exportations des États-Unis pour les services de santé - essentiellement sous la forme de touristes étrangers se faisant traiter durant leur séjour aux États-Unis - seraient estimées à 872 millions de dollars. À l'importation, ces services auraient représenté pour les États-Unis 550 millions de dollars, soit un excédent notable.¹³ Les Canadiens ont représenté 50 pour cent environ des étrangers traités aux États-Unis, suivis par les Européens, surtout originaires du Royaume-Uni et d'Allemagne, les Mexicains, les Australiens et les Japonais. Bien que la plupart de ces étrangers soient tombés malades durant un séjour aux États-Unis, il semble que des établissements médicaux réputés comme les cliniques Mayo, le Centre médical Johns Hopkins et l'Hôpital général du Massachusetts attirent beaucoup de patients qui effectuent en réalité le voyage pour se faire traiter. (Les quatre cliniques Mayo prévoyaient d'accueillir 10 000 patients venant de l'étranger en 1997.) Le Département du commerce des États-Unis considère que l'Amérique latine est un marché potentiel des plus prometteurs puisque, selon les estimations, les Argentins dépenseraient chaque année 60 millions de dollars EU pour se faire traiter à l'étranger et que plus de 400 000 Mexicains pourraient se payer un traitement médical aux États-Unis.

24. La fourniture de services de santé à des conditions commerciales par des établissements étrangers, à savoir des cliniques ou cabinets médicaux à capitaux étrangers, peut concerner en particulier les pays développés. Le Secrétariat n'a, toutefois, obtenu des renseignements chiffrés que pour les États-Unis. Les exportations des États-Unis - c'est-à-dire les ventes par des filiales à l'étranger de fournisseurs de soins de santé à participation majoritaire américaine - ont représenté en 1995 469 millions de dollars EU, en recul de 1 pour cent par rapport à l'année précédente. (Compte tenu du niveau relativement modeste des chiffres en cause, les fluctuations d'une année sur l'autre peuvent être attribuées à la réalisation de quelques gros investissements.) La même année, par contraste, les services vendus aux États-Unis par des fournisseurs de soins de santé à capitaux étrangers se sont chiffrés à 1,8 milliard de dollars. Le déficit correspondant pour les États-Unis est imputé essentiellement aux activités de deux chaînes d'établissements hospitaliers appartenant, respectivement, à Paracelsus en Allemagne et au groupe australien Ramsey.

25. Il semble en outre que des réseaux régionaux soient mis en place par des fournisseurs de services médicaux et de services de santé en Asie. Au milieu des années 90, par exemple, le Parkway Group Healthcare Pte. installé à Singapour a acquis onze hôpitaux - dix en Asie et un au

¹² Les spécialités offertes comprendraient notamment la chirurgie cardiovasculaire et ophtalmologique, le traitement de la rétinopathie pigmentaire et du vitiligo, l'orthopédie, la désintoxication, les cures de lutte contre le stress et la chirurgie esthétique. Voir Groupe d'étude de l'OMS sur l'économie de la santé (1997).

¹³ Les observations qui suivent sont fondées sur les informations contenues dans: Commission du commerce international des États-Unis (1998), *Recent Trends in U.S. Services Trade*, Washington D.C.; Département du commerce/Administration du commerce international des États-Unis (1998), *U.S. Industry & Trade Outlook '98*, Washington D.C.; et Warner, David C. (1998), *The globalization of medical care*, dans Zarrilli, S. et C. Kinnon, *op. cit.*

Royaume-Uni - et pris une participation majoritaire dans une chaîne de cabinets dentaires opérant dans toute l'Asie du Sud-Est.

26. Les effets sur le commerce et le développement du mouvement des professionnels de santé peuvent être examinés sous plusieurs angles, selon que l'on se focalise sur le pays d'accueil ou sur le pays d'origine. Parmi les questions soulevées figurent, d'une part, la contribution de l'immigration pour combler les lacunes au niveau de l'offre et/ou réduire les pressions au niveau des coûts, d'autre part, les pertes économiques, qu'elles soient temporaires ou permanentes, dues au fait que des spécialistes formés cherchent un emploi à l'étranger ("exode des compétences").¹⁴ À la Jamaïque, par exemple, en partie à cause des migrations vers les États-Unis et le Canada, en 1995 50 pour cent des postes d'infirmières diplômées et 30 pour cent des postes d'accoucheuses seraient restés vacants.¹⁵ Bien que l'on ait estimé 56 pour cent des médecins qui émigrent viennent de pays en développement, les pays industrialisés ne sont pas leur destination exclusive. Parmi les médecins et le personnel infirmier indiens, beaucoup ont trouvé, par exemple, un emploi (temporaire) dans des États du Golfe et des pays du Moyen-Orient. Certains pays en développement enregistrent par ailleurs des sorties et des entrées importantes de personnel médical; ainsi, la Jamaïque ferait venir du personnel infirmier du Myanmar, du Nigéria et du Ghana.

27. Selon les sources disponibles, il s'ouvrirait aussi de plus en plus de petits établissements hospitaliers à participation chinoise en Asie, au Moyen-Orient et dans les Républiques de la CEI. Dans le cadre de plus d'une centaine de coentreprises (1995), la partie chinoise fournit normalement la technologie et la main-d'œuvre, tandis que le partenaire local apporte les infrastructures et le matériel.

Thèmes de discussion possibles:

- *L'impact de la libéralisation des échanges commerciaux sur la qualité et la disponibilité des services de santé dans les pays en développement.*
- *L'impact de la libéralisation sur l'offre de services de santé et sur les coûts des soins de santé dans les pays développés.*
- *La migration du personnel qualifié à l'étranger pose-t-elle réellement des risques pour les pays en développement?
Quels en sont les effets probables sur les services de santé fournis localement?
Quelles en sont les conséquences pour le développement au sens plus large?
Est-il nécessaire que les autorités interviennent dans a) le pays d'origine et/ou b) le pays d'accueil? Quelles sont les mesures à prendre? Pourraient-elles poser des problèmes au regard de l'AGCS et, dans l'affirmative, l'article XIV pourrait-il fournir une justification juridique?*
- *Existe-t-il des éléments démontrant l'existence de stratégies de promotion des exportations ayant des effets de distorsion sur le commerce qui viseraient à détourner*

¹⁴ Les considérations qui suivent émanent essentiellement du Groupe d'étude de l'OMS sur l'économie de la santé (1997).

¹⁵ Il faudrait mettre en regard les pertes que cela implique en termes de ressources humaines et les avantages potentiels obtenus du fait que les travailleurs migrants acquièrent des compétences et une expérience dont à son tour le pays d'origine pourrait bénéficier, ou à travers l'épargne et les transferts qui pourraient être investis dans le pays d'origine. Il est difficile, en outre, d'établir si les personnes qui n'auraient pas émigré auraient trouvé un emploi dans le secteur de la santé ou bien, en cas d'offres de travail plus lucratives, dans un autre secteur d'activité nationale.

la demande internationale de services médicaux et hospitaliers? Si tel est le cas, quels seraient les recours disponibles dans le cadre de l'AGCS?

III. CADRE RÉGLEMENTAIRE ET EFFETS SUR LE COMMERCE

A. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

28. Les services de santé sont normalement fournis dans un environnement bien différent de celui de l'économie de marché idéale existant en théorie. Quantité d'imperfections, de distorsions et de problèmes d'information peuvent empêcher les consommateurs et les producteurs de traiter sur un pied d'égalité, en parfaite connaissance des résultats qui en découleront et en assumant pleinement la responsabilité financière correspondante. Ainsi, comme il n'y a pas normalement de relation directe entre le coût d'un traitement médical et la contribution d'un individu - au nom du principe fondamental de l'équité -, l'offre tend à être inférieure à la demande. Quelle que soit la capacité d'accueil d'un hôpital dans un pays, il est probable que cette capacité sera utilisée. Selon les observateurs, appliquée aux lits d'hôpital, la Loi de Say, qui veut que l'offre supplémentaire tende à induire une demande supplémentaire, peut devenir un cauchemar pour un ministre de la santé.

29. De même, la concurrence accrue n'induit pas nécessairement des gains de qualité et/ou d'efficacité pour tous les segments de population et les groupes intéressés. Les assureurs maladie privés qui sont en concurrence pour obtenir des adhérents peuvent procéder, par exemple, à une sorte d'"écrémage" en laissant au régime public de base, souvent financé à l'aide du budget général, les personnes à faible revenu et à haut risque. Il se peut aussi que de nouvelles cliniques privées attirent du personnel qualifié qui travaillait dans les hôpitaux publics, sans toutefois offrir la même gamme de services aux mêmes groupes de population. La gratuité de l'enseignement et la rémunération lucrative des professionnels peuvent, ensemble, encourager la "surproduction" de personnel médical qualifié, induire des distorsions dans la structure de la formation du capital humain et, compte tenu de la rigidité générale des structures des prix et des salaires, pousser à la hausse les coûts de la santé.

Encadré I: Aperçu des mesures de politique visant à modérer les dépenses de santé

MESURES CONCERNANT LES PRIX ET/OU FONDÉES SUR LE MARCHÉ

Promotion de la concurrence entre les caisses d'assurance (par exemple, abolition de droits d'exclusivité, renforcement de la mobilité des assurés, flexibilité pour la modification des conditions des polices).

Participation des patients au paiement (médicaments, frais hospitaliers, etc.).

Réduction des primes d'assurance pour absence de sinistre.

Mesures encourageant la prescription ou la vente de médicaments moins chers (généralement, des produits génériques) à la place des produits de marque.

Vente des médicaments par l'intermédiaire d'autres circuits de distribution (médecins, hôpitaux, par correspondance).

Retrait de produits ou de services jusqu'alors remboursés.

Création d'entités d'achat plus importantes ayant une puissance sur le marché (commissions sanitaires, etc.).

Mesure d'incitation pour remplacer l'hospitalisation par des soins à domicile, en particulier pour les patients âgés.

MESURES DE CONTRÔLE DES PRIX ET/OU DES BUDGETS

Diverses formes d'autorisation des prix, de fixation des prix, etc. pour les médicaments délivrés sur ordonnance, les frais hospitaliers et les honoraires médicaux.

Efficacité au niveau des prix en tant que critère d'agrément de nouveaux médicaments.

MODIFICATIONS EN MATIÈRE D'ORGANISATION

Réorganisation du secteur hospitalier (par exemple, création d'unités plus importantes et amélioration de la coordination/spécialisation).

Arrangements d'exclusivité entre assureurs et hôpitaux/cabinets médicaux.

RESTRICTIONS CONCERNANT L'OFFRE OU LA DEMANDE

Listes négatives/positives de médicaments.

Recommandations de "bonne pratique" pour les traitements médicaux.

Mesures décourageant l'accès direct aux spécialistes (fonction de "filtrage" des généralistes).

Introduction de contingents au niveau de l'offre (par exemple, limitation de la durée d'hospitalisation des patients).

Plafonnement des remboursements (par patient, cabinet médical ou établissement de soins).

Plafonnement des effectifs (par exemple, proportion de médecins ou de personnel infirmier par lit d'hôpital).

Restrictions en matière d'accès pour les pharmacies, les hôpitaux et les cabinets médicaux nouveaux.

AUTRES

Modifications de la législation fixant le niveau de la rémunération versée aux employés en cas de maladie et le délai de carence correspondant.

Source: Secrétariat de l'OMC.

30. Ces exemples ne démontrent pas que des réformes fondées sur le marché soient malavisées. Ils peuvent néanmoins faire apparaître les risques d'une répartition des ressources peu judicieuse dans un secteur qui opère souvent à la limite entre le domaine public et le domaine privé et qui doit répondre à une multitude d'objectifs qui ne sont pas nécessairement compatibles. Pour les autorités de la santé, le problème est donc de définir un ensemble cohérent d'objectifs de politique générale, puis de mettre en place un cadre réglementaire qui encourage une utilisation efficace des ressources afin de parvenir à ces objectifs. Il se peut que le cadre réglementaire en question doive être adapté au fur et à mesure compte tenu, par exemple, des modifications des priorités de la politique générale ou de l'apparition de nouvelles technologies de communication susceptibles d'éliminer peu à peu les obstacles géographiques limitant l'information, la coordination et la concurrence.

B. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS EN VIGUEUR

31. Il existe plusieurs approches institutionnelles pour organiser le secteur de la santé et définir le champ de la coopération et de la concurrence entre les différentes parties prenantes. Vu la diversité des régimes actuels, où l'on constate que des pays par ailleurs similaires optent pour des systèmes différents et évoluent parfois dans des directions divergentes, on peut penser qu'il n'existe pas de formule magique: "L'élaboration des règles dans le cadre desquelles les individus peuvent se procurer des soins de santé ... est une question complexe et subtile faisant intervenir l'économie, l'éthique et la politique. Il est presque inévitable que la réponse appropriée varie d'un pays à l'autre et d'un moment à l'autre.¹⁶ Quelle qu'elle soit, la réponse en question affectera probablement les conditions d'accès pour les fournisseurs de soins de santé ainsi que pour les industries qui fournissent des produits et des services connexes, en particulier les médicaments et l'assurance.

32. Les variantes et les combinaisons peuvent être nombreuses, mais il est possible de dégager trois systèmes qui sont généralement pratiqués dans les pays de l'OCDE et, le cas échéant, dans des pays en développement économiquement avancés.¹⁷

- i) Dans les systèmes de remboursement, les patients ont une large latitude pour choisir les fournisseurs de soins de santé qui leur conviennent (médecins, hôpitaux, etc.) et avec qui ils s'entendent. Les services sont payés rétroactivement soit par le patient, remboursé à son tour par son assureur, soit directement par l'assureur. Le système de remboursement est normalement pratiqué dans les pays où il existe une multitude d'assureurs et une multitude de fournisseurs (souvent privés), ce qui est le cas notamment aux États-Unis, au Japon et en Suisse. Dans ces systèmes, des relations contractuelles plus étroites et des contrôles des coûts efficaces peuvent être difficiles à introduire, mais en général la souveraineté (liberté de choix) du consommateur est bien respectée.
- ii) Les systèmes contractuels impliquent une forme d'accord prospectif établissant les modalités et conditions de coopération entre les tiers payants et certains fournisseurs de soins de santé. Les assureurs ont en général un plus grand contrôle sur le montant et la répartition des fonds que dans les systèmes de remboursement. Les systèmes contractuels sont très répandus dans les pays où l'assurance obligatoire est fournie par un nombre restreint d'organismes publics ou sans but lucratif. Le financement des établissements hospitaliers est généralement établi sur la base de coûts journaliers ou de coûts fixés par cas ou par service; le budget de ces établissements est parfois plafonné (Allemagne et Belgique). Le choix du consommateur est en général limité à certains établissements prédéterminés, mais dans certains systèmes il est permis de se faire traiter par d'autres fournisseurs selon le principe du remboursement.
- iii) Dans les systèmes de santé intégrés, une institution unique contrôle entièrement la fourniture des services de santé. Les personnels médicaux perçoivent un salaire et les autres postes de dépenses sont généralement financés globalement. Ce système évite les incertitudes en matière de coûts

¹⁶ Aaron, Henry (1996), *Thinking about health care finance: Some propositions*, dans OCDE, La réforme des systèmes de santé, *op.cit.*

¹⁷ Pour un examen plus détaillé, voir OCDE (1995).

et les difficultés contractuelles inhérentes aux autres systèmes, mais peut-être au détriment de l'innovation, de la flexibilité et de la liberté de choix du consommateur. Les systèmes intégrés sont pratiqués dans les pays nordiques et en Turquie (pour les médecins généralistes et pour les établissements hospitaliers) et en France, en Italie, en Australie, en Grèce, en Islande et au Portugal pour les hôpitaux publics.¹⁸ Au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, une évolution s'est dessinée récemment en faveur de systèmes contractuels, tandis qu'en Espagne et en Italie il semble que les systèmes publics évoluent en sens opposé.¹⁹

33. Il a été observé dans une étude sur les pays de l'OCDE que pour organiser le secteur de la santé on a eu tendance dans l'ensemble à privilégier, ces dernières années, les systèmes de type contractuel. L'étude souligne qu'il importe de séparer acheteurs et fournisseurs, de préférence avec un degré d'intégration verticale important, et de développer les possibilités de remboursement en fonction des résultats.²⁰

34. Le passage progressif à des systèmes de participation privée pourrait offrir des perspectives économiques intéressantes. À ce propos, selon une publication récente du Département du commerce des États-Unis on observerait dans les pays d'Amérique latine, en particulier Chili et Brésil, ainsi qu'en Europe centrale et orientale (République tchèque, Hongrie et Pologne) une tendance croissante à la décentralisation et/ou à la commercialisation du secteur de la santé pour essayer de contenir la hausse des coûts.²¹ Certains pays ont préféré conserver le monopole public en matière d'assurance tout en autorisant la concurrence entre fournisseurs de soins de santé publics et privés. D'autres pays ont commencé à introduire une concurrence entre des systèmes intégrés. Les modèles envisagés récemment en Argentine et en Colombie prévoient une concurrence entre les fournisseurs de soins de santé et les compagnies d'assurance, ces dernières étant financées en partie par des prélèvements sur les salaires et par des transferts budgétaires directs.²²

Thèmes de discussion possibles:

- *Comment les Membres de l'OMC peuvent-ils faire en sorte que les réformes en cours dans les systèmes de santé nationaux soient en synergie et, chaque fois que nécessaire, fondées sur le marché?*
- *Compte tenu de l'ampleur et de la profondeur de ces réformes, conviendrait-il de prévoir dans le cadre de l'OMC une possibilité d'échange d'informations, indépendamment de l'existence des engagements spécifiques en vigueur?*

¹⁸ Selon les informations, en Italie les établissements de soins privés sont intégrés au système national de santé; dans ces établissements 90 pour cent des lits peuvent être utilisés pour les patients couverts par le système. (*Panorama de l'industrie communautaire*, 1997)

¹⁹ Jönsson, Bengt (1997), *Government Financing and Social Insurance*, document présenté lors d'une conférence sur les innovations en matière de financement des soins de santé parrainée par la Banque mondiale, Washington, D.C.

²⁰ Jönsson, Bengt (1996), *Making Sense of Health Care Reform*, dans OCDE, La réforme des systèmes de santé, *op. cit.*

²¹ Département du commerce/Administration du commerce international des États-Unis (1998).

²² Jönsson (1997).

C. DISCIPLINES PERTINENTES DANS LE CADRE DE L'AGCS (À L'EXCLUSION DE LA PARTIE III)

35. Comme indiqué plus haut, la fourniture des services de santé, même dans les systèmes les plus "libéraux", est largement réglementée. La réglementation en question peut viser les fournisseurs de soins de santé à titre individuel (médecins, physiothérapeutes, personnel infirmier, accoucheuses, etc.), les entreprises et les institutions opérant dans le cadre du système (cliniques, hôpitaux, établissements de soins), ainsi que les secteurs qui y sont liés du point de vue commercial (fournisseurs de matériel médical et de médicaments, caisses d'assurance, etc.). Ces mesures, de même que les objectifs de politique générale qui les inspirent, peuvent être d'une très grande diversité. Il peut être imposé, par exemple, des prescriptions en matière de licence professionnelle pour s'assurer qu'un médecin présente les qualifications et l'intégrité personnelle voulues, réglementer l'accès à la profession pour des raisons de coût, protéger des nouveaux venus (nationaux et/ou étrangers), ceux qui exercent actuellement la profession, ou assurer une répartition adéquate de l'offre à l'intérieur du pays et/ou entre les groupes sociaux. Il n'y a pratiquement aucune mesure réglementant l'organisation du secteur ou la fourniture de services individuels qui ne puisse affecter, directement ou indirectement, les conditions d'accès suivant l'un des quatre modes couverts par l'AGCS.

36. Pour faciliter l'interprétation des engagements actuellement inscrits dans les listes des Membres de l'OMC (section IV), seules sont considérées ci-après les mesures ne faisant pas directement l'objet de limitations au sens des articles XVI et XVII.²³

Disciplines relatives à l'organisation du secteur de la santé

37. Les arrangements institutionnels régissant la fourniture de services de santé, de services médicaux et de services sociaux peuvent énormément varier, depuis une participation à part entière de l'État au capital et à la gestion, jusqu'à une orientation totale vers le marché. Il se peut donc d'abord que des services soient fournis "dans l'exercice du pouvoir gouvernemental", soit au sens de l'article I:3 c) de l'AGCS, ni sur une base commerciale, ni en concurrence. Un exemple de ces activités - non couvertes par l'AGCS - est la fourniture de traitements médicaux et hospitaliers directement par l'intermédiaire de l'État, gratuitement. D'autres systèmes en revanche peuvent autoriser une participation privée à part entière sans mesures de contrôle en matière d'accès, si ce n'est des prescriptions relatives à la qualité et à la qualification, à des prix librement négociés. (Les négociations en matière de prix peuvent impliquer l'ensemble du secteur, les représentants des professions médicales et des propriétaires/exploitants d'établissements hospitaliers étant confrontés aux assureurs maladie.)

38. Ce type d'arrangement tend à être l'exception plutôt que la règle. En effet, même si dans un pays le traitement gratuit dans les hôpitaux publics est assuré, il peut exister des opportunités pour les

²³ Les mesures visées à l'article XVI de l'AGCS incluent de manière générale les limitations sous forme de contingents ou de l'exigence d'un examen des besoins économiques pour réglementer le nombre des lits d'hôpital, des médecins, des infirmières, etc. Parmi les mesures à inscrire dans les listes en vertu de l'article XVII peuvent figurer les prescriptions en matière de nationalité ainsi que toute autre mesure qui, bien que ne relevant pas de l'article XVI, modifie les conditions de concurrence au détriment des services ou fournisseurs de services étrangers. On peut penser par exemple à la non-prise en charge par certains systèmes publics d'assurance des services de santé consommés à l'étranger.

Dans les secteurs non inscrits dans les listes, les Membres sont libres d'appliquer toute mesure, indépendamment de son caractère restrictif, à la condition qu'un ensemble de prescriptions fondamentales soit respecté, y compris en particulier le principe du traitement de la nation la plus favorisée et certaines obligations en matière d'informations et de consultations.

activités privées sauf si celles-ci sont expressément interdites.²⁴ Les établissements hospitaliers privés en particulier, peuvent proposer des traitements autres que les traitements "classiques", tirer parti des goulots d'étranglement dans le système public ou fournir des services spécifiques à une clientèle fortunée. Mais en cas de coexistence d'hôpitaux publics et d'établissements privés, on peut s'interroger sur leur rapport compétitif et sur l'applicabilité de l'AGCS: peut-on quand même, en particulier, considérer que les hôpitaux publics relèvent de l'article I:3? Ceux qui le pensent feront valoir que les hôpitaux publics (et leurs services) constituent un secteur distinct de celui des hôpitaux privés (et de leurs services) et qui n'est pas en concurrence avec eux. Compte tenu des avantages attribués aux établissements privés par rapport aux hôpitaux publics - pas d'attente, utilisation de matériel moderne, etc. - il pourrait ne pas être considéré que les deux catégories d'établissement fournissent des services "similaires".

39. Dans beaucoup de pays, toutefois, le secteur hospitalier comprend des entités publiques et des entités privées qui opèrent toutes à des conditions commerciales, en facturant au patient ou à son assurance le traitement fourni. Des aides financières supplémentaires peuvent être accordés au profit d'objectifs de politique sociale, régionale et similaire. Il semble irréaliste, en ce cas, de soutenir que l'article I:3 reste applicable et/ou qu'il n'existe pas de rapport compétitif entre les deux groupes de fournisseurs ou de services. Pour les secteurs inscrits dans les listes, cela laisserait entendre que les aides financières et autres avantages économiques similaires consentis à un groupe seraient assujettis à l'obligation en matière de traitement national prévue à l'article XVII.

40. En outre, il peut exister divers types de coopération directe entre secteur privé et secteur public; par exemple, des entreprises privées peuvent exploiter des installations de santé publique. Dans le cadre d'arrangements dits de construction-exploitation-transfert (CET), les gouvernements peuvent inviter des investisseurs privés à construire des hôpitaux, en leur offrant certains droits d'exclusivité à titre temporaire. Le statut juridique de ces arrangements au regard de l'AGCS peut varier, selon les droits et obligations prévus dans chaque cas. Les arrangements de CET, par exemple, peuvent être considérés comme une forme d'activité commerciale réglementée par le gouvernement ou comme un marché public des services concernés. Dans le premier cas, ainsi, les autorités seraient tenues d'accorder le traitement NPF conformément à l'article II et - pour les secteurs inscrits dans les listes - de faire en sorte que les critères pertinents en matière d'accès soient "objectifs et transparents" (article VI:4).²⁵ Dans le second, l'article XIII de l'AGCS fournirait une protection juridique contre les dérogations aux obligations en matière de traitement NPF, d'accès aux marchés et de traitement national.

41. La situation pourrait être un peu différente pour les 25 pays Membres auxquels s'applique actuellement l'Accord sur les marchés publics. L'application effective des règles pertinentes, prescrivant aux signataires la non-discrimination entre les parties pour les marchés d'une valeur supérieure à une valeur de seuil spécifiée, est étroitement circonscrite. Ne sont visées que les entités qui passent des marchés et les catégories de biens et de services qui sont incluses dans les annexes de l'Accord concernant chaque partie signataire. Les arrangements de type CET peuvent porter sur un ensemble de services différents, incluant éventuellement les services d'architecture, les services de

²⁴ On voit mal ce qui justifierait de telles interdictions, sauf éventuellement lorsque l'objectif de politique prépondérant consiste à assurer l'équité au niveau de la répartition et/ou l'accès exclusif des hôpitaux publics à des ressources limitées (médecins, par exemple).

²⁵ Parmi les autres dispositions pertinentes pourrait figurer celles de l'article VIII:2 de l'AGCS, qui oblige les Membres à faire en sorte qu'il n'y ait pas d'abus de positions monopolistiques hors du champ couvert par le monopole; il doit être fait en sorte que le fournisseur concerné ne puisse pas agir d'une manière incompatible avec les engagements spécifiques du Membre. (On peut considérer que les arrangements de CET confèrent des droits monopolistiques temporaires, du moins sur une base régionale, à des fournisseurs individuels.)

construction et les services immobiliers. Les services de santé et les services médicaux en tant que tels n'ont été inclus que par un seul membre, les États-Unis, dans l'annexe pertinente.²⁶

Réglementations et problèmes de reconnaissance

42. Trois types de réglementation qui peuvent directement affecter l'offre ou la demande de services médicaux et de services de santé pourraient être notamment considérés. Il s'agit premièrement, des prescriptions en matière de qualifications et de licences pour les professionnels de santé à titre individuel; deuxièmement, des prescriptions en matière d'agrément pour les fournisseurs institutionnels tels que cliniques ou hôpitaux; et troisièmement, des règles et pratiques gouvernant le remboursement dans les régimes d'assurance obligatoire (régimes publics ou privés). Bien que ces règles et prescriptions soient susceptibles d'avoir des effets restrictifs sur le commerce des services, il se peut qu'elles soient couvertes par les dispositions pertinentes de l'article VI et qu'en tant que mesures de réglementation intérieure, elles ne soient pas reflétées dans les listes. (L'article VI dispose, entre autres, que les mesures seront administrées d'une "manière raisonnable, objective et impartiale" et ne seront pas "plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire pour assurer la qualité du service".) Comme en matière de santé les critères de qualité peuvent sensiblement varier selon les activités, il conviendrait d'examiner au cas par cas dans quelle mesure les Membres peuvent imposer des prescriptions en matière de qualifications et de licences au regard de ces dispositions. On pourrait soutenir, par exemple, qu'un diplôme universitaire ou un niveau d'éducation comparable doit être une condition préalable pour certains professionnels de santé, par exemple ceux qui sont habilités à établir des ordonnances, mais pas pour d'autres.²⁷ On peut penser aussi qu'interviennent des jugements de valeur et que les attentes d'une société concernant la "qualité d'un service" seront influencées par son niveau de revenu, son histoire et sa culture.

43. Les mesures de reconnaissance appliquées pour les licences, les qualifications ou les normes étrangères (y compris pour les traitements médicaux et hospitaliers) peuvent déterminer la valeur économique des engagements dans le cadre de l'AGCS. Les mesures en question pourraient affecter la portabilité de l'assurance (et déterminer ainsi la possibilité qu'ont les patients de consommer des services hospitaliers étrangers) ou la possibilité pour les professionnels de travailler à l'étranger sans passer des tests ou des examens supplémentaires. On peut penser qu'il sera plus largement recouru aux mesures de reconnaissance dans l'avenir, au fur et à mesure que l'ouverture progressive des marchés de l'assurance maladie et des soins de santé dans certaines régions, comme l'Amérique latine, aura tendance à favoriser une réglementation des échanges commerciaux, y compris à travers la mobilité transfrontières accrue des patients.

²⁶ Compte tenu de la structure essentiellement privée de ce secteur aux États-Unis, son incorporation dans le cadre de l'Accord sur les marchés publics peut être considérée comme moins importante, du point de vue économique, qu'elle ne l'aurait été de la part d'autres membres qui autorisent une participation directe plus large du gouvernement. Pour un examen plus poussé des questions à examiner, en ce qui concerne les marchés publics de services, voir la note du Secrétariat S/WPGR/W/3 du 8 novembre 1995 sur le sujet.

²⁷ La description du secteur contenue dans la CPC implique déjà certaines prescriptions de base concernant les qualifications. Par exemple, les services de médecine générale (CPC 93121) de même que les services de médecine spécialisée (CPC 93122) tels que définis, respectivement, comprennent les "services de prévention, de diagnostic et de traitement de maladies ... par des docteurs en médecine" et les "services de diagnostic et de traitement de maladies ayant un caractère spécifique fournis par des docteurs en médecine ...". En revanche, les services dentaires comprennent les "services de diagnostic et de traitement des maladies des dents ...", sans aucune référence aux qualifications des professionnels concernés. Il en est de même pour les services vétérinaires.

44. Au niveau des professionnels, diverses initiatives sont prises pour harmoniser les normes en matière d'éducation et de certificats. On peut mentionner, par exemple, l'initiative trilatérale pour les soins infirmiers en Amérique du Nord impliquant des groupes du Canada, du Mexique et des États-Unis, et les efforts faits en Afrique centrale, australe et orientale en vue d'établir des normes et des compétences communes pour les soins infirmiers.²⁸

45. Les mesures de reconnaissance peuvent comporter un risque de discrimination et de distorsion au détriment des tiers. Toutefois, ces mesures sont assujetties, entre autres, aux disciplines de l'article VII:3, qui stipule que les Membres n'accorderont pas la reconnaissance d'une manière qui constituerait un moyen de discrimination ou une restriction déguisée au commerce. Toutefois, il peut se révéler plus difficile pour les pays affectés de fournir la preuve de tels effets abusifs qu'en cas de discrimination pure et simple.²⁹ Même s'il existe peut-être certaines mesures de reconnaissance, de manière autonome ou par accord mutuel, dans des secteurs liés à la santé, le Conseil du commerce des services n'a reçu qu'une seule notification présentée conformément aux dispositions pertinentes de l'article VII:4. (La notification, présentée sous la cote S/C/N/15, concerne essentiellement la reconnaissance par Macao des qualifications professionnelles acquises auprès d'organismes portugais.)

46. La coexistence dans les pays Membres de régimes réglementaires divergents peut être une autre source de friction. Dans certains cas, les arrangements institutionnels peuvent déterminer l'applicabilité des dispositions de l'AGCS, y compris l'article II. Les dispositions en question ne s'appliquent qu'aux mesures affectant le commerce des services prises par des gouvernements ou par des organismes non gouvernementaux lorsqu'ils exercent des pouvoirs délégués. Cela laisse penser que, par exemple, les arrangements entre participants privés au marché - tels que des conditions de remboursement négociées entre compagnies d'assurance et hôpitaux - ne sont pas visés en principe, alors que pour des conditions similaires impliquant des assureurs mandatés par le gouvernement et des hôpitaux privés - ou des assureurs privés et des exploitants exclusifs d'hôpitaux -, l'Accord s'appliquerait.³⁰ Toutefois, l'article IX pose en matière de consultations et de renseignements des prescriptions qui peuvent être invoquées au cas où des participants privés au marché se livreraient à des pratiques restreignant la concurrence et, par là, le commerce.

²⁸ Voir Oulton, Judith A. (1998), *International trade and the nursing profession*, dans Zarrilli, S., et C. Kinnon, *op. cit.*

²⁹ Considérons les deux scénarios suivants: i) Les assureurs maladie du pays A sont tenus par la loi de reconnaître le traitement dans un groupe spécifié d'autres pays aux fins de remboursement; et ii) la législation sur l'assurance dans le pays A prévoit des normes générales en matière de soins hospitaliers équivalentes à celles du pays B, sur la base de quoi les assureurs du pays A reconnaissent, ou sont tenus de reconnaître, les traitements dans le pays B. Il semble que, dans le premier cas, la loi du pays A déroge directement à l'article II de l'AGCS et qu'elle pourrait être contestée au regard dudit article. Dans le second, il peut se révéler plus difficile pour un Membre affecté d'obtenir une décision imposant des modifications. Le Membre en question peut d'abord demander des consultations au titre de l'article VII:2 afin de démontrer que ses normes devraient être reconnues également. Si ces consultations n'aboutissent pas, il lui sera possible de se prévaloir de l'article VII:3. Dans ce contexte, le Membre devrait montrer que la reconnaissance a été accordée "d'une manière qui constituerait un moyen de discrimination ..., ou une restriction déguisée au commerce".

³⁰ Ainsi, un consortium d'hôpitaux de San Antonio a récemment passé avec les quatre principaux assureurs maladie mexicains des contrats reconnaissant à ces hôpitaux la qualité de fournisseurs préférés pouvant recevoir des patients (Warner, 1998). En l'absence de plus amples informations, il s'agissait semble-t-il d'arrangements purement privés.

47. Les règles et les pratiques dans les "domaines réglementés" peuvent être utilisées pour perturber les "marchés ouverts", ou peuvent avoir cet effet: il peut être imposé aux hôpitaux publics de ne pas accepter la couverture d'assurance de compagnies installées à l'étranger ou il peut être interdit à un assureur national réglementé de rembourser le coût des traitements à l'étranger. Les préoccupations à cet égard semblent justifiées vu les disparités importantes dans le niveau des engagements contractés par les Membres de l'OMC dans les secteurs pertinents. Par exemple, sur les 59 Membres qui ont pris des engagements en matière de services médicaux ou hospitaliers, 19 n'ont pas contracté d'engagement pour les services d'assurance maladie. À l'inverse, sur les 76 Membres qui ont pris des engagements pour les services d'assurance maladie, 35 n'ont pas contracté d'engagement concernant les services médicaux ou hospitaliers (tableau 3). Toutefois, l'article VIII protège les droits des fournisseurs (potentiellement) affectés, puisqu'il impose aux Membres de faire en sorte que leurs fournisseurs monopolistiques ou exclusifs n'agissent pas d'une manière incompatible avec les obligations du Membre au titre de l'article II et ses engagements spécifiques.

Encadré 2: Union européenne - Vers un marché interne des services de santé?

À bien des égards, le passage au Marché unique communautaire peut être considéré comme un test en vue d'une plus large intégration internationale. Le processus peut donner une idée des retombées bénéfiques et des avantages induits sur le plan économique et aussi des problèmes et des défis liés à la libéralisation multilatérale. En ce qui concerne les services de santé, l'expérience de l'Union européenne n'est pas, à ce jour, totalement encourageante. L'investissement transfrontières est entravé par l'existence de structures institutionnelles non homogènes, qui limitent les possibilités de participation privée au marché; quant à la mobilité de la main-d'œuvre, celle-ci est peut-être restreinte par les barrières culturelles et linguistiques. Du côté positif, cependant, la Cour européenne de justice a rendu récemment des décisions susceptibles de renforcer la mobilité des consommateurs à travers les frontières nationales (entre États membres) et, dans le même temps, de limiter la capacité qu'ont les organismes réglementaires nationaux en matière d'assurance de segmenter la demande de services de santé.

L'organisation du secteur hospitalier refléterait dans une large mesure les cadres réglementaires nationaux et les traditions nationales. Si certains États membres comptent essentiellement sur une infrastructure publique appartenant au gouvernement et gérée par celui-ci, d'autres ménagent une place de plus en plus grande aux systèmes privés d'hôpitaux, de cliniques, de centres de jour et d'établissements de soins. À l'heure actuelle, ce sont les établissements privés qui offrent la majorité des lits d'hôpital aux Pays-Bas (où ils appartiennent pour la plupart à des organismes sans but lucratif) et leur part est d'environ 30 pour cent en Grèce; au Danemark, toutefois elle n'est estimée qu'à 0,5 pour cent.

Il existe dans la législation communautaire de nombreuses dispositions visant à assurer la libre circulation des professionnels de santé, y compris le personnel infirmier fournissant des soins de nature générale, dispositions fondées essentiellement sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. En cas de disparités importantes, les pays d'accueil membres de l'UE peuvent imposer au professionnel concerné des examens supplémentaires ou une période d'adaptation. Les différences culturelles (linguistiques) peuvent aussi freiner les migrations. En effet, malgré les pénuries importantes de personnel infirmier dans certains États membres, il n'en est pas encore résulté une forte migration.

Dans deux décisions rendues le 28 avril 1998 (Kohll et Decker), la Cour européenne de justice a déclaré illicites les prescriptions nationales en matière d'autorisation visant les achats d'articles médicaux (lunettes) et la consommation de services médicaux (traitements dentaires) dans les autres États membres. La seconde de ces affaires concernait une décision des médecins-conseils de la sécurité sociale du Luxembourg, qui avaient refusé d'étendre la couverture d'assurance aux traitements en Allemagne. Il a été d'une part souligné dans la décision qu'en l'absence d'harmonisation communautaire, il appartenait à chacun des États membres de déterminer les conditions d'adhésion à son régime de sécurité sociale ainsi que les conditions ouvrant droit aux prestations. D'autre part, cependant, la Cour a estimé que les prescriptions en matière d'autorisation appliquées au Luxembourg constituaient une entrave à la liberté de fournir des services garantie dans les articles 59 et 60 du Traité instituant la CE, ce qui n'était pas objectivement justifié. Dans ce contexte, la Cour a aussi examiné s'il existait des prescriptions contradictoires en matière de santé publique, y compris la nécessité de fournir un service médical équilibré accessible à tous, et elle a jugé que tel n'était pas le cas.

La décision risque d'avoir des implications importantes pour plusieurs régimes nationaux d'assurance. Il semble en effet, d'après des informations parues dans la presse, qu'en Allemagne la loi empêche aussi les caisses d'assurance maladie de base (Gesetzliche Krankenkassen) d'assumer les coûts des traitements dentaires fournis à l'étranger (situation en mars 1998).

La Cour européenne de justice a rendu une autre décision qui devrait affecter elle aussi la réglementation nationale en matière d'assurance et qui concernait un régime d'assurance soins obligatoire (Pflegeversicherung) introduit en Allemagne en 1995. Ce système a pour but d'assurer la fourniture de soins à domicile, en établissements et dans les hôpitaux. Les soins à domicile peuvent être fournis directement par l'intermédiaire d'institutions autorisées, ou par des personnes/organismes choisis par le bénéficiaire, qui dans ce cas reçoit une allocation mensuelle. La prise en charge de certaines dépenses connexes est prévue aussi. Toute personne assurée contre la maladie en Allemagne - y compris les frontaliers originaires d'autres États membres - doit contribuer au système, dont les prestations restent cependant limitées aux personnes résidant en Allemagne. Il a été demandé à la Cour européenne de justice de décider si l'asymétrie que ce système impliquait était compatible avec les dispositions pertinentes du Traité instituant la CE, y compris celles concernant la libre circulation des travailleurs. Le verdict de la Cour a confirmé le droit des États membres d'assujettir les résidents étrangers travaillant sur leur territoire à des régimes de sécurité sociale obligatoire, à condition de leur ouvrir droit aussi à toutes les prestations en espèce correspondantes indépendamment de leur statut de résidence.

Source: Secrétariat de l'OMC, d'après *Panorama de l'industrie communautaire* (1997), jugements de la Cour européenne de justice (Affaires C-120/95, 158/96 et 160/96) et *Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen*, n° 3/98.

Thèmes de discussion possibles:

- *Avec l'ouverture graduelle de certains marchés des soins de santé et de l'assurance maladie, comment éviter que des problèmes de reconnaissance empêchent de faire les avancées attendues en matière d'accès aux marchés?*
- *Est-il nécessaire, dans ce contexte, de distinguer entre les mesures de reconnaissance liées à: a) la qualité du traitement en tant que tel (considération primordiale: respect de normes minimales pour le matériel, la formation du personnel, l'hygiène, etc.) et b) la possibilité pour un fournisseur d'obtenir le remboursement (considération primordiale: coût-efficacité ou protection des fournisseurs établis)?*
- *Conviendrait-il de définir des domaines prioritaires de discussion et/ou de travail futurs (par exemple, transférabilité internationale des droits en matière d'assurance, reconnaissance des normes des professionnels et/ou des hôpitaux)?*
- *Comment inciter les administrations nationales à se focaliser davantage sur les liens possibles - complémentarités ou incompatibilités - entre les initiatives qui sont prises en matière réglementaire dans le secteur des soins de santé et dans celui de l'assurance maladie?*
- *Les responsables chargés de la réglementation et de la réorganisation des secteurs en question sont-ils suffisamment informés des engagements en vigueur dans le cadre de l'AGCS? Sont-ils conscients des opportunités offertes par des réformes axées sur le marché dans le cadre des négociations futures sur les services?*
- *Les Membres jugent-ils nécessaire d'encourager la notification des accords de reconnaissance en vigueur ou imminents concernant les normes de qualité, les licences, etc. conformément à l'article VII:4 de l'AGCS?*

- *L'article VII:5 dispose que la reconnaissance accordée par les Membres devrait être fondée sur des critères convenus multilatéralement et que, dans les cas où cela sera approprié, les Membres collaboreront à l'établissement de normes internationales communes. Une action au titre de ces dispositions est-elle nécessaire?*

IV. ENGAGEMENTS EN VIGUEUR DANS LE CADRE DE L'AGCS

A. OBLIGATIONS EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX MARCHÉS ET DE TRAITEMENT NATIONAL

48. Dans la présente note, il a semblé préférable d'examiner les engagements concernant les modes 1 à 3 - fourniture transfrontières, consommation à l'étranger et présence commerciale - séparément des engagements pour le mode 4, relatif à la présence de personnes physiques (ressortissants nationaux et étrangers). Si dans les trois premiers domaines les pratiques des Membres en matière d'établissement des listes sont généralement fonction des spécificités techniques et économiques des activités couvertes, la plupart des inscriptions concernant le mode 4 étendent simplement des engagements et restrictions en vigueur au niveau horizontal. Cela n'implique pas une absence d'effets sectoriels, mais comme on le verra plus loin les effets en question découlent davantage, semble-t-il, des objectifs et des contraintes économiques en matière de production et de commerce dans le secteur que de l'inscription dans les listes en tant que telles.

49. Comme pour d'autres secteurs de services, un avertissement s'impose aussi: les listes ne fournissent pas nécessairement un tableau exact, et encore moins complet, des conditions réelles du commerce et du marché. Le fait qu'un Membre n'ait pas pris d'engagement (complet) dans un secteur peut s'expliquer par des considérations de politique diverses, par exemple si des réformes internes en cours n'ont pas encore été suffisamment concrétisées ou s'il y a un manque d'intérêt des partenaires commerciaux pour des négociations. Faute de plus amples renseignements, par conséquent, l'absence d'engagement (ou inscription dans les listes de limitations strictes) ne doit pas être assimilée à des opportunités d'accès limitées ou inexistantes.

a) Engagements pour les modes de fourniture 1, 2 et 3

50. Il a généralement été plus facile pour les Membres de prendre des engagements concernant les services professionnels liés à la santé (services médicaux et vétérinaires, etc.) que pour les services de santé et les services sociaux "véritables" relevant du secteur 8 de la Classification sectorielle. Si 49 Membres ont pris des engagements concernant les services médicaux et dentaires, 39 seulement ont pris des engagements pour les services hospitaliers. De plus, il est à noter qu'à l'intérieur des deux grands groupes de services médicaux et de services de santé, le niveau des engagements semble être positivement lié à l'intensité en capital et/ou en capital humain des activités concernées. Les services médicaux et dentaires et les services hospitaliers ont donné lieu à nettement plus d'engagements, par exemple, que les services d'accouchement et services connexes, les services du personnel infirmier, etc. (CPC 93191) ou que les services sociaux (CPC 933).

51. Un examen plus attentif du tableau 4 révèle aussi que beaucoup de pays en développement, y compris des pays les moins avancés, ont pris des engagements de vaste portée pour des services médicaux et services de santé divers. Une grande majorité des Membres qui ont souscrit des engagements sans limitation pour les modes 1 à 3 - sans exclusions de la couverture sectorielle ou sans limitations pour l'accès aux marchés et le traitement national - sont des pays en développement. D'une part, ces pays ont peut-être vu dans le processus d'établissement des listes une opportunité de créer et d'assurer des conditions de marché stables propres à attirer les fournisseurs étrangers de soins de santé et, en particulier, leurs compétences et leur savoir-faire. D'autre part, pour certains de ces pays il a peut-être été plus facile, compte tenu des pressions exercées en termes de politique intérieure, de prendre des engagements dans des domaines où il est peu probable d'attendre des entrées de grande ampleur faute d'opportunités commerciales attractives.

52. L'interprétation des mentions inscrites pour le mode 1 est entourée d'une certaine incertitude liée à la question de l'échangeabilité transfrontières. Par exemple, sur les 39 Membres ayant pris des engagements concernant les services hospitaliers, onze ont souscrit des engagements sans limitation pour le mode 1 ("néant"), et 27 n'ont pris aucun engagement ("non-consolidation"). Parmi ces derniers, 13 ont estimé, selon leurs listes, que la fourniture transfrontières n'était pas techniquement praticable.³¹

53. Dans les lignes directrices pour l'établissement des listes élaborées dans le cadre de l'AGCS, il est demandé aux Membres d'utiliser ce type de mention ("non-consolidation parce que techniquement impraticable") chaque fois que nécessaire. En cas d'erreur de jugement ou de modifications techniques ultérieures, la mention continue de signifier "non-consolidation". Si un Membre n'avait pas pris d'engagement parce qu'il l'aurait à tort jugé techniquement impraticable, sa liste apparaîtrait plus restrictive qu'elle n'était supposée l'être.³² Ainsi, parmi les 13 pays ayant indiqué que le commerce transfrontières de services hospitaliers était techniquement impraticable, trois (Bolivie, Panama et Swaziland) ont pris des engagements sans limitation pour les modes 2 et 3. On pourrait en déduire que ces Membres, comme d'autres éventuellement, auraient pris des engagements pour le mode 1 aussi s'ils avaient jugé la fourniture transfrontières possible.³³

54. Un petit nombre de Membres ont limité les engagements concernant la consommation à l'étranger (mode 2) des services médicaux, sanitaires et dentaires considérés dans la présente note. Cela peut surprendre dans la mesure où des gouvernements peuvent être tentés de limiter la capacité de leurs ressortissants de consommer ces services à l'étranger, par exemple, s'ils considèrent qu'il est trop difficile d'éviter les gaspillages et les abus et/ou que les fournisseurs nationaux, déjà touchés par les mesures de restriction des coûts, ne doivent pas encourir un manque à gagner supplémentaire. (La Pologne et la Bulgarie ont inclus des limitations relatives à la non-prise en charge par les régimes publics d'assurance maladie des services fournis à l'étranger.)³⁴ Mais il se peut aussi que la mobilité des consommateurs se substitue en partie à celle du personnel (voir plus loin mode 4), restreigne l'impact négatif sur les coûts induit, dans les pays à salaires élevés, par la protection du marché national de l'emploi et constitue une sorte de "soupape de sécurité" dans les systèmes qui ne peuvent pas garantir un traitement médical immédiat dans le pays.³⁵

³¹ Dans la Classification centrale de produits provisoire des Nations Unies, la position 9311 - Services hospitaliers - couvre selon la définition les "services fournis principalement à des patients hospitalisés, sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé. Les services hospitaliers comprennent les services médicaux et paramédicaux, les services du personnel infirmier, les services des laboratoires et des installations techniques, y compris les services de radiologie et d'anesthésie, etc.". On notera que selon cette définition, la présence physique simultanée du médecin et du patient n'est pas requise.

³² Cela implique, à son tour, que dans le tableau 4 la teneur de la troisième colonne ("non-consolidation") pour la fourniture transfrontières est artificiellement excessive et donne une impression trop négative de la politique réelle suivie par les Membres.

³³ Un autre exemple est la Nouvelle-Zélande: alors que 17 Membres ont pris des engagements sans limitation concernant la fourniture transfrontières de services vétérinaires, ce pays n'a pas contracté d'engagement pour le motif que cela était techniquement impraticable. La Nouvelle-Zélande a en revanche pris des engagements sans limitation pour les modes 2 et 3.

³⁴ Les engagements partiels pour le mode 2 figurant dans le tableau 4 correspondent essentiellement à l'exclusion de certains sous-segments de la couverture sectorielle complète.

³⁵ En Norvège, par exemple, 40 pour cent de tous les patients sont placés en liste d'attente. Ils sont classés selon trois degrés de priorité, les personnes ayant le degré de priorité le plus élevé étant sûres d'être traitées dans un délai de six mois au maximum. (D'après le Ministre norvégien de la santé; voir OCDE, 1996.)

55. En revanche, les limitations concernant l'accès aux marchés et/ou le traitement national sont beaucoup plus fréquentes dans le cas du mode 3, présence commerciale. Cela vaut en particulier pour les services médicaux et dentaires, les services hospitaliers et les services sociaux. Ces limitations visent à prévoir, entre autres, l'examen des besoins économiques dans le but de limiter les coûts de santé, des prescriptions en matière de nationalité, des prescriptions concernant le plafond de la participation au capital et les coentreprises et des procédures en matière de licences et d'agrément non précisées. Pour les services sociaux, le tableau est fortement influencé par les membres de l'Union européenne, qui faisaient partie des quelques pays ayant souscrit un engagement pour ces services; toutefois comme des exclusions sectorielles limitent la portée des engagements, ceux-ci figurent sous la rubrique "assortis de limitations" dans le tableau 4.

56. Comme il ressort d'une autre note d'information (Services juridiques S/C/W/43), l'inscription dans les listes de prescriptions et procédures en matière de licences est un peu surprenante. Si à travers des licences on veut appliquer des restrictions visant l'accès aux marchés ou le traitement national, ce sont les restrictions en question qui devraient être inscrites dans les listes. Sinon, au cas où ces prescriptions et procédures en tant que telles ne sont pas conformes aux dispositions de l'AGCS, il faudrait qu'elles soient mises en conformité. Leur inscription dans les listes ne les exempterait pas, par exemple, des prescriptions prévues à l'article VI.

Thème de discussion possible:

- *Pour améliorer la clarté et la comparabilité des listes, serait-il judicieux de chercher à établir une concordance de vues entre les Membres au sujet des activités et des circonstances où le commerce est techniquement impraticable?*

b) Engagements pour le mode de fourniture 4

57. Comme dans d'autres secteurs, le niveau des engagements souscrits pour le mode 4 - présence de personnes physiques - est nettement inférieur à celui des engagements pris pour les trois autres modes.

58. Parmi les 55 Membres qui ont contracté des engagements concernant les services médicaux, dentaires et/ou vétérinaires, pour le secteur tout entier ou pour des sous-classes, deux pays seulement, la Guinée et Haïti, n'ont formulé aucune limitation pour le mode 4.³⁶ Cinq Membres n'ont pris aucun engagement pour ce mode de fourniture, 32 ont maintenu des limitations horizontales et 16 ont inscrit dans leur liste des engagements sectoriels. Dans ce dernier contexte, 12 Membres ont restreint les engagements horizontaux en vigueur, le plus souvent en ajoutant des prescriptions en matière de nationalité et/ou de résidence.

59. Pour évaluer les effets économiques de ces limitations, il faut tenir compte de l'environnement sectoriel dans lequel elles s'appliquent. L'impact des engagements horizontaux "types" est loin d'être uniforme, mais peut varier notablement selon les secteurs. Ces variations peuvent tenir, en particulier, au(x) mode(s) de fourniture dominant(s), à l'intensité factorielle de la production (c'est-à-dire à ses besoins en capital humain et en personnel de base), et à la mesure dans laquelle le personnel étranger peut remplacer les ressortissants nationaux. À cet égard, des facteurs comme l'expérience professionnelle ou la langue peuvent jouer un rôle.

60. Il semble raisonnable de supposer que pour beaucoup de services médicaux, sanitaires et sociaux, les restrictions concernant le mode 4 sont particulièrement importantes à en juger essentiellement par trois observations: i) le champ d'application pour les autres modes de fourniture,

³⁶ La situation pour les services sanitaires et les services sociaux est en grande partie similaire.

en particulier pour la fourniture transfrontières et la consommation à l'étranger, a tendance à être restreint; ii) les activités concernées sont généralement à forte intensité de main-d'œuvre et/ou de capital humain; et, dans le même ordre d'idées, iii) si la présence commerciale peut être tout à fait pertinente dans certains secteurs, il est probable que les avantages les plus significatifs induits par les échanges proviendront moins de la construction et de la gestion des hôpitaux, etc., que de leur dotation en personnel plus compétent, plus efficace et/ou moins coûteux que celui qui serait disponible sur le marché national.

c) Considérations complémentaires

61. Comme on l'a vu, le commerce des services médicaux, des services de santé et des services sociaux dépend largement de mesures qui ne sont pas normalement considérées comme des "mesures commerciales", notamment: i) les prescriptions en matière de licences et de qualifications ayant pour but de s'assurer de la qualité des services fournis et de l'intégrité des professionnels; ii) les restrictions concernant la gamme des produits et des services que les professionnels et les hôpitaux sont autorisés à fournir³⁷; iii) les mesures de contrôle ou d'incitation visant à assurer la fourniture adéquate de services dans toutes les régions et à tous les groupes de population; et iv) la fourniture directe, pour des considérations de politique sociale, de services minimaux aux groupes économiquement défavorisés.

62. En dépit des effets (secondaires) restrictifs ou discriminatoires de telles mesures, les Membres peuvent avoir des vues différentes quant à la nécessité de les inscrire dans les listes dans tous les cas.

Thèmes de discussion possibles:

- *L'article XVII couvre toutes les mesures qui modifient les "conditions de concurrence" au détriment des fournisseurs étrangers de services similaires. L'article s'applique-t-il aussi aux mesures potentiellement discriminatoires, telles que les prescriptions en matière linguistique, qui peuvent être nécessaires pour assurer la qualité de certains services, y compris ceux fournis par les médecins généralistes?*³⁸
- *Exclusions des régimes publics d'assurance des traitements principalement fournis par des spécialistes étrangers (par exemple, phytothérapie): y a-t-il des problèmes au regard des articles II, XVI et VII?*
- *Statut des initiatives de politique régionale au regard de l'AGCS: dans quelles circonstances est-il nécessaire de faire figurer dans les listes les mesures décourageant l'accès à des marchés régionaux saturés, les prescriptions régissant l'établissement de succursales régionales, etc.?*
- *Comment les Membres interprètent-ils les critères prévus à l'article I:3 (services fournis ni sur une base commerciale ni en concurrence): Si un prix est demandé ou s'il existe des hôpitaux privés, l'application serait-elle exclue?*

³⁷ On peut mentionner comme exemples typiques les "listes négatives" ou "positives" de biens et d'activités établies éventuellement pour des raisons budgétaires.

³⁸ L'Islande a inscrit dans sa liste, au titre de l'article XVII, une prescription en matière linguistique pour les vétérinaires.

d) Exemptions NPF

63. Les exemptions NPF inscrites par les Membres de l'OMC dans leurs listes dans le contexte du Cycle d'Uruguay ou lors d'accessions récentes concernent dans huit cas les services professionnels en général - ce qui englobe donc les quatre catégories considérées dans la présente note - ou certains services sanitaires et sociaux. Des exemptions ont été inscrites par la Bulgarie, Chypre, le Costa Rica, le Honduras, le Panama, la République dominicaine, la Turquie et le Venezuela. Dans une nette majorité de cas, le but était de donner un fondement juridique à certains types de prescriptions de réciprocité applicables à l'accès aux marchés des professionnels (tableau 5). Dans un cas (Chypre), il n'est pas possible d'identifier la nature précise du problème NPF en cause. Dans un autre cas (Bulgarie), la description de la mesure semble indiquer que les consommateurs, plutôt que les fournisseurs, de services médicaux et autres services de santé peuvent être l'objet d'un traitement discriminatoire.

V. ASSOCIATIONS INTERNATIONALES ET AUTRES SOURCES D'INFORMATION

64. Le présent document, établi avec des ressources et dans un délai limités, est nécessairement de nature impressionniste. Les spécialistes de la politique de santé pourront reprocher que l'accent y soit mis de façon excessive sur le commerce et les objectifs de politique commerciale et qu'il ne soit pas prêté suffisamment attention à la notion d'équité intrinsèque et aux autres considérations de politique sociale qui fondent les travaux des organisations nationales et internationales dans le domaine. L'objet de la présente note, toutefois, était de donner des informations générales sur les facteurs d'ordre économique et réglementaire gouvernant le commerce des services de santé et des services sociaux, y compris les engagements dans le cadre de l'AGCS, et non d'exposer et d'analyser l'ensemble des objectifs et des contraintes que les responsables des politiques doivent éventuellement prendre en compte. Les délégations intéressées pourront trouver des renseignements sur le sujet dans des documents publiés récemment, ensemble ou séparément, par des experts de l'OMS et de la CNUCED, ou encore dans les études pertinentes de la Banque mondiale et de l'OCDE. La note d'information technique préparée en 1997 par le groupe d'étude de l'OMS sur l'économie de la santé (*op. cit.*) et les autres documents auxquels il est fait référence dans la présente note pourraient constituer un point de départ.

ANNEXE

TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS PERTINENTES

La division 93 de la Classification centrale de produits (CPC) provisoire des Nations Unies telle qu'elle est conçue couvre l'ensemble des services sociaux et sanitaires, y compris les services fournis par les professionnels (médecins, etc.) dans des cabinets. La division 93 fait partie de la section 9 "Services collectifs, sociaux et personnels". Cette structure est un peu différente de celle retenue dans la Classification sectorielle des services (MTN.GNS/W/120), sur la base de laquelle la plupart des Membres ont établi leurs listes. Selon la définition de la Classification sectorielle, la rubrique "Services de santé et services sociaux" ne couvre pas les services médicaux et dentaires, les services vétérinaires et les services des accoucheuses, infirmières, etc. Ces trois dernières catégories figurent sous la rubrique "Services professionnels", qui est une subdivision du secteur "Services fournis aux entreprises" (tableau A1).

La distinction dans la Classification sectorielle des services entre, d'une part, les services de santé et services sociaux et, d'autre part, les services médicaux et dentaires, dépend en grande partie du fait que les activités en question incluent ou non des soins dans une institution sous une forme ou une autre. Ainsi, on considère que les services hospitaliers sont destinés "essentiellement" aux malades hospitalisés et que les services fournis par les établissements assurant les soins ambulatoires relèvent des services médicaux ou dentaires. Toutefois, une distinction similaire n'a pas été faite pour les services vétérinaires et les services sociaux. Tous les services vétérinaires, qu'ils soient fournis en institution ou non, sont regroupés sous la rubrique "services professionnels", tandis que tous les services sociaux, y compris ceux fournis sans hébergement, figurent sous la rubrique "Services de santé et services sociaux".

Compte tenu de la multitude de fonctions distinctes qui peuvent être assurées par un médecin, un vétérinaire, un établissement de soins ou une institution sociale, il n'est pas surprenant que cette classification (comme toute autre d'ailleurs) soulève quelques questions:

- i) Les chenils seraient-ils considérés comme faisant partie des services vétérinaires?
On peut penser que la réponse serait négative, car au sens de la CPC, les services vétérinaires ont pour but "de soigner les animaux ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé". En revanche, les services annexes à l'agriculture correspondant à la position 8811 de la CPC comprennent les "services d'hébergement, d'entretien et d'élevage d'animaux".
Il semble toutefois qu'une certaine confusion soit imputable à la Classification internationale type, par industrie, des Nations Unies. Dans la CITI, Rev.3, les chenils sont incorporés dans les activités vétérinaires (position CITI 8520). En même temps, selon le tableau de correspondance entre la CITI et la CPC, il y a entière concordance entre les activités en matière de santé et d'action sociale couvertes par la division 85 de la CITI et la définition des produits correspondants dans la CPC (division 93 de la CPC).
- ii) Les traitements dans les "centres de soins esthétiques" ou la chirurgie plastique et autre peuvent-ils être classés dans les services médicaux ou hospitaliers? Ici encore, la question cruciale est apparemment de savoir si ces activités ont pour but de "guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser" l'état de santé des patients ou se rapportent d'une autre manière à la santé. Qu'en est-il, toutefois, du service fourni principalement à des fins esthétiques? Pourrait-on quand même considérer qu'il constitue une forme de

traitement médical ou de traitement de santé et, qu'à ce titre, il relève de la position CPC 9319 et donc de la catégorie 8.D de la Classification sectorielle?³⁹

- iii) Qu'entend-on inclure dans la rubrique "Autres services" de santé et services sociaux (catégorie 8.D) de la Classification sectorielle? Étant donné que la définition des catégories de services de santé et de services sociaux précédentes est non exhaustive, on voit mal la nécessité d'un groupe résiduel.⁴⁰ (Bien qu'aucun Membre n'ait souscrit d'engagement séparément pour ces services, deux Membres ont pris des engagements pour l'ensemble des services de santé et services sociaux, y compris par conséquent ceux de la catégorie 8.D.)
- De même, il est possible que la catégorie des "autres" - non spécifiés ailleurs - services professionnels (1.A.k.) couvre certains services médicaux ou services similaires également. En l'absence de plus amples informations, il est difficile de savoir si les deux Membres qui ont pris des engagements sans limitations pour ces "autres" services entendaient inclure des services de santé.

Questions à approfondir:

- *Procédures d'établissement des listes: Selon les Membres, par quelles catégories de la Classification sectorielle sont couverts:*
 - i) *les services non médicaux fournis à des animaux (y compris les chenils) et*
 - ii) *les services médicaux fournis à des personnes (par exemple chirurgie plastique à des fins esthétiques) qui ne sont pas principalement liés à la santé ou dont le but n'est pas de prévenir, diagnostiquer et traiter des maladies?*
- *Les Membres jugent-ils nécessaire, pour la clarté et la transparence, de préciser ce que couvrent ces "autres" catégories de la Classification sectorielle qui n'ont pas d'équivalent dans la CPC?*

³⁹ Une solution consisterait à classer ces services parmi les "Services des maisons de santé autres que les services hospitaliers" (CPC 93193). Selon la définition de la CPC, ces services recouvrent les services combinés de logement et de soins médicaux non fournis sous le contrôle d'un docteur en médecine installé à demeure dans l'établissement. Cette position engloberait-elle aussi les services fournis sans aucun contrôle médical?

L'Autriche a spécifié dans sa liste que les engagements pour la position CPC 93193 comprenaient les services des hôtels de cure et établissements de bains médicaux.

⁴⁰ Comme on l'a déjà vu, la position CPC 9319 couvre les services de santé non classés ailleurs, tandis que les positions 93319 et 93329 sont destinées à couvrir les "autres" services sociaux avec ou sans hébergement.

Tableau A1: Les services de santé et les services sociaux selon les lignes directrices pour l'établissement des listes dans le cadre de l'AGCS et selon la CPC

Classification sectorielle	Position correspondante de la CPC	Définition/couverture selon la CPC provisoire
1. <u>SERVICES FOURNIS AUX ENTREPRISES</u> A. Services professionnels [...] h. Services médicaux et dentaires i. Services vétérinaires j. Services des accoucheuses, infirmières et physiothérapeutes et du personnel paramédical k. Autres services ^a	9312 932 93191 n.d.	Services de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies par la consultation des patients sans qu'il y ait soins hospitaliers ... Services vétérinaires pour animaux de compagnie et autres services vétérinaires (services médicaux, chirurgicaux et dentaires fournis dans des cliniques vétérinaires ou ailleurs). Services comprenant par exemple la surveillance lors de la grossesse et de l'accouchement ... soins hospitaliers (sans hospitalisation), conseils et prévention pour les patients à domicile. n.d.
8. <u>SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX</u> A. Services hospitaliers B. Autres services de santé humaine Services C. Services sociaux D. Autres services	9311 9319 (autres que ceux du n° 93191) 933 n.d.	Services fournis principalement à des patients hospitalisés, sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé ... Services d'ambulances; services des maisons de santé autres que les services hospitaliers; autres services de santé humaine n.c.a. ^b Services sociaux avec hébergement ^c ; services sociaux sans hébergement ^d n.d.

n.d. Non disponible.

^a Concerne tous les services professionnels (y compris les sous-secteurs a) à g)).

^b Services dans les domaines de l'anatomopathologie ou de la biochimie, de la bactériologie, de la virologie, de l'immunologie, etc., et services non classés ailleurs, comme par exemple les services de collecte de sang.

^c Services sociaux fournis par des institutions résidentielles aux personnes âgées et aux handicapés (PPC 93311) ainsi qu'à des enfants et autres personnes (93312); autres services sociaux avec hébergement (93319).

^d Services de crèches, y compris les services de centres pour personnes handicapées (93321); services d'orientation et de conseils n.c.a. concernant les enfants (93322); services sociaux non fournis par l'intermédiaire d'institutions résidentielles (93323); services de réadaptation professionnelle (à l'exclusion des services pour lesquels l'élément pédagogique prédomine) (93324); autres services sociaux sans hébergement (CPC 93329).

Tableau 1: Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 1970-1992
(Pourcentage du PIB)

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Allemagne	5,9	8,1	8,4	8,7	8,3	8,4	8,7
Australie	5,7	7,5	7,3	7,7	8,2	8,5	8,8
Autriche	5,4	5,3	7,9	8,1	8,4	8,6	8,8
Belgique	4,1	5,9	6,6	7,4	7,6	8,1	8,2
Canada	7,1	7,2	7,4	8,5	9,4	10,0	10,3
Danemark	6,1	6,5	6,8	6,3	6,3	6,6	6,5
Espagne	3,7	4,8	5,6	6,7	6,6	6,5	7,0
États-Unis	7,4	8,4	9,2	10,5	12,4	13,4	14,0
Finlande	5,7	6,4	6,5	7,3	8,0	9,1	9,4
France	5,8	7,0	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4
Grèce	4,0	4,1	4,3	4,8	5,3	5,3	5,4
Irlande	5,6	8,0	9,2	8,2	7,0	7,6	7,1
Islande	5,2	6,2	6,4	7,0	8,2	8,4	8,5
Italie	5,2	6,1	6,9	7,0	8,1	8,6	8,5
Japon	4,6	5,6	6,6	6,5	6,6	6,7	6,9
Luxembourg	4,1	5,6	6,8	6,8	7,2	7,3	7,4
Norvège	5,0	6,7	6,6	6,4	7,5	8,0	8,3
Nouvelle-Zélande	5,2	6,7	7,2	6,5	7,3	7,7	7,5
Pays-Bas	6,0	7,6	8,0	6,0	8,2	8,4	8,6
Portugal	3,1	6,4	5,8	7,0	5,4	5,9	6,0
Royaume-Uni	4,5	5,5	5,8	6,0	6,2	6,6	7,1
Suède	7,2	7,8	9,4	8,9	8,6	8,5	7,9
Suisse	5,2	7,0	7,3	8,1	8,4	9,0	9,5
Turquie	-	3,5	4,0	2,8	4,0	4,7	4,1

Source: OCDE (1995).

Tableau 2: Principaux indicateurs de santé, par groupe de pays

PAYS	DÉPENSES DE SANTÉ (1990-1995)		MÉDECINS	LITS D'HÔPITAL	ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE	
	% du PIB	Par habitant (\$EU)	Pour 1 000 personnes (1994)		1980	1996
Pays à faible revenu	4,2	22	1,0	1,6	58	63
(à l'exclusion de la Chine et de l'Inde)	(3,1)	(18)	(0,4)	(1,5)	(51)	(56)
Pays à revenu moyen	5,1	209	1,6	4,6	63	68
Pays à faible et moyen revenus	4,5	83	1,2	2,7	60	65
Asie orientale et Pacifique	3,6	27	1,4	2,1	65	68
Asie du Sud	5,0	21	0,4	0,7	54	62
Moyen-Orient et Afrique du Nord	4,5	433	n.d.	1,8	59	67
Afrique subsaharienne	2,9	55	n.d.	1,2	48	52
Amérique latine et Caraïbes	6,7	248	1,4	n.d.	65	70
Europe et Asie centrale	5,4	138	3,1	9,1	68	68
Pays à revenu élevé	9,6	2 404	2,5	7,4	74	77

n.d. Non disponible.

Source: Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde 1998*, Washington, D.C.

Tableau 3: Récapitulation des engagements spécifiques concernant les services médicaux, les services de santé et les services sociaux

Membres	Services professionnels			Services de santé et services sociaux				Assuran- ce maladie
	Services médicaux et dentaires	Services vétérinaires	Services des accoucheuses, infirmières, etc.	Services hospitaliers	Autres services de santé humaine	Services sociaux	Autres services	
Afrique du Sud	x	x	x					x
Antigua-et-Barbuda	x							
Argentine								x
Aruba								x
Australie	x	x			x			x
Autriche	x	x	x	x	x	x		
Bahreïn								x
Barbade	x							
Belize	x				x			
Bolivie				x				x
Botswana	x	x	x					
Brésil								x
Brunéi Darussalam	x							x
Bulgarie	x	x				x		
Burundi	x	x		x	x			
Canada								x
CE des 12	x	x	x	x		x		x
Chili								x
Chypre								x
Colombie								x
Congo, Rép. du	x	x						
Corée, Rép. de								x
Costa Rica	x			x				
Cuba								x
Égypte								x
Émirats arabes unis		x						
Équateur				x				x
États-Unis				x				x
Finlande		x	x					
Gabon								x
Gambie	x	x	x	x	x	x		x
Ghana								x
Guinée		x					x	
Guyana	x							x
Haïti		x						
Honduras								x
Hong Kong, Chine								x
Hongrie	x			x	x	x	x	x
Îles Salomon								x
Inde				x				
Indonésie								x
Islande		x						x
Israël								x
Jamaïque	x		x	x				x
Japon				x				x
Kenya								x
Koweït				x	x	x		
Lesotho	x	x	x					x
Liechtenstein								x
Macao								x

Membres	Services professionnels			Services de santé et services sociaux				Assuran- ce maladie
	Services médicaux et dentaires	Services vétérinaires	Services des accoucheuses, infirmières, etc.	Services hospitaliers	Autres services de santé humaine	Services sociaux	Autres services	
Malaisie	x			x				x
Malawi	x		x	x	x			
Malte								x
Maroc								x
Maurice								x
Mexique	x		x	x	x			x
Nicaragua								x
Nigéria								x
Norvège	x	x	x					x
Nouvelle-Zélande		x						x
Pakistan	x			x				x
Panama				x				x
Paraguay								x
Pérou								x
Philippines								x
Pologne	x	x	x	x				x
Qatar	x	x						x
République dominicaine	x			x	x	x		x
République slovaque	x	x						x
République tchèque	x	x						
Roumanie								x
Rwanda	x							
Sainte-Lucie				x				
Saint-Vincent-et-les Grenadines				x				
Sénégal	x							x
Sierra Leone	x	x	x	x	x	x	x	x
Singapour	x	x						x
Slovénie	x			x	x			x
Sri Lanka								x
Suède	x	x	x					x
Suisse	x	x						x
Swaziland	x			x				
Thaïlande								x
Trinité-et-Tobago	x	x		x				
Tunisie								x
Turquie				x				x
Venezuela								x
Zambie	x		x	x	x			
TOTAL	49	37	26	39	13	19	3	76

Note: Les États membres de l'UE sont comptés individuellement.

Source: Secrétariat de l'OMC.

**Tableau 4: Engagements concernant les services médicaux, les services de santé et les services sociaux pour les modes 1, 2 et 3
(Nombre de Membres)**

Secteur	Nombre de Membres (Engagements sans limitation pour les modes 1 à 3) ^a	Fourniture transfrontières (Mode 1)			Consommation à l'étranger (Mode 2)			Présence commerciale (Mode 3)		
		Engagements sans limitations ^a	Engagements assortis de limitations	Non-consolidation	Engagements sans limitation ^a	Engagements assortis de limitations	Non-consolidation	Engagements sans limitation ^a	Engagements assortis de limitations	Non-consolidation
Services médicaux et dentaires	49 (12) ^b	17	6	26	38	7	4	19	24	6
Services vétérinaires	37 (10) ^c	17	2	18	33	1	3	19	14	4
Services des accoucheuses, infirmières, etc.	26 (4) ^d	6	4	16	21	5	0	10	16	0
Autres services (y compris services médicaux)	3 (1) ^e	2	1	0	2	1	0	1	2	0
Services hospitaliers	39 (9) ^f	11	1	27	31	5	3	18	17	4
Autres services de santé humaine	13 (6) ^g	6	1	6	6	5	2	8	4	1
Services sociaux	19 (2) ^h	3	0	16	4	13	2	5	13	1
Autres services de santé et services sociaux	3 (2) ⁱ	2	1	0	2	1	0	2	1	0

^a Engagements sans limitation pour l'accès aux marchés et le traitement national et pas de limitation de la couverture sectorielle.

^b Brunéi Darussalam, Burundi, Congo, Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Guinée, Hongrie, Islande (avec des prescriptions en matière linguistique), Afrique du sud, Malawi, Norvège, Rwanda, Zambie.

^c Australie, Burundi, Congo, Finlande, Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Afrique du sud, Arabie saoudite, Lesotho, Qatar, Singapour (avec des limitations horizontales pour le mode 3).

^d Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Malawi, Norvège, Zambie.

^e Islande.

^f Burundi, Équateur, Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Hongrie, Jamaïque, Malawi, Sainte-Lucie, Sierra Leone, Zambie.

^g Burundi, Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Hongrie, Malawi, Sierra Leone, Zambie.

^h Gambie (avec des limitations horizontales pour le mode 3), Hongrie, Sierra Leone.

ⁱ Hongrie, Sierra Leone.

Source: Secrétariat de l'OMC.

Tableau 5: Exemptions NPF applicables aux services professionnels en général et/ou à certains services médicaux, services de santé ou services sociaux

Pays et secteur	Mesure	Pays auxquels la mesure s'applique
BULGARIE Services médicaux et dentaires	Les régimes publics d'assurance maladie et d'indemnisation qui couvrent le coût des services médicaux et dentaires fournis à des étrangers séjournant en Bulgarie sont offerts sur la base de la réciprocité.	Pays qui ont signé ou qui signeront des accords bilatéraux.
COSTA RICA Services professionnels	Pour qu'un professionnel étranger puisse s'inscrire au collège professionnel compétent, il doit exister un traité de réciprocité avec son pays d'origine et/ou dans certains cas il est exigé que les personnes de nationalité costaricienne aient la possibilité d'exercer dans le pays d'origine la même profession dans des circonstances analogues.	Tous les pays.
CHYPRE Services de santé humaine et sécurité sociale	Services de santé humaine: Prestation aux citoyens chypriotes de traitements médicaux inexistantes à Chypre. Régime public de sécurité sociale: Dispositions des accords bilatéraux sur la sécurité sociale.	Tous les pays avec lesquels une coopération médicale pourrait se révéler souhaitable (des accords ont déjà été conclus avec des centres médicaux de Grèce, du Royaume-Uni et d'Israël). Autriche, Canada (Québec) et tous les pays avec lesquels un accord pourrait être conclu dans l'avenir.
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE Services des dentistes, de physiothérapeutes, des médecins, du personnel paramédical et du personnel infirmier	Sont autorisés à exercer leur profession les dentistes, les physiothérapeutes, les médecins, le personnel paramédical et le personnel infirmier seulement sur la base de la réciprocité.	Tous les pays.
HONDURAS Services professionnels	L'exercice de la profession est autorisé sur la base de la réciprocité.	Tous les pays.
PANAMA Services professionnels	L'exercice de la profession est autorisé sur la base de la réciprocité.	Tous les pays.
TURQUIE Services professionnels	La fourniture de services en Turquie par des étrangers peut être interdite si le pays d'origine des fournisseurs en question impose des conditions juridiques et administratives au détriment des citoyens turcs fournissant des services similaires.	Tous les pays.
VENEZUELA Services professionnels	Les lois régissant la fourniture de services professionnels par des étrangers (y compris médecins et vétérinaires) peuvent stipuler que les citoyens vénézuéliens doivent bénéficier du même traitement dans le pays d'origine de ces personnes.	Tous les pays.

Source: Secrétariat de l'OMC sur la base des documents GATS/EL/122, 22, 25, 28, 38, 124, 88 et 92.