

- 13.2. According to a sample survey recently conducted in France (13), the economics of social protection should first consider unemployment benefits and then health costs. 46% of the households in the survey are against the suppression of advantages acquired, while 51% are in favour.

Beyond social measures, the individual participation of the insured parties?

- 14.1. However, globally, health costs have a structure: according to studies carried out by C.R.E.D.O.C and by social bodies in France, 5 to 10% of the insured “consume” 50% of the benefits, whereas 50% only consume 5% (14). In other words, half of the benefits cover the cost of burdensome care for a small number of insured, generally *hospitalized*: half consists of elderly people, sometimes at a terminal stage. Because of the analogy in the economic and social development in the countries of the EC, and a similar evolution in the demography, phenomena of a similar order must be noted in other member states. Generally, such costs are fully covered.
- 14.2. This being so, in the case where society no longer can increase the taxes financing the social spectrum of necessary care, the medical profession is not against studying, with society, all forms of supplementary financing coming from the insured parties, this in order to guarantee the maintenance and development of the quality of medical care for all.

Social solidarity and personal participation strengthen the chances of healing and survival

15. In certain member countries, ideas for work are being suggested in order to introduce, in the supplementary participation of the insured, variations that take into account their contributive faculties (15). This problem is beyond the remit of the medical profession. All it wants is that solutions to which one arrives, combining social solidarity and a personal effort, offer to all *true access* to care in conformity with the *present scientific data*, thus increasing their chances of healing and survival.

14) Who consumes what? An approach based upon a regional sample of 2000 people (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, March 1982).

15) Cf. in particular talks between Simon Nora, General Inspector of Finances, Head of National School of Administration, and Edmond Maire, Secretary General of C.E.D.T. (Le Débat, no. 26, September 1983).

Solutions depend upon national governments

- 16.1. This being the case, it would be unseemly no longer to accept that social protection schemes are the responsibility of national sovereignties, and that any reform must be enshrined in the history of these schemes, taking into account the economic, social and political situation in each country.
- 16.2. Our analysis had but two purposes: to try to find a way out of the present *dead end*, where state, populations and medicine are all involved. The logic behind the facts leads us to examine the path we consider necessary to indicate. We provide the political powers in our countries with this *hypothesis of work* in the spirit of the declaration made in Copenhagen by the C.P. (Cf. enclosure 3). The medical profession has no intention of interfering with the *political responsibilities* of the “decision makers”. It just wishes to be consulted and heard, so that political decisions can be made in a clarified manner, in possession of the facts, and that the “healthy population” take into account the rights of sick people that medicine takes care of.

3.3 Health care costs

Adopted in Paris, 1984 (CP 84/110)

Declaration

Après avoir pris connaissance des prises de position de l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) et de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), l'Assemblée plénière du Comité Permanent des Médecins de la C.E., représentant les 650.000 médecins des 10 pays membres, a voté à l'unanimité, le 24 novembre 1984, la déclaration suivante:

Le Comité Permanent des Médecins de la C.E. rappelle que l'argumentation des dépenses de santé est due, en Europe comme dans tous les pays développés, au vieillissement de la population, au progrès des sciences et des techniques au progrès culturel et à celui de l'information.

Les médecins européens sont conscients de leur responsabilité économique et ont déjà fait connaître (déclaration de Copenhague de décembre 1978) leur volonté de participer à une maîtrise des soins, afin d'apporter au meilleur coût des services de qualité à l'ensemble de la population. Mais tous les médecins ont avant tout leur responsabilité professionnelle et l'impérieux devoir de mettre à la disposition de chaque malade tous les services que peuvent apporter les données actuelles de la science. S'ils manquent à ce *devoir*, les médecins sont condamnés par les tribunaux.

Or, le Comité Permanent des Médecins européens constate la détérioration de la situation du corps médical dans tous les pays membres. Les médecins sont souvent l'objet et toujours menacés de décisions injustes et parfois vexatoires. De cette volonté politique délibérée vis-à-vis des conditions d'exercice de la médecine résulte une remise en cause du droit de *chacun* à des soins de qualité auprès du praticien de son choix. En réduisant de façon *arbitraire* les charges de plus en plus lourdes de l'assurance maladie, les gouvernements prennent une responsabilité historique que le Comité Permanent des Médecins de la Communauté Européenne dénonce devant l'opinion publique.

3.4 On OECD statement regarding competition in the liberal professions

(CP 85/29, 85/59)

Déclaration du Comité Permanent adoptée par la réunion des Chefs de Délégations des 31 mai et 1er juin 1985

concernant le projet de Recommandation de l'OCDE, préparé par le Comité des experts, sur la politique de concurrence et les pratiques restrictives dans les professions libérales.

Le Comité Permanent

- fait sienne la Résolution ci-annexée de la Conférence européenne des professions libérales sur le rapport du Comité des experts de l'OCDE concernant la politique de la concurrence et les pratiques restrictives dans les professions libérales;
- affirme sa pleine solidarité avec les professions libérales ayant participé à cette conférence, et tient à joindre à cette Résolution un document relevant les nombreuses critiques qu'appelle le Rapport de Comité des experts en ce qui concerne la profession médicale, prise comme exemple-type de profession libérale (avec l'architecture et le droit) par les experts de l'OCDE pour établir leur rapport);
- fera connaître sa position à ce sujet tant auprès de l'OCDE que de la Communauté européenne;
- demande en outre à ses délégations nationales d'agir à ce sujet auprès de leurs gouvernements respectifs, en vue de leur rappeler que les libertés propres à l'exercice de la profession médicale ne doivent en aucune manière être confondues avec le libéralisme économique "sauvage" auquel semblent nous convier les experts de l'OCDE.

3.5 Motion on budgets in medicine

Adopted in Madrid, 1989 (CP 89/215)

Motion

du Comité Permanent des Médecins de la CE adoptée lors de la session plénière. Madrid, les 24 et 25.11.89

- Ayant pris connaissance de la motion proposée par l'UEMO, et de plein accord, le CP rappelle qu'il est contraire aux principes de l'éthique médicale toute mesure de nature à procurer un avantage financier au médecin qui, sous prétexte d'économie, agirait contrairement à l'intérêt du malade.
- Il est inacceptable que le médecin puisse tirer un profit du fait qu'il n'aurait pas apporté au malade tous les soins ou les examens nécessités par son état.
- Il est inacceptable également d'établir une enveloppe limitée et imperative, par médecin ou par malade et d'instaurer l'obligation du remboursement par le médecin en cas de dépassement. En effet les médecins se trouveraient rapidement devant le dilemme de refuser les soins aux malades ou de les financer sur leurs propres revenus.

3.6 CP statement regarding the HCEEC resolution on training in health economics

(CP 81/156)

1. Considers that the growth in hospital costs is due to an administration of the hospital and of the health system which does not involve the doctor.
2. Recalls the necessity for the participation of the doctors in decisions relative to hospital expenses in order to achieve a mastery over these costs.
3. Demands this participation toward the control of expenditure by all establishments which influence hospital costs.
4. Recommends that medical organisations establish an initiation in health economics and hospital administration.