

## **Objet : Relations entre le PMO et les affiliés**

*Monsieur le Président,*

Je tiens tout d'abord à vous remercier ainsi que tous et les membres du Comité Central du Personnel (CCP) pour votre engagement dans vos fonctions de représentation des intérêts du personnel auprès de l'institution.

En réponse à votre souhait d'organiser dans les meilleurs délais une réunion du dialogue social en ma présence avec la DG HR et les services concernés, je souhaite vous rappeler la proposition de mai dernier d'une nouvelle visite de la part du Directeur du PMO au CCP de la Commission, qui à ce moment-là avait jugé qu'il valait mieux attendre les élections.

Le Directeur du PMO a entre-temps eu l'occasion d'avoir des échanges approfondis avec le Comité du personnel du PE en juin, avec le Comité de Gestion de l'Assurance-Maladie (CGAM) en septembre, et avec le Comité du personnel du Conseil le 11 novembre. Une nouvelle rencontre avec le Comité du personnel du PE est d'ores et déjà programmée le 14 décembre à Strasbourg.

Dans ce contexte, le Directeur du PMO m'a confirmé son entière disponibilité pour également rencontrer le CCP avant la fin de l'année.

Concernant les difficultés rencontrées avec le PMO que vous mentionnez dans votre lettre du 29 octobre, veuillez trouver ci-dessous des éléments de réponses structurés selon les points de cette même lettre.

### ***L'assurance maladie***

***Délais de remboursement :*** « *Même si d'importants progrès ont été réalisés, certains dossiers mettent trop de temps à être réglés. Il faudrait revoir le traitement des dossiers lorsque PMO considère qu'il manque un élément ou conteste la validité d'un reçu. Mais surtout, il faut signaler que les délais de remboursement par bureau liquidateur sont très variables, en particulier, les délais sont deux fois plus longs pour Luxembourg que pour Bruxelles, qui sont eux-mêmes plus long que pour ISPRA (Pour les demandes en ligne : 50 jours pour Luxembourg, 28 jours à Bruxelles et 16 jours à ISPRA). Une partie des retards est due au manque d'effectif, à l'accroissement des tâches, en raison des nombreux services level agreements que le PMO a contractés. »*

Les retards enregistrés dans la tarification des demandes de remboursement qui ont affecté notamment les Bureaux Liquidateurs de Bruxelles et Luxembourg sont essentiellement dus aux difficultés enregistrées dans le déploiement du « back office » du système informatique RCAM en ligne, qui s'est avéré extrêmement perturbateur pour la production en raison de nombreux bugs qui ont nécessité plusieurs mois pour être corrigés. En outre, le personnel a dû s'habituer à un nouvel outil de travail remplaçant celui qu'ils utilisaient depuis plus d'une décennie.

Cette courbe d'apprentissage abrupte était inévitable pour arriver à un système qui fonctionne de façon optimale et qui aidera à gérer le RCAM plus

efficacement et de manière plus efficiente. La poursuite du développement du système RCAM en ligne permettra également de bénéficier d'une plus grande qualité du service offert et de créer un contrôle interne plus efficace.

Pour contrer et finalement inverser le doublement des délais de remboursement, diverses mesures ont été prises.

Toutes les ressources disponibles pour le traitement des demandes de remboursement ont ainsi été mobilisées dans les trois bureaux liquidateurs traitant des demandes de remboursement du RCAM. En outre, 13 nouveaux tarificateurs ont commencé la formation requise au cours de cette année.

Les mesures prises ont déjà permis depuis le mois de juin de considérablement résorber les retards. Nous sommes ainsi aujourd'hui pour les demandes en lignes à 11, 14 et 19 jours respectivement pour les bureaux liquidateurs d'Ispra de Luxembourg et de Bruxelles. Quant aux demandes papier, les délais sont actuellement de 18, 20 et 27 jours respectivement pour les bureaux liquidateurs d'Ispra, de Bruxelles et de Luxembourg.

Comme vous le savez, le PMO joue la pleine transparence sur les délais en les affichant tous les jours dans RCAM en ligne, permettant ainsi à tous les affiliés au RCAM d'en être informés.

La poursuite des efforts devraient permettre d'ici à la fin de l'année d'atteindre la cible des 20 jours calendrier, y compris pour les demandes papier.

#### ***Changement des règles ou procédures sans préavis :***

Tous les changements majeurs ont été présentés au CGAM. Le cas de la médecine préventive en est un exemple : les nouveaux protocoles qui visent à augmenter l'efficacité des mesures préventives ont été élaborés par le Conseil Médical compte tenu des évolutions récentes dans la pratique médicale et les sciences, et ont reçu un avis favorable unanime du CGAM pour ensuite être transmis par le Président de celui-ci au Collège des Chefs d'Administration (CCA). De même, la nouvelle approche sur la reconnaissance de maladie grave, comme sur les dépenses de psychothérapie, a fait l'objet de discussions et de présentations de la part du Bureau Central et du Président du Conseil Médical au CGAM.

Il est vrai que l'information préalable des affiliés au RCAM n'a pas toujours été assurée sur ces sujets. C'est pourquoi, j'ai insisté auprès du PMO pour que la politique d'information soit considérablement renforcée.

#### ***Multiplication des rejets non justifiés car remboursés après réclamation / augmentation des réclamations :***

Le nombre de réclamations a augmenté au cours des dernières années avec une baisse en 2015 (203 en 2013, 276 en 2014 et 188 en 2015). Cette augmentation est sans aucun doute liée à une application plus rigoureuse des règles dans des domaines comme la complémentarité, la psychothérapie et les maladies graves. L'introduction de la nécessité d'exiger des reçus conformes pour le remboursement des frais médicaux, notamment en Belgique et en Italie, a également fait initialement l'objet de plusieurs réclamations. Un certain nombre

de réclamations sont effectivement devenues sans objet lors de l'examen de la réclamation. Ceci est dû à différentes raisons : décisions à caractère exceptionnel de l'AIPN en raison de circonstances particulières du dossier, constatation d'erreurs de tarification, et production par l'affilié, des documents supplémentaires qui ont permis la tarification ou le traitement du dossier. En ce qui concerne les erreurs de tarification, l'attention des tarificateurs a été attirée sur un examen attentif préalable à tout refus. Les explications sous-tendant les refus sont à présent davantage développées et permettent ainsi de mieux justifier la décision et ainsi réduire le nombre de réclamation. Cet effort de clarté sera encore renforcé dans les prochains mois.

***Demandes prioritaires :*** « Actuellement le PMO applique un refus catégorique des demandes en faisant valoir la rapidité des remboursements. Le seuil de déclenchement est trop élevé pour les bas salaires. »

Pour avoir recours à un traitement prioritaire, il faut que les dépenses supportées par l'affilié dépassent les 600 euros sur les derniers 15 jours. Il n'y pas à notre connaissance de cas de refus de ce type de demande. Les affiliés au RCAM sont constamment invités à introduire leurs demandes de remboursement au fur et à mesure de leurs dépenses et la procédure de prise en charge existe pour aider les collègues qui doivent faire face à des interventions importantes.

Par un développement informatique, le PMO assurera bientôt une possibilité de demande prioritaire équivalente pour les demandes papier et les demandes en ligne.

***Remboursement fractionnés :*** « Trop souvent certaines demandes de remboursement font l'objet d'un traitement fractionné qui nuit à la lisibilité des dossiers. »

Les demandes de remboursement introduites via RCAM en ligne sont soumises à des protocoles de contrôle différenciés selon le niveau de risque, ce dernier ayant été déterminé sur base du montant et de la catégorie de dépense. Chaque ligne est traitée individuellement et donne lieu à un remboursement spécifique. Il est donc suggéré aux affiliés au RCAM d'introduire leurs demandes de remboursement au fur et à mesure et, idéalement, une par une, afin d'en assurer un meilleur traitement de notre part et un meilleur suivi du leur.

***Prises en charges :*** « On constate une politique de prise en charge trop restrictive pour les demandes d'entente préalable ou pour des médicaments onéreux. »

La prise en charge d'une dépense médicale induit, dans la plupart des cas, la constitution d'une dette dans le chef de l'affilié pour la partie restant à la charge de celui-ci, soit, en règle générale, de 15 à 20 %, du montant global de la facture. Au cas où la prestation n'est pas remboursable (ex : intervention de nature esthétique), la totalité du montant devra alors être récupérée chez l'affilié.

Dans un récent arrêt, le Tribunal a recommandé de mieux rendre l'affilié conscient des conséquences d'une prise en charge. Dans cette optique, le formulaire de prise en charge contient désormais des champs où l'affilié doit indiquer le prix de la chambre ou de la prestation et préciser la nature de cette dernière. De ce fait, les demandes de prise en charge sont devenues plus détaillées, donnent lieu à un travail de contrôle *ex ante* plus approfondi et

donnent parfois lieu à des refus lorsque la prestation envisagée n'est pas remboursable par le Régime.

**Complémentarité :** « *Les dossiers des familles avec les parents résidant dans deux Etats membres différents et avec le conjoint en régime primaire dans un pays autre que celui du fonctionnaire ou de l'agent travaillant pour la Commission est un véritable casse-tête juridique qui a pour conséquence qu'aucun des régimes d'assurance-maladie n'accepte de couvrir les enfants de ces familles.* »

La complémentarité est l'un des domaines dont la gestion a été mise en conformité avec le cadre juridique qui lui est propre. Le conjoint qui ne dispose pas de revenus professionnels est couvert en primaire au même titre que l'affilié. S'il dispose de revenus d'origine professionnelle sans dépasser un certain niveau (36.324,48 euros pour la Belgique), il est couvert en primaire par son régime national et en complémentarité par le RCAM afin de lui faire bénéficier des mêmes niveaux de remboursement que ceux dont bénéficient nos affiliés.

S'il dépasse ce barème de revenus, il est exclu de toute couverture par le RCAM. La question concerne donc les personnes qui, tout en étant couvertes par leur régime national, bénéficient de la couverture complémentaire du RCAM. Pour cela, il leur faut tout d'abord faire recours à leur régime primaire selon les règles propres à ce dernier. Cela signifie que, dans certains pays, ils n'ont pas le libre choix du médecin ou doivent suivre certaines formalités comme tout autre travailleur soumis à ce système. Dans ce contexte, il convient en outre de remarquer la couverture complémentaire offerte par le RCAM est gratuite, sachant qu'une seule cotisation est payée du chef de l'affilié.

En ce qui concerne les enfants, leur situation est particulière car ils sont soumis à la couverture du conjoint, s'il travaille, tout en gardant le libre choix. Cela signifie que via la carte européenne de santé les enfants sont couverts en primaire par le système national du conjoint en complémentarité et cela même dans le cas où les parents résident dans deux pays différents et où les enfants résident éventuellement dans le pays du parent affilié au RCAM en primaire. Le PMO n'a pas connaissance de cas où les enfants seraient sans couverture. Par ailleurs le fait que les enfants gardent le libre choix (cfr titre III, chap 3 .3 et titre I chap.2.3 des DGE) représente pour eux une garantie supplémentaire.

**Sur-tarification à Luxembourg :** « *il faut poursuivre légalement et politiquement la question de la sur-tarification et de l'excessivité systématique au Grand-Duché.* »

Au Grand-Duché de Luxembourg, les relations entre les affiliés au RCAM et les prestataires médicaux sont régies par deux conventions : l'une avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) qui regroupe l'ensemble des hôpitaux, et l'autre avec l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg (AMMD). Toutes les deux prévoient une sur-tarification de 15 % par rapport aux barèmes appliqués aux patients luxembourgeois.

La convention avec la FHL prévoit que le prix à payer par le RCAM est fondé sur la notion d'« unité d'œuvre ». Il s'agit ici en quelque sorte d'un forfait global pour chaque type d'intervention, compte tenu des moyens techniques, appareillages et fournitures mis en œuvre pour l'intervention en cause. Le coût de ces « unités d'œuvre » est basé sur le prix net facturé par les hôpitaux aux « Unions des Caisses de Maladie Luxembourgeoises » incluant les coûts fixes et

variables de l'infrastructure. Pour les affiliés au RCAM s'ajoute à cela un supplément de 15 % qui correspond *grosso modo* à des montants qui sont comptabilisés *a posteriori* telles que les indexations de salaire et de prix. La convention avec les hôpitaux est, dans une certaine mesure, acceptable étant donné que la sur-tarification constitue un équivalent à la contribution publique de la part des autorités luxembourgeoises au financement des hôpitaux, contribution à laquelle les fonctionnaires et agents de l'Union ne participent pas de fait de notre fiscalité indépendante. Les coûts additionnels engendrés par cette sur-tarification s'élèvent pour le RCAM à environ 1,5 million d'euro par an, équivalent à 0,5 % de la dépense annuelle.

La convention avec l'AMMD prévoit, elle aussi, une sur-tarification de 15 % par rapport aux prix officiels. La convention couvre la plupart des médecins et médecin-dentistes (+/- 700). Cette « sur-tarification contractuelle » est fort critiquée par les bénéficiaires du RCAM. Contrairement à la situation décrite ci-dessus au sujet des hôpitaux, il n'y a pas de justification spécifique à l'application d'un tel supplément. Toutefois, il convient de noter que les honoraires des médecins étaient fixés de façon totalement libre préalablement à la signature de cette convention. Cette dernière exerce donc un rôle de « garde-fou », protégeant les bénéficiaires du RCAM contre une totale dérégulation en matière d'honoraires, telle qu'on l'observe dans d'autres pays, et plus particulièrement en région bruxelloise, où nos affiliés font face à des prix parfois totalement disproportionnés au regard des tarifs conventionnés.

L'analyse des données statistiques démontre d'ailleurs qu'en réalité nos collègues basés au Luxembourg ne font en aucune façon l'objet d'un traitement moins favorable que ceux établis en Belgique.

Tout en comprenant les motivations légitimes de la Représentation du personnel, une éventuelle réouverture des conventions conclues dans le cadre luxembourgeois induirait sans nul doute un risque très important de perdre l'acquis des plafonnements appliqués à l'heure actuelle, que ce soit en matière d'hospitalisations comme d'honoraires de médecins et de dentistes, et d'aboutir à des sur-tarifications encore supérieures à celles pratiquées aujourd'hui.

***Sur-tarification aux Pays-Bas :*** « *il faut aussi poursuivre légalement et politiquement la question de la sur-tarification aux Pays-Bas, car l'assurance maladie des employés des institutions européennes n'est pas reconnue par les hôpitaux. Par conséquent, ceux-ci appliquent des tarifs plus élevés sous le prétexte d'un risque élevé de non paiement de la prestation.* »

Le système de santé aux Pays-Bas contient une sur-tarification *de facto*. Les ressortissants néerlandais sont en effet obligés de s'assurer auprès d'une assurance reconnue par l'Etat. Les ressortissants disposent d'une carte émise par leur assureur, cette carte leur donnant le droit de se faire soigner auprès du corps médical/centres de santé au tarif convenu entre l'assureur et le corps médical ou les centres de santé, selon la nature du traitement administré. S'ajoute à cela que certains traitements font l'objet d'une tarification « trajectoire médicale », c'est-à-dire que la somme demandée comprend la facturation du trajet complet que le patient parcourt, pour une pathologie donnée, depuis la première consultation jusqu'à la fin du traitement. Etant donné que les membres du RCAM ne sont pas assurés auprès d'une assurance néerlandaise reconnue, ils ne peuvent pas

bénéficier des tarifs fixés entre l'assureur et le corps médical/centres de santé et paient dans la plupart des cas le prix maximum fixé par l'Etat.

Le PMO a connaissance de la situation et est en train d'organiser des réunions avec les instances néerlandaises et le Vice-Président du CGAM afin de discuter de solutions possibles. Une première réunion est prévue avant la fin de l'année 2015. Ceci participe des efforts plus larges du PMO pour obtenir des conditions préférentielles (comme par exemple les conventions avec les hôpitaux de l'agglomération bruxelloise).

***Conventions avec les établissements hospitaliers : « Il faut continuer cette politique de convention, en particulier au Luxembourg. »***

- Luxembourg :

Voir point sur la sur-tarification à Luxembourg

- Belgique :

6 conventions ont été conclues dans l'agglomération Bruxelloise (voir l'édition spéciale de la PMO Newsletter sur l'hospitalisation<sup>1</sup>, publiée en mai 2015). Ce faisant, ces hôpitaux s'engagent à limiter les suppléments d'honoraires facturables aux patients en chambre privée comme suit :

Hôpital	Date effet	Limite des suppléments d'honoraires	
		Régime belge	RCAM
Cliniques Universitaires St Luc	01/05/2013	300 %	200 %
Hôpital Erasme	16/07/2014	300 %	200 %
Cliniques de l'Europe (Cliniques Saint Michel Etterbeek et Sainte Elisabeth Uccle)	27/02/2015	300 %	100 %, 250 % et 300 % selon les spécialités
Institut Jules Bordet	01/04/2015	300 %	200 %
Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ VUB)	01/05/2015	150 %	100 % et 150 % selon les spécialités
HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola)	01/07/2015	300 %	200 %

Les suppléments sont exprimés en pourcentages. Un supplément d'honoraires de 100 % signifie donc que le patient se voit facturer un supplément de 100 % par rapport aux honoraires facturés en chambre commune. Il payera dès lors 2 fois le montant de base.

De ce fait, pour une même prestation, pour un patient choisissant d'être hospitalisé en chambre privée, le montant des honoraires des médecins peut ainsi être doublé ou triplé (voire quadruplé dans certains hôpitaux comme ceux du groupe CHIREC<sup>2</sup>, avec lequel le PMO n'a pas réussi à conclure de convention à ce jour).

<sup>1</sup> <https://myintracomm.ec.europa.eu/dg/pmo/multimedia/publications/documents/newsletter-pmo-special-hospital-txt.htm>

<sup>2</sup> Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (les Cliniques et Hôpitaux de la Basilique, de Braine-l'Alleud-Waterloo, Edith Cavell, Lambermont, du Parc Léopold, et Saint-Anne Saint-Remi)

Le groupe CHIREC, très fréquenté par les affiliés du RCAM, a refusé toute convention malgré les nombreuses démarches entreprises par le PMO et par le CGAM. Les hôpitaux concernés appliquent un supplément d'honoraires de 300 % en cas d'hospitalisation en chambre individuelle. Par ailleurs, bon nombre de praticiens (chirurgiens, gynécologues, obstétriciens, anesthésistes) de ce même groupe exigent de leurs patients de séjourner en chambre privée sous peine de refuser de les traiter.

L'absence de convention limitant les suppléments d'honoraires des hôpitaux du groupe CHIREC demeure, pour le Régime comme pour les affiliés, une source importante de dépenses qu'un accord en la matière aurait permis de réduire. Afin de faire évoluer la position du groupe CHIREC, différentes mesures pour rendre ses hôpitaux moins attractifs pour les affiliés du RCAM sont actuellement à l'étude (mesures d'excessivité, limitation des prises en charge).

Afin de compléter la couverture de la région bruxelloise en termes de limitation des suppléments d'honoraires (hors CHIREC), le PMO est en pourparlers avec les hôpitaux du groupe IRIS-SUD (Etterbeek, Baron Lambert, Molière-Longchamp), St Jean, St Pierre et Brugmann. Ces pourparlers devraient s'achever au plus tard au premier trimestre 2016.

***Particularité hors Union :*** « *Les collègues hors Union, à l'exception des agents locaux, bénéficient d'une prise en charge à 100 %. Nous souhaiterions connaître l'économie générale de ce système et étudier les pistes en vue d'une application totale ou partielle au reste du personnel.* »

Les collègues hors Union bénéficient d'une couverture complémentaire qui intervient pour la partie des dépenses restant à leur charge après intervention du RCAM (Article 72 du Statut). Cette couverture prévue par l'Article 24 de l'Annexe X du Statut est financée par une contribution de 0,5 % à charge de l'affilié et de 0,5 % à charge de l'employeur. Il ne s'agit pas toujours d'un remboursement complémentaire à 100 % mais plutôt d'une couverture complémentaire avec des plafonds plus élevés.

Ce système est dans une situation financière précaire et un groupe de travail vient d'être mis en place pour travailler à son rééquilibrage.

***Généralisation du RCAM-en-ligne :*** « *Cette politique pose de difficultés évidentes en particulier pour les pensionnés. Il faut absolument maintenir la possibilité d'introduire manuellement les demandes de remboursement.* »

Les affiliés sont incités à utiliser le plus possible RCAM-en-ligne pour la gestion de leurs frais médicaux pour des raisons de qualité et de rapidité des remboursements. Il n'y a aucune intention d'éliminer la filière papier pour les pensionnés.

**Reconnaissance du RCAM dans les pays de l'Union :** « Combien de collègues font état de l'incompréhension des services administratifs des hôpitaux lorsqu'ils présentent leur attestation d'affiliation au RCAM ! Il apparaît qu'en Belgique les procédures papier vont également disparaître. Les documents INAMI seront remplacés par des transactions électroniques. Des problèmes sont aussi rencontrés aux Pays-Bas. Nous devons donc d'urgence envisager un système qui soit compatible avec les systèmes nationaux en commençant par la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas. »

Notre système d'assurance maladie offre à nos membres des avantages considérables comparé aux systèmes européens de santé nationale (par exemple le choix totalement libre des prestataires partout dans le monde et l'usage de la chambre individuelle). Il est également vrai que notre système présente certaines limitations parce que celui-ci ne fait pas partie du système européen de coordination de la sécurité sociale qui donne aux citoyens européens une assistance partout en Europe dû à la reconnaissance mutuelle des systèmes. Malgré cette limitation, il ne me paraît pas indiqué de demander une telle reconnaissance au sein des Etats membres (passant nécessairement par un acte législatif) à cause d'un risque élevé de « nationalisation » de notre système qui comporte des éléments précieux pour nous.

**Accidents :** « Il faut informer régulièrement les fonctionnaires et agents sur la procédure à suivre. »

Outre les informations prodiguées à l'entrée en service concernant la couverture offerte par l'article 73 du Statut et la Réglementation Commune y associée, le PMO a veillé à poster sur MyIntracomm tous les détails concernant la marche à suivre pour déclarer un accident, ou pour demander la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Dans la pratique, tout affilié ayant effectué une déclaration reçoit, au plus tard dans les dix jours ouvrables suivant réception de cette déclaration, un accusé de réception détaillant toutes les étapes de traitement de son dossier.

Ce courrier, comme tous ceux qui accompagnent les étapes de traitement du dossier, est transmis par RCAM-en-ligne, accompagné d'une notification par courrier électronique. Les éventuelles questions posées par l'affilié par PMO-Contact sont traitées sans retard par l'équipe spécialisée.



**Maladies professionnelles :** « la réglementation devrait évoluer avec la prise en compte de situations telles que le burn-out et l'épuisement professionnel. »

Si la Réglementation Commune relative à l'article 73 ne fait pas mention, *expressis verbis*, des termes « burnout » et « épuisement professionnel », il n'en reste pas moins que les conséquences médicales de telles affections font l'objet d'évaluations précises (envisagées notamment dans les articles 3, 4 et 9 du Barème européen<sup>3</sup>), voire, le cas échéant, de la fixation de taux d'invalidité permanente partielle (« IPP »). Dans ce même domaine, à l'instar de toute situation nécessitant des évaluations hautement spécialisées, les services du PMO font appel de façon systématique, sur proposition du « médecin-AIPN » (médecin-conseil du « service Accidents »), aux expertises de sages-mesures (spécialistes, en l'occurrence, dans les domaines neurologiques, psychologiques et psychiatriques). Ce faisant, le PMO fait preuve par conséquent d'une attention particulière dans le cadre de son devoir de sollicitude. Le cas échéant, la collaboration avec le Service Médical de l'Institution ne s'établit, pour chaque cas particulier, qu'avec l'accord écrit de l'affilié, dans le même esprit de sollicitude à l'égard de ce dernier et de respect des données personnelles à caractère médical.

### **Droits individuels**

**Allocations familiales :** « Des changements parfois minimes dans le salaire du conjoint ne travaillant pas dans l'institution (heures, gardes supplémentaires...) conduisent à des situations délicates avec la suppression rétroactive de l'allocation de foyer et la récupération de plusieurs milliers d'euros. Des collègues sont ainsi mis en difficulté. »

Le Statut établit le montant exact pour les revenus du conjoint à partir duquel l'agent n'a pas droit à l'allocation de foyer. Les montants pris en compte pour la comparaison avec le seuil sont les montants confirmés par les autorités fiscales nationales et sur lesquels nous n'avons aucune influence.

Comme l'approche est d'octroyer ce droit à titre provisoire (ce qui est favorable aux agents concernés) dans l'attente des documents fiscaux qui arrivent toujours une ou deux années après l'exercice d'imposition il y a des cas où le PMO doit obligatoirement procéder à des récupérations.

Dans le but de limiter les cas de récupérations le PMO a déjà adapté sa pratique et actuellement lorsque les derniers revenus déclarés dépassent 95 % du plafond l'octroi provisoire n'a plus lieu.

« Sans parler de l'anachronisme que soulèvent les collègues en partenariat stable et qui ne peuvent pas percevoir l'allocation de foyer s'ils n'ont pas d'enfants. »

Le Statut établit clairement dans quelles situations l'allocation de foyer doit être octroyée. Or, il n'y a pas dans le Statut de base légale qui permette un octroi de cette allocation pour des partenariats stables.

---

<sup>3</sup> « Barème européen dévaluation à des fins médicales des atteintes à l'intégrité physique et psychique », annexe A de la Réglementation Commune.

**Allocations scolaires :** « Il apparaît que trop souvent des dossiers sont rejetés car les services du PMO contestent la légalité d'un document. Or, il n'est pas toujours facile d'obtenir les documents exactement exigés par le PMO, surtout lorsque les études d'un enfant sont effectuées à l'étranger. Il est nécessaire d'avoir plus de souplesse et de dialogue pour traiter ces dossiers. »

Les documents exigés par PMO dans le cadre des déclarations scolaires et fournis par la quasi-totalité des collègues sont ceux généralement disponibles et émis par les établissements scolaires. Le PMO a une approche souple, mais vu la multiplicité des situations de par le monde et le nombre de déclarations soumises, quelques 13.000 par année scolaire, il y a quelques cas sporadiques qui requièrent de demander des documents complémentaires afin d'assurer la conformité de la demande avec les exigences du Statut (par exemple pour des études par correspondance ou pour confirmer le niveau des études suivies).

**Prise en charge de personnes assimilées à l'enfant à charge :** « La réglementation telle qu'appliquée est extrêmement restrictive et conduit à un rejet d'un nombre important de dossiers pour une différence de quelques euros dans le calcul des frais de maintien par rapport au seuil pour obtenir l'allocation. »

La réglementation est extrêmement restrictive pour une allocation de caractère extraordinaire (toujours octroyée pour une période d'un an). Le PMO utilise les meilleures données fournies par les agents pour assurer un calcul correct. Dans tous les cas, les décisions définitives doivent respecter toutes les conditions d'attribution. Bien entendu, le seuil d'attribution doit être pleinement respecté.

**Répétition de l'indu :** « La règle d'étalement a été changée très brutalement et met de nombreux collègues en difficulté. »

La récupération échelonnée des dettes est effectuée sur base d'un accord avec le médiateur européen de 2010. La dette est constatée dans le salaire du mois M et une lettre de dettes est adressée début du mois M en proposant une récupération à partir du mois M+2. La mensualité correspond à 15 % du traitement de base et des indemnités récurrentes.

Si justifié de par la situation personnelle des agents, les plans d'échelonnement sont adaptés sur demande.

Le PMO est actuellement en train de clarifier la procédure en matière de récupération des dettes en général. Dans ce contexte, il s'assurera également de la meilleure information possible aux agents, en particulier pour expliquer l'origine et le calcul de la dette.

## **Droits à pension**

**Calcul des droits, Transferts in & out :** « Retards pour proposer la mise à jour statutaire des taux de transfert. Il s'agit d'éviter la catastrophe de 2009. »

Les dispositions générales d'exécution (DGE) établies en 2011 ont donné lieu à un nombre considérable de dépôts de nouvelles demandes (plus de 10.000 en quelques mois) ainsi qu'à une bataille juridique auprès de la Cour de Justice de l'Union qui vient de se terminer très récemment (octobre 2015).

L'analyse de la DG HR a conclu que le principal paramètre ayant un effet sur les coefficients appliqués aux transferts IN et OUT de droits à pension est le taux d'intérêt défini à l'article 8 de l'annexe VIII du statut. Or, la révision de ce taux, qui constitue le principal élément déclencheur d'une révision des coefficients, n'est prévue qu'à la fin de l'année 2018 à l'occasion de l'évaluation quinquennale de l'équilibre du fonds de pension.

### ***Relations entre les affiliés et PMO Contact***

***Voie électronique :*** « *L'automatisation du système a rendu les contacts directs beaucoup plus compliqués, voire inexistantes. Aussi le traitement des dossiers devient beaucoup plus long à cause des rejets successifs, parfois non justifiés, au détriment de l'affilié. »*

***Assistance téléphonique, guichet d'accueil, PMO Contact :*** « *L'impossibilité de pouvoir parler aux interlocuteurs du PMO pose un vrai problème. Beaucoup de dossiers pourraient être réglés bien plus facilement qu'ils ne le sont actuellement. »*

Les protocoles de contrôle mis progressivement en place, depuis 2011, répondant aux recommandations de l'audit du RCAM effectué par l'IAS en 2010, ont certainement entraîné des nouvelles contraintes pour les affiliés, qui peuvent bien entendu être perçues de façon négative. Cela a cependant permis d'atteindre un niveau élevé d'assurance de bonne gestion, attesté aujourd'hui par un taux d'erreurs se situant aux alentours de 0,5%. Les rapports de contrôle ex-post reflétant ce progrès sont unanimement appréciés par le CGAM, où siège la Représentation du Personnel.

Le PMO Contact en ligne est, depuis juillet 2013, le point de contact privilégié pour tous les affiliés. Ce portail web est facile d'accès et dispose d'une série de menus intuitifs qui guident les affiliés et les aident à mieux structurer et cibler leurs questions. Le portail offre également une série de FAQs, visant à donner une réponse rapide aux questions les plus fréquentes et évitant ainsi le besoin de reformuler les mêmes questions. Ce portail envoie les questions directement aux secteurs concernés au sein du PMO, évitant ainsi des pertes de temps inutiles.

Suite à la définition d'un ensemble de nouvelles priorités clés dans le plan de gestion pour 2015, l'attention accordée au délai moyen pour répondre aux demandes de renseignement par l'intermédiaire de « PMO Contact en ligne » ou du central téléphonique commence à porter ses fruits.

Tant le temps moyen pris par le Centre téléphonique que le « PMO Contact en ligne » ont en effet diminué pour atteindre des niveaux proches ou inférieurs aux objectifs définis dans le plan de gestion.

Depuis le début de l'année 2015, le temps moyen d'attente a diminué de façon importante, de plus de 20 minutes à 4-5 minutes (objectif pour 2015, fixé à 10 minutes), et le volume de questions sans réponse dans les 15 jours ouvrables a été réduit à 15% (objectif pour 2015, fixé à 10%).

Les améliorations apportées en cours d'année au service téléphonique et au traitement des demandes PMO-Contact ne sont toutefois pas encore suffisantes pour donner pleine satisfaction aux utilisateurs. Le PMO est pleinement engagé à ce que dans ses objectifs 2016, la qualité du service à la clientèle figure comme la première priorité, tant sur le plan des délais que de l'accessibilité à nos services. Ainsi, au-delà des guichets d'accueil pour les pensionnés et actifs avec des dossiers complexes, le PMO entend adopter dès que possible une approche beaucoup plus proactive en prenant l'initiative du contact avec l'affilié sur des questions importantes.

Kristalina Georgieva

Copies: Mme I. Souka (Directeur Général DG HR), M. C. Roques (DG HR)  
M. Lemaître (Directeur PMO), MM H. Barata, G. Scognamiglio, B. Fetelian (PMO)  
M. A. Lacerda (Président CGAM)  
M. D. Giorev (Cab Georgieva), M. J. Michiels (PMO)