

CONCLUSIONS DE LA II^e JOURNÉE

**30 ANS DE PRÉSENCE DE L'ESPAGNE DANS LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE. RÉPERCUSSIONS SUR
LES SYSTÈMES SANITAIRES ET LA PROFESSION MÉDICALE : DÉFIS POUR LE FUTUR**

SALLE EUROPA, SIÈGE DES INSTITUTIONS EUROPÉENNES - MADRID, 18-09-2015

**I^{ère} TABLE : ASSOCIATION TRANSATLANTIQUE DE COMMERCE ET INVESTISSEMENT (TTIP) ET
COMMERCE MONDIAL UE - CANADA (CETA)**

1. L'objet officiel dudit accord est d'améliorer le commerce entre les pays européens et les États-Unis en éliminant les barrières qui s'opposent à la vente de produits et services. Nous ne nous opposons pas au libre échange, à la création d'emploi et à la progression pour les PME et les utilisateurs entre continents ou pays ; nous exigeons toutefois un débat public et éclairé, en toute transparence, et la protection des services publics essentiels et des droits des utilisateurs et consommateurs.
2. Nous refusons les aspects du processus utilisé qui ont un lien avec la non-transparence des mécanismes mis en place de coopération régulatrice, les conseils techniques et mécanismes d'arbitrage ad hoc. Les mécanismes de protection des investisseurs présents dans le TTIP - CETA ne peuvent pas se trouver au-dessus des niveaux de réglementation des gouvernements dans le cadre de l'UE. Le droit de réglementation doit pouvoir atteindre les objectifs publics de santé.
3. Nous exigeons une exclusion claire des services publics essentiels (éducation, santé, alimentation et produits phytosanitaires) du champ d'application du TTIP - CETA car nous comprenons que les niveaux de réglementation appliqués dans les pays de l'UE sont plus rigoureux et offrent davantage de garanties ainsi que des normes au niveau environnemental et social définies expressément, et protégées de toute libéralisation.
4. Les réglementations en matière de santé publique (incombant aux États membres) peuvent être comprises comme des « barrières » pour la commercialisation de produits et services ; le traité en forcerait donc la réduction ou éviterait la création de nouvelles normes orientées vers l'amélioration de la protection médicale.
5. En matière de médicaments, le traité pourrait limiter le droit à la transparence et la communication d'informations aux patients en ce qui concerne les essais cliniques et les produits médicaux, informations qui sont actuellement garanties par la législation européenne.
6. Les législations espagnole et européenne établissent le droit aux soins sanitaires publics et à l'obligation des États et de l'UE de vérifier que toutes les politiques de l'Union garantissent et assurent un niveau élevé de protection de la santé des Hommes.

7. Les associations médicales doivent se prononcer et agir main dans la main dans le cadre de l'UE pour défendre ces prémisses du point de vue de la profession médicale et elles doivent être présentes, participer et être écoutées lors des débats relatifs au TTIP, pour défendre la protection de la santé des citoyens et les systèmes sanitaires publics, tels que nous les connaissons dans l'UE.

II^e TABLE : LA DIRECTIVE 2011/24/UE, SUR LES DROITS DES PATIENTS À L'ASSISTANCE MÉDICALE TRANSFRONTALIÈRE

1. La directive 2011/24/UE constitue un exercice de transparence quant aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Elle apparaît également comme une opportunité pour les États et les systèmes de santé d'harmoniser, garantir et consolider lesdits droits dans le cadre de l'UE elle-même.
2. Dans le cadre du droit européen à la libre circulation des services, des professionnels de la santé et des patients, les politiques de reconnaissance mutuelle sont très importantes en matière de professions, leurs niveaux de formation, les bonnes pratiques dans l'exercice des professions, l'identification sûre et les aspects (dans les projets de développement et d'implémentation) en lien avec l'homologation et la reconnaissance des activités de FMC/DPC et les processus de recertification et de revalidation.
3. Les informations sur les diplômes, compétences, flux migratoires de médecins, mécanismes d'alerte concernant les dossiers disciplinaires ou la situation de l'habilitation du professionnel sont des éléments essentiels au sein de l'UE qui garantissent la sécurité aux citoyens et aux systèmes sanitaires.
4. Il est également très important de garantir la coopération en matière d'évaluation des technologies sanitaires et de e-santé (assistance sanitaire en ligne/télémédecine) et les réseaux de référence européens (maladies rares).
5. L'appartenance exigible à une association de professionnels pour l'exercice professionnel de la médecine, dans les pays de l'UE, constitue une garantie pour les citoyens et les systèmes sanitaires, et un outil pour la communication/la collaboration entre corporations professionnelles, autorités compétentes et administrations par le biais du système IMI.
6. La Commission européenne se porte garante du respect de l'application des directives par les États membres à travers (1) la révision systématique des transpositions effectuées aux normes nationales, (2) la vérification de l'intégralité et la correction des dispositions de la norme elle-même, (3) les procédures d'infraction, ainsi que les (4) réclamations individuelles et génériques possibles.

7. L'Organización Médica Colegial (OMC), dans son ensemble, en qualité de corporation de droit public, a prouvé être, pour toutes les normes européennes et nationales, un collaborateur indispensable et nécessaire dans le domaine socio-sanitaire. Nous ne pouvons pas dépendre de recommandations gracieuses et nous exigeons la reconnaissance explicite (elle est déjà implicite) de notre situation d'autorité compétente (AC), qui selon nous doit être « partagée » avec les administrations de l'État tout comme cela existe dans tous les pays autour de l'UE.
8. L'OMC possède des compétences essentielles concernant 2 aspects incontournables de la directive 2011/24/UE, qui offrent sécurité et qualité, à savoir, (1) les informations sur le droit d'exercer comme médecin, dans le PNC (Punto Nacional de Contacto), et (2) l'identification garantie du médecin prescripteur pour la continuité du traitement et la reconnaissance des ordonnances.
9. Rapprocher les associations de médecins et la profession de médecin elle-même à la société et aux patients, identifier leurs besoins et collaborer avec les associations de patients, également en matière d'informations et de compréhension des droits explicites dans les normes européennes et nationales : cela constitue une obligation professionnelle et éthique du médecin.

III^e TABLE : 30 ANS DE PRÉSENCE DE L'ESPAGNE DANS L'UE : RÉUSSITES ET DÉFIS DES SYSTÈMES SANITAIRES ET DE LA PROFESSION MÉDICALE.

1. Il y a 30 ans, dans le cadre de ce qui était alors la Communauté Économique Européenne, il existait des activités en lien avec la santé, principalement dans le domaine de la législation relative aux médicaments, l'hygiène et la sécurité au travail, mais pas une véritable préoccupation pour la santé, comme aujourd'hui.
2. L'UE s'appuie sur un état de droit ce qui signifie que toutes les actions dépendent de traités qui sont approuvés de manière volontaire et démocratique par tous ses États membres. La santé est intégrée aux traités de l'Union en 1993. La direction générale de la santé et des consommateurs est créée en 1999, le premier programme d'action en matière de santé publique en 2003, l'agence européenne du médicament en 1995 et le centre européen de prévention et contrôle des maladies en 2005.
3. Le traité indique actuellement que toutes les activités de l'Union doivent être orientées vers l'obtention d'un système de santé supérieur ; il existe des législations concernant les médicaments, le sang, les cellules et tissus, les transplantations, les produits du tabac, les menaces pour la santé, les soins de santé transfrontaliers, la reconnaissance des qualifications professionnelles, les réseaux d'échange de bonnes pratiques et les programmes comme Erasmus ou Marie Curie.
4. L'UE est un cadre de liberté et de développement économique et social sans égal ailleurs sur la planète. Toutefois, il existe de grandes disparités quant aux indicateurs de santé, l'organisation, la planification et le financement des services de santé entre les différents États et cela continue de

constituer une menace comme par exemple l'absence de données concernant les coûts réels de recherche, la marchandisation excessive des services sanitaires et les politiques relatives aux médicaments et aux brevets.

5. L'entrée de l'Espagne dans l'UE a constitué un élan remarquable dans tous les domaines, que ce soit au niveau politique, social, économique et sanitaire. Les expériences spécifiquement espagnoles, de même, comme le plan national de transplantations, ont servi de référence pour la progression des soins de santé offerts aux citoyens européens.
6. Les médecins ont besoin d'une organisation européenne unique qui défende les intérêts professionnels, qui garantisse les droits des citoyens et réduise l'atomisation actuelle de la représentation professionnelle.
7. À cet effet, nous proposons de créer une organisation démocratique professionnelle, un parlement médical, qui garantisse les soins de santé et le contrôle d'un exercice de qualité avec responsabilité et sécurité.
8. Il faut réduire la pratique de la médecine défensive, conséquence directe de l'augmentation des éléments litigieux et l'absence de mécanismes de garantie comme les barèmes pour dommages sanitaires, pour ses effets préjudiciables, dans le cadre de l'UE.
9. Les inégalités sanitaires entre pays de l'UE sont réels, mais également au sein des pays. Les activités de l'UE visent à éliminer ses inégalités et à obtenir des systèmes sanitaires de meilleure qualité, durables et efficaces, avec des activités comme l'évaluation des technologies sanitaires, la e-santé, les projets de soins, les réseaux de référence, etc.