



COLLÈGE DES PRÉSIDENTS DES COMITÉS DU PERSONNEL

Agences de l'Union européenne - Banque centrale européenne - Banque européenne d'investissement - Centres communs de recherche - Comité des régions de l'Union européenne - Comité économique et social européen - Commission européenne - Conseil de l'Union européenne - Contrôleur européen de la protection des données - Cour de justice de l'Union européenne - Cour des comptes européenne - Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne - Médiateur européen - Parlement européen - Service européen pour l'action extérieure

Luxembourg, le 18 mars 2014
CPCP/1/2014

Note à l'attention du Collège des chefs d'administration

Objet : Evolution du régime commun d'assurance maladie (RCAM) et fonctionnement du comité de gestion de l'assurance maladie (CGAM)

Suite aux échanges avec les représentants du personnel au sein du CGAM, le Collège des présidents des comités du personnel à l'honneur de vous faire part de ses préoccupations relatives à l'évolution du régime commun d'assurance maladie ainsi que des difficultés rencontrées par son comité de gestion pour remplir ses missions.

Les comptes du RCAM accusent un **déficit** au niveau opérationnel depuis l'exercice 2006 dû à la politique de recrutement de personnel suivie par les institutions et à l'inflation des prix des soins de santé. En effet, à la suite de la réforme du statut de 2004, les cotisations moyennes par affilié ont baissé et n'ont retrouvé leur niveau nominal qu'en 2011, puis elles ont stagné, faute d'adaptation des rémunérations et pensions. Le manque à gagner est chiffré à 2,2 millions d'euros en 2011 et 6,7 millions d'euros en 2012. Cette perte se creuse au fil du temps, quelles que soient les tentatives du PMO pour enrayer le déficit opérationnel **en rejetant des demandes des affiliés**. La politique de recrutement massif d'agents contractuels faiblement rémunérés sape les fondements de notre régime qui s'appuyait sur des fonctionnaires en activité cotisant suffisamment pour faire face aux frais de soins accrus des post-actifs, selon un principe de solidarité. Cela dit, les post-actifs cotisent presque autant que les actifs. L'écart s'est resserré de 2004 à 2011 et cette tendance risque de reprendre avec les effets de la réforme de 2014.

Des facteurs externes viennent mettre en péril le RCAM :

- 1) **L'inflation des prix des soins** subie par les affiliés dépasse nettement celle subie par les assurés des régimes primaires nationaux.
- 2) **Les responsables du RCAM** ne sont jamais parvenus à juguler les majorations de tarifs qui nous sont trop souvent appliquées.
- 3) Les économies dégagées grâce aux quelques conventions que le PMO est parvenu à conclure avec beaucoup d'efforts sont si insignifiantes qu'elles ne figurent même pas

dans le rapport annuel ; en toute hypothèse, lorsqu'une convention avec un des principaux hôpitaux belges prévoit des majorations de 200 ou 300% pour les consultations/avis médicaux et des traitements ambulatoires, on voit mal comment le régime pourrait en tirer bénéfice.

- 4) Le désengagement progressif des caisses primaires nationales induit une pression accrue sur la couverture complémentaire octroyée par notre régime.

La réforme de 2014 qui prévoit des baisses de salaire, des plafonnements des carrières, des réductions de droits à pension aura nécessairement un impact négatif sur le RCAM. Quoique le PMO lance sans cesse de nouveaux trains de mesures restrictives, il ne compense jamais l'écart qui se creuse à cause de circonstances externes à sa gestion ; il faut noter que les contrôles ex post et les audits démontrent un taux d'erreurs en faveur des affiliés particulièrement faible ; un renforcement des procédures internes ne serait pas nécessairement rentable. Les menaces qui pèsent sur la viabilité de notre système sont d'autant plus alarmantes que de nombreux affiliés et bénéficiaires ne sont pas en mesure de souscrire une assurance privée complémentaire, soit parce qu'ils n'en ont pas les moyens, soit parce que leur santé est trop altérée ou qu'ils sont trop âgés pour qu'un assureur privé accepte de les couvrir. Partant, ils n'ont d'autre choix que de se tourner vers leur régime obligatoire primaire.

Face à une telle situation, le CGAM a pour tâche d'explorer les mesures de redressement et de formuler des propositions. Or, il se trouve enlisé sous un flot sans cesse croissant de réclamations, déclenché par les revirements inopinés des bureaux liquidateurs par rapport à leurs pratiques antérieures suivies pendant de longues années, voire des décennies. Les changements d'interprétation des règles sont si substantiels qu'ils équivalent à une refonte des DGE dans un sens beaucoup plus restrictif, mais sans procédure de discussion ni publication préalable.

Voici des exemples de motifs récurrents de réclamations :

- 1) le refus de prolongation de la reconnaissance de **maladie grave**, même après 20 ou 30 ans d'application, indépendamment du constat de l'aggravation de la maladie, y compris dans des cas de sclérose en plaques, maladie de Parkinson, nouvel infarctus, diabète, etc. ; la maladie grave obéit à une définition « administrative » selon le PMO, qui n'a rien à voir avec les régimes nationaux qui définissent un nombre bien plus étendu de maladies graves, appelées parfois « affections de longue durée » ;
- 2) la reconnaissance de la **dépression** comme maladie grave est quasi-impossible ;
- 3) les **handicaps**, même lourds, tels que la surdité de naissance, la cécité, l'amputation d'un membre ne sont pas reconnus comme des maladies graves, en violation de la convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées signée le 26 novembre 2009 par le Conseil au nom de l'Union européenne ;
- 4) les suites et les conséquences de maladies graves sont exclues de la couverture à 100%, par exemple s'il s'agit de **psychothérapies** pour cancéreux ou de cure thermique neurologique pour personne atteinte d'une tumeur au cerveau ;

- 5) la couverture des conjoints en **complémentaire** est accordée avec de grandes difficultés alors qu'auparavant, l'excès était inverse, tout se passait comme si les conjoints avaient une couverture primaire et aucune formalité n'était exigée auprès de l'assurance nationale, notamment l'ASL italienne ;
- 6) les accords de prise en charge d'une hospitalisation en Suisse ne mentionnent pas le plafond d'excessivité fixé alors que l'établissement est fréquenté par des affiliés et leur conjoint depuis des décennies sans application de ce plafond ;
- 7) des traitements qui ont été admis à maintes reprises pour un patient sont soudainement classés comme non-fonctionnels en invoquant un avis du conseil médical remontant à plusieurs années ; certains avis sont oubliés au fil du temps avant d'être redécouverts et brandis contre un affilié pour lui refuser un remboursement de prestations auparavant acceptées ;
- 8) les **psychothérapies** admises en Belgique pendant des décennies sont subitement rejetées au motif que les psychothérapeutes devraient être inscrits auprès de la Commission des psychologues, sur la base d'une loi de 1993, ce que ladite commission a nié, la loi de 1993 ne prévoyant que la protection du titre de psychologue ; en Belgique la profession de psychothérapeute n'est pas encore réglementée ; pourtant, depuis 1993, les dépenses du RCAM en matière de psychothérapies ont été soumises à de multiples contrôles par la hiérarchie, au moyen des contrôles ex ante et ex post, des audits internes et externes, du CGAM (via les réclamations notamment) qui n'ont jamais qualifié d'anomalies les remboursements des prestations effectuées par des professionnels non répertoriés auprès d'un ordre professionnel ou organisme équivalent ;
- 9) après une longue période de tolérance, les **reçus** fournis par les professionnels médicaux et paramédicaux en Belgique doivent soudainement prendre obligatoirement la forme des reçus fiscaux, or la disposition y afférente dans notre réglementation diverge selon ses versions linguistiques, le régime applicable aux professions de psychothérapeute, ostéopathe et podologue n'est pas clair (faut-il un reçu simple ou sur un carnet spécial ?) ; qui plus est, trop de médecins et de professionnels de santé ont pris de fâcheuses habitudes de ne pas remettre de reçus fiscaux ; les assurés ne contestent pas la nécessité pour les praticiens de se conformer aux règles fiscales, mais un délai de transition leur est nécessaire car ils auront des difficultés à satisfaire à cette nouvelle exigence de leur Bureau liquidateur ; d'ailleurs, il n'appartient pas à nos affiliés de rentrer dans des discussions avec le corps (para)médical pour la remise des pièces justificatives mais plutôt au PMO de fournir des instructions claires p.ex. par l'intermédiaire des différentes associations (para)médicales ;
- 10) les revirements du PMO sont si surprenants que même les fonctionnaires et agents expérimentés des bureaux liquidateurs ont du mal à s'y adapter ; parfois ils donnent des réponses favorables, en allant jusqu'à accorder une prise en charge pour une hospitalisation avant d'être désavoués par leur supérieur ; nous regrettons les défaillances des Bureaux liquidateurs : absence de réponse au téléphone du bureau liquidateur d'Ispra auquel sont rattachés les pensionnés, les fonctionnaires et autres agents en poste dans les délégations ainsi que ceux du siège de l'EEAS, difficultés pour les pensionnés « isolés » de gérer les contacts avec le PMO en particulier celui d'Ispra, longs délais de réponses aux courriels, aux demandes d'autorisations préalables (par ex : refus tardif d'un transport demandé trois semaines avant la date prévue), en raison de problèmes de sous-effectifs ; faute de renseignements fiables, les assurés font des

choix d'établissement ou de traitement et découvrent a posteriori que la prestation ne sera pas ou peu remboursée ;

- 11) si un affilié peut opter entre une approche thérapeutique onéreuse et bien remboursée et une autre moins onéreuse avec un autre mode de calcul du remboursement, il risque de se trouver pénalisé en ayant opté pour la solution la moins chère ; ce genre de détail n'incite guère à réduire les dépenses.

Comme vous le comprenez, les affiliés sont de plus en plus désemparés face à ces déconvenues, d'autant qu'ils invoquent vainement les principes de sécurité juridique et de confiance légitime. En réalité, la population qui ne peut plus accéder à des remboursements à 100% ne cesse de croître alors que l'accès à des assurances privées leur est barré ou excessivement onéreux.

Les représentants du personnel sont perplexes face à des avis des médecins conseils qui contredisent les avis antérieurs des médecins conseils relatifs à la même personne, surtout lorsqu'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé est enregistrée : nos règles nous empêchent de porter une appréciation médicale mais la contrariété de motifs est manifeste. Nous constatons de plus en plus souvent des divergences entre les médecins-conseils généralistes du RCAM et les rapports détaillés établis par des médecins traitants spécialistes. Soit il faut demander la saisine du conseil médical qui n'a guère l'habitude de désavouer l'un de ses membres, soit il faut voter en faveur de la réclamation et nous débouchons sur un non-avis. Du reste, le Tribunal de la fonction publique a déjà mis en doute l'indépendance des médecins-conseils dans son arrêt Allen (F-23/10). Dans ces conditions, les représentants du personnel expriment leurs désaccords de fond qui justifient leur refus de traiter une kyrielle de réclamations à la hâte en se contentant d'entériner les décisions des bureaux liquidateurs. Ce n'est qu'une fois que les divergences de fond auront été résolues qu'il sera possible de traiter rapidement les réclamations en leur appliquant une ligne d'action définie paritairement. À ce stade, les comités du personnel seront disposés à contribuer aux efforts d'information et d'explication des règles aux collègues et aux pensionnés.

Alors que pendant longtemps, le CGAM n'était saisi que de 5 ou 6 réclamations à chaque réunion plénière, ce chiffre a atteint 81 en 2012 et pour la prochaine réunion de mars 2014, il faudrait rendre un avis dans 57 dossiers, voire plus. Cette croissance exponentielle nous amène à solliciter les mesures suivantes :

- 1) la mise en place d'un nombre de réunions suffisant, y compris les réunions préparatoires, pour travailler sur les questions générales de bonne gestion et sur les réclamations ;
- 2) l'élaboration par le PMO d'une étude prospective, portant sur une période au moins jusqu'en 2024, afin d'évaluer l'impact de la réforme de 2014, en présentant plusieurs scénarios ;
- 3) une étude, préalable à une éventuelle décision, de la possibilité de recourir à des conventions avec des caisses nationales de santé ou des mutuelles de sorte que les affiliés du RCAM puissent échapper aux majorations de tarifs et accéder aux infrastructures mises en place par ces organismes ; cette étude ne préjuge pas de la position définitive des représentants du personnel qui tiendra compte de la sauvegarde tant de

l'indépendance de notre régime que du principe du libre choix du professionnel de santé ;

- 4) une étude de la faisabilité et de l'opportunité de mettre en place un service de médecins, dentistes, pédiatres, kinésithérapeutes, opticiens, pharmaciens, etc. réservé essentiellement aux besoins du personnel des institutions, des pensionnés et des ayants droit, soit dans les locaux soit à proximité des lieux de travail ou d'enseignement, en cherchant une large couverture linguistique ; des grandes administrations et de grandes entreprises ont opté avec succès pour la création de services réservés à leur personnel et aux membres de leur famille, sans préjudice du libre choix, il s'agit donc d'une solution qui a fait ses preuves ;
- 5) une étude de l'opportunité d'augmenter la contribution au RCAM par tranche de 0,1% comme mesure complémentaire dans le but de rééquilibrer les finances de notre assurance maladie¹ ;
- 6) une sélection des médicaments remboursables : l'Organisation mondiale de la santé élabore une liste des médicaments essentiels qui donne une base de départ et que l'on peut ensuite compléter avec des produits communément admis dans plusieurs régimes nationaux de l'UE² ; la création d'une pharmacie centrale servirait à assurer l'approvisionnement au meilleur prix de médicaments fiables (pas des faux médicaments ou des contrefaçons) y compris pour les affiliés qui résident hors Union et qui prennent des traitements sur une longue durée ; cette pharmacie centrale jouerait à la fois le rôle d'une officine où les patients reçoivent des conseils de professionnels et d'un département de pharmacie d'hôpital qui a pour fonction d'acheter uniquement les médicaments utiles au meilleur prix, sans générer de profits ;
- 7) la volonté de réduire les dépenses en matière de psychothérapie et de psychiatrie en général devrait s'appuyer sur une véritable politique de santé publique permettant aux patients d'accéder à des soins médicaux nécessaires et à inciter les autres patients à se tourner vers des mesures non médicales mais propices pour leur santé et leur bien-être (activités physiques, activités associatives, chant, pratique de la musique et toute autre activité agréable) ; les refus de remboursements imprévisibles ne font qu'approfondir les malaises car les médecins conseils ne donnent jamais de pistes de solution³ ;
- 8) la négociation avec les États-membres afin de faire reconnaître les affiliés du RCAM au même titre que les affiliés des régimes nationaux ; ceci permettrait aux affiliés de bénéficier des tarifs normalement appliqués au niveau national sans la sur-tarification ;
- 9) une révision de la méthodologie du calcul des coefficients d'égalité ;
- 10) une amélioration de l'information et l'explication des règles aux collègues et aux pensionnés.

Nous avons parfois observé que les règles financières qui obligent le PMO à payer rapidement des factures d'hôpital l'amènent à verser des sommes réclamées suite à un abus de l'établissement et/ou de l'assuré. Le PMO a renforcé ses contrôles internes, mais il serait souhaitable qu'il soumette aux assurés les factures qui vont donner lieu à une récupération

¹ Le comité du personnel du Comité des régions ne se rallie pas à cette proposition.

² Le comité du personnel du Comité économique et social européen ne se rallie pas à cette proposition.

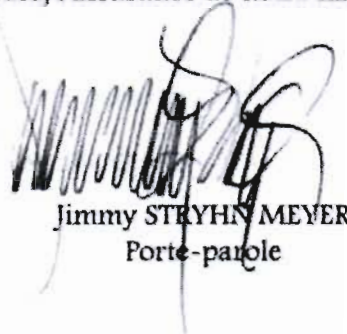
³ Le comité du personnel du Comité économique et social européen exprime ses réserves à l'égard de cette approche.

pour cause d'excessivité. Pour des factures très importantes, qui peuvent se chiffrer en centaines de milliers d'euros, il serait opportun que le PMO ait un peu plus de temps pour procéder à des investigations ou tout simplement pour négocier le tarif. Aux États-Unis, les sociétés d'assurance et d'assistance sélectionnent des prestataires de soins et négocient des remises, ce qui signifie que lorsqu'un assuré doit être hospitalisé, il est aiguillé vers un établissement en particulier et qu'il paiera beaucoup moins qu'un client ordinaire (assuré RCAM). Compte tenu des prix exorbitants auxquels sont confrontés les affiliés aux États-Unis, au Japon, en Norvège, en Suisse et au Canada notamment, la comparaison entre le régime actuel et la souscription d'un contrat avec un assureur local est pertinente pour déterminer la solution la moins coûteuse.

Nous nous référons aux conclusions du rapport annuel 2012 (voir annexe, pages 25-26, pour la commodité de lecture). Nous attendons des propositions précises et concrètes, documentées sur base de chiffres fiables, avant de nous prononcer. Nous rappelons que les mesures nécessitant une modification de la réglementation sont subsidiaires et qu'elles seront examinées avec circonspection. Nous sommes fermement opposés à la perte de la gratuité de la couverture complémentaire pour le conjoint, surtout eu égard à la dégradation des niveaux de garantie dans les régimes nationaux. D'une façon générale, nous sommes très prudents à l'égard de tout projet de transfert au budget général des institutions des prestations liées à la complémentarité, à la dépendance, à la médecine préventive, aux remboursements spéciaux complémentaires (article 72, paragraphe 3 du statut) et aux frais funéraires; en effet, de tels transferts risqueraient d'aboutir à une disparition pure et simple de ces prestations. Un consensus semble se dessiner en faveur d'un transfert de la médecine préventive aux institutions, au minimum pour les actifs. Le point de savoir si les frais liés à la dépendance, qui vont poursuivre leur forte croissance pour des raisons démographiques, ainsi que les frais funéraires qui augmentent moins vite, devraient relever du secteur social ou de l'assurance maladie, reste en suspens.

Notre régime d'assurance nous concerne tous. Les représentants du personnel tiennent à ce que le RCAM soit pleinement en mesure de réaliser les objectifs qui lui sont impartis et d'assumer ses responsabilités : assurer la pérennité de la solidarité entre nous, à tous les âges.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.



Jimmy STRYHN MEYER
Porte-parole

Annexe : Rapport annuel du CGAM pour l'année 2012

Copie : M. Marc Lemaitre, directeur du PMO
M. Guiseppe Scognamiglio, chef du Bureau central de l'assurance maladie
M. Costas Popotas, président du CGAM
M. Antonio Lacerda de Queiroz, vice-présidents du CGAM