

Médiateur européen

1 avenue du Président Robert Schuman CS 30403

F-67001 Strasbourg cedex- France

JSIS consultation –OI/4/2016

Je souhaite faire part de mes commentaires et de mes questions au sujet de la consultation portant sur le régime commun d'assurance maladie (RCAM) et la convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées.

La consultation lancée par le Médiateur européen vise à déterminer si le traitement des personnes handicapées dans le cadre du RCAM est conforme à la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

1) Quelles règles s'imposent au CGAM ?

Le Comité de gestion de l'assurance maladie, suivant en cela l'orientation du PMO, ne prend jamais en considération la convention précitée, ni la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ni le code de bonne conduite administrative, ni l'article 1 d(4) du statut des fonctionnaires de l'UE ou des principes généraux dans l'ensemble de ses travaux. Ses avis rendus sur des réclamations administratives ne mentionnent pas les moyens invoqués par leurs auteurs, tirés de ces textes.

Il serait donc utile que le Médiateur européen indique si le CGAM est tenu ou non de prendre en compte ces textes dans l'ensemble de ses travaux, y compris dans les avis rendus sur les réclamations.

2) Le réclamant bénéficie-t-il d'une égalité des armes face au PMO ?

Il semble qu'il existe une certaine inégalité des armes entre le réclamant et le PMO :

- la personne concernée par les soins ne peut quasiment jamais se faire examiner par le médecin-conseil, ni même lui parler par téléphone, souvent le nom du médecin ne lui est pas révélé, pour éviter tout risque d'influence sur celui-ci,
- le réclamant est tributaire des pièces que le Bureau liquidateur transmet, ou non, au CGAM, le dossier peut être incomplet, ne permettant pas au CGAM de se faire une idée exacte sur les demandes ;

- il est interdit aux membres du CGAM de contacter le réclamant, le dossier est anonymisé, alors que le PMO a des contacts très étroits avec le CGAM, que le chef du Bureau central et des représentants des Bureaux liquidateurs sont présents à toutes les réunions plénières où ils interviennent activement au soutien de leurs positions,
- les avis du médecin conseil sont considérés comme intangibles, même s'ils sont entachés d'erreurs manifestes,
- les avis du conseil médical sont présentés par le PMO comme de la « réglementation », au même rang que les DGE, encore plus intangible, d'application générale et permanente, dispensant le médecin conseil de tout « examen concret et circonstancié »,
- le médecin conseil peut nier d'un trait de plume les constatations concordantes de plusieurs médecins spécialistes traitants, sans jamais avoir examiné le patient,
- le réclamant peut être confronté à l'apparition d'un moyen nouveau invoqué par le PMO, qui servira de base au rejet de sa réclamation, sans avoir eu la possibilité d'y répondre.

Néanmoins, il est certain que le traitement par les Bureaux liquidateurs des cas de maladie grave et de handicap a connu une nette amélioration. La forte diminution des réclamations en général et de celles liées à des maladies graves en particulier, en 2016 puis 2017, témoigne de ces progrès. Dans plus d'un dossier sur trois, une solution est dégagée avant que l'AIPN ne soit amenée à émettre une décision.

C'est toutefois avec un certain étonnement que j'ai découvert que le PMO n'exige plus la réunion des quatre critères de la maladie grave et qu'il a assoupli son approche, ce dont on ne peut que se féliciter.

Il reste des différends portant surtout sur les suites et conséquences des maladies graves, c'est-à-dire sur le périmètre des remboursements à 100%.

3) Quel statut attribuer au médecin-conseil et quelles méthodes doit-il appliquer ?

A cet égard, il conviendrait de revoir le statut et les méthodes des médecins conseils.

En Belgique, le code de déontologie médicale régit aux articles 119 à 130 le rôle du « médecin-conseil, contrôleur, expert ou fonctionnaire ». Ces médecins « doivent faire déterminer leurs conditions d'exercice dans un contrat écrit ou dans un statut à soumettre préalablement au conseil de l'Ordre de la province où ils sont inscrits » (article 119). Il serait donc utile de vérifier si tous les médecins conseils sont inscrits à un conseil de l'Ordre et s'ils respectent la déontologie applicable selon leur pays d'établissement. Ils doivent garder leur indépendance, ce qui dépend de la durée et de la stabilité de leur contrat, de leur mode de rémunération, de la diversité de leurs sources de revenus.

Les contrats proposés par le PMO pour recourir à des médecins-conseils semblent peu attractifs. Les volontaires sont rares, donc le choix est restreint. Pourtant, compte tenu de l'incidence économique sur le RCAM des décisions prises par les médecins conseils, il serait judicieux de procéder à de véritables recrutements de médecins spécialistes, mieux à même d'évaluer les demandes des affiliés.

Ce même code belge prévoit que les médecins-conseils ne « peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins » (article 123).

La solution qui pourrait être retenue, à la fois pour assurer une application correcte de la déontologie, de la jurisprudence des juges de l'UE exigeant un « examen concret et circonstancié » et du principe du droit à être entendu, pourrait consister à imposer un examen personnel du patient par le médecin-conseil lorsque celui-ci envisage de s'écarter des conclusions des médecins traitants. Si, en raison de l'éloignement, le médecin-conseil ne peut pas procéder à un examen visuel direct, il devrait mandater à cet effet un autre médecin, qui n'a jamais traité le patient. Au strict minimum, l'affilié qui a reçu une décision de refus devrait pouvoir demander un examen clinique, pour lui ou pour son ayant-droit, afin de faire valoir son point de vue et d'obtenir un réexamen de sa demande.

4) Les honoraires des prestataires d'autres Etats membres sont-ils remboursables ?

Les dispositions générales d'exécution en matière d'assurance maladie prévoient que seuls sont éligibles à des remboursements les soins fournis par des « prestataires habilités professionnellement et légalement reconnus » (Titre II, chapitre 8, point 1.4). S'agit-il des professionnels inscrits dans le pays du lieu de la prestation ou peut-on inclure les professionnels valablement inscrits dans l'un des Etats membres de l'Union européenne, usant de la liberté de prestation de services dans un autre Etat membre ?

Cette question se pose surtout pour des orthophonistes, dont la langue est un critère déterminant, ainsi que pour des psychothérapeutes et autres professionnels paramédicaux. La réponse à cette question a une incidence sur la possibilité pour un enfant d'accéder à des soins. Des personnes handicapées, surtout des enfants, ont parfois besoin de traitements d'orthophonie ou autre rééducation au long cours, qu'ils ne peuvent pas concentrer pendant des vacances. On ne peut pas exiger des enfants ou des conjoints qu'ils suivent tous leurs traitements dans une langue qu'ils ne maîtrisent pas, ni les obliger à voyager pour chaque séance.

Il serait commode de laisser des professionnels dispenser des soins dans des locaux des écoles européennes ou des garderies.

Le critère de disponibilité d'un orthophoniste de la langue voulue dans le pays d'affectation, établi, légalement reconnu, ne devrait pas conduire à réserver le remboursement à ce seul professionnel, sans tenir compte de l'éloignement. Un parent en activité peut difficilement perdre une journée ou une demi-journée pour chaque séance de traitement de son enfant ou conjoint alors que le patient pourrait s'adresser à un prestataire plus proche de son domicile.

Si un prestataire de soins est habilité professionnellement et légalement reconnu dans un Etat membre de l'Union, ses services devraient être éligibles au remboursement y compris s'ils ont été fournis dans un autre Etat membre, à charge pour le prestataire de remettre au patient une note d'honoraires ou une facture mentionnant les renseignements obligatoires :

identité exacte du patient (nom et prénom), date, description de l'acte ou des actes, dates des prestations, identité du prestataire, son titre, son adresse, le montant des honoraires.

5) Comment faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des handicaps ?

a) La mise en place d'un interlocuteur unique pour le volet social et le volet médical

La convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées repose sur une prise en charge holistique, incluant des remboursements ou des prises en charge de frais médicaux et des aides sociales. On pourrait citer aussi les services de recrutement, de formation professionnelle, d'ergonomie, le service médical de l'employeur. Sans aller jusqu'à la mise en place d'un interlocuteur unique couvrant tous ces aspects, il serait fort opportun de désigner au PMO une personne principale et un suppléant chargés du suivi des frais médicaux et des aides sociales, joignables par téléphone.

Ces dernières années, le PMO a supprimé des décomptes le nom et le numéro de téléphone de l'agent qui l'a établi, il a rendu anonyme les messages de PMO-contact, les agents à l'accueil ne donnent pas leur nom, ils refusent de contacter un collègue connaissant la situation de l'affilié, les communications téléphoniques sont très restreintes. Tout cela crée des entraves à une communication correcte. Les affiliés sont fortement demandeurs du rétablissement d'une amélioration de cette situation.

b) L'égalité d'accès du personnel et des pensionnés à des aides sociales

Les grandes institutions prévoient dans leur budget une ligne pour les aides sociales, y compris les aides aux handicapés. Toutefois, les agences n'ont pas de budget disponible pour aider un membre du personnel en difficulté ou handicapé. Or, l'accès aux aides devrait être aussi équitable que possible.

Il est suggéré d'octroyer à la Commission un budget suffisant pour couvrir aussi les besoins de toutes les agences et des institutions n'ayant pas de budget affecté aux aides sociales, dans un esprit d'équité.

Les aides familiales sont déjà gérées par la Commission pour tous les pensionnés.

c) Le recours aux possibilités offertes au niveau national

Les pays de résidence du personnel ou des pensionnés donnent accès à des aides diverses pour les personnes handicapées ou gravement malades. Le PMO et les services sociaux des institutions ont tout intérêt à offrir aux personnes concernées des informations détaillées sur les mesures prévues par l'Etat ou des collectivités territoriales ou des organismes sociaux.

d) L'intérêt du maintien d'un lien avec un régime national de sécurité sociale

Il convient de sensibiliser le personnel en activité sur l'intérêt que présente le maintien de droits à pension dans un régime national de sorte à obtenir après le départ à la

retraite, une couverture par une caisse de maladie nationale et une carte européenne d'assurance maladie. Les pays ayant un haut niveau de protection sociale ont mis en place des prestations destinées aux personnes qui ne sont plus autonomes. Par le jeu du transfert de la couverture sociale dans le pays de résidence, un titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité d'origine nationale peut accéder à un niveau de protection plus favorable que celui du pays d'où provient sa pension.

- e) Une prise en charge correcte des maladies graves et des handicaps dépend de l'accès à des prix de soins non discriminatoires

La démographie des affiliés est marquée par une augmentation du nombre des personnes âgées de plus de 60 ans et, par voie de conséquence, des frais de soins de santé et de prise en charge de la dépendance. Les ressources du RCAM augmentent à un rythme moindre. Les affiliés sont fréquemment confrontés à des discriminations de prix des soins. Jusqu'à présent, la Commission européenne n'a pas véritablement lutté contre les discriminations, allant jusqu'à les entériner dans des conventions désavantageuses. L'arrêt Ferlini, C-411/98, du 3 octobre 1998, est trop souvent présenté comme la validation des inégalités de tarifs. L'idée que les affiliés du RCAM (et d'autres régimes non nationaux comme ceux d'autres organisations internationales) pourraient bénéficier de l'article 4, paragraphe 4, de la directive 2011/24/UE relative aux soins transfrontaliers, consacrant le principe d'une égalité des barèmes de prix des soins, ne fait que timidement son chemin.

Au Luxembourg, l'égalité des tarifs est fermement niée par la Chambre des députés, le ministre de la Sécurité sociale, la Fédération des Hôpitaux de Luxembourg, la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins dentistes.

Dans ces conditions, de trop nombreux hôpitaux et prestataires de soins pratiquent des prix majorés dans des proportions extravagantes. Or il est certain que les dérives des dépenses compromettent la pérennité du RCAM. Pendant les périodes de déficit, la reconnaissance du droit au remboursement à 100% et son périmètre font l'objet de sévères restrictions.

Si l'application du principe d'égalité de barème de prix était clarifiée, espérons-le dans le sens positif, le PMO pourrait mieux rembourser les soins.

- f) La nécessité d'une gestion proactive par la caisse de maladie

La caisse de maladie serait en mesure d'assurer une gestion conforme à la fois au principe d'efficacité et au principe de sollicitude, si elle décidait d'aider les affiliés confrontés à des factures excessivement élevées et à des discriminations tarifaires. Pour neutraliser les hausses de prix qui suivent immédiatement les relèvements des plafonds de remboursements, il serait nécessaire d'orienter les affiliés vers des établissements offrant un bon rapport qualité-prix, de publier la liste des médecins respectant les tarifs de base de la Caisse nationale de santé au Luxembourg, de mettre en place des structures de soins pluridisciplinaires de type maisons de santé, de promouvoir le

recours aux médicaments génériques et à la télémédecine. Cette liste n'est pas exhaustive.

S'agissant de médicaments très onéreux comme le Sovaldi qui sert à traiter l'hépatite virale, la caisse de maladie a décidé de limiter le remboursement à partir d'un certain stade de la maladie alors qu'en orientant les malades vers un Etat membre où le prix sera moins élevé, de l'ordre de 4000 euros au lieu de plus de 50 000 euros ailleurs, elle pourrait couvrir tous les besoins.

En conclusion, une clarification de questions juridiques serait bienvenue. Elle permettrait de prendre ensuite des décisions de gestion aptes à garantir aux personnes atteintes d'une maladie grave et/ou d'un handicap un haut niveau de solidarité, conforme aux exigences de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées.