



LUNCHTIME CONFERENCE ORGANISED BY THE FFPE (Council branch)
HEALTH INSURANCE OR COST CUTTING EXERCISE?

14 October 2014, Press Room

SUMMARY

1. The President of the FFPE Council branch, **Simon Coates**, introduced the speakers and the conference's themes. He then gave the floor to **Serge Crutzen**, President of the SEPS (Seniors of the European Public Service, an association defending the rights of retired officials) and a specialist on health insurance who gave a **presentation** on the current state of the joint sickness insurance scheme (JSIS), following the developments that had taken place in recent years, and likely future developments, in particular:

- staff reductions in settlement offices and the transfer of part of their work to members (JSIS Online);
- the regime's operational deficit;
- the PMO's attitude and approach to tackling the deficit;
- the Sickness Insurance Management Committee (SIMC)'s proposals;
- members' positions.

During his presentation, Mr Crutzen underlined that one of the major problems with the PMO's management of the JSIS was the lack of information. He stressed the need for the PMO to continue its efforts to ensure improved communication with all members.

2. **Michela Velardo**, a lawyer with the Brussels and Rome bars and a specialist in the defence of European civil servants then made a presentation on the main legal problems arising from the PMO's policies and practices that she had become aware of through her legal work, particularly the complaints and applications that she had introduced on behalf of officials. She focussed her presentation on:
- the legal status of the opinion of the medical officer, which is often used to justify a refusal to reimburse medical expenses. She insisted in particular on the right of access to those opinions and the fact that, despite the obstacles that administrations might put in the way of requests for access, they could not be refused;
 - ECJ case law in cases concerning the JSIS;
 - the legal consequences of the JSIS's acceptance of a request for direct billing ("*prise en charge*") for a hospital stay, which did not imply a commitment to reimburse all expenses;
 - the risk linked to the deadline for the introduction of a complaint under Article 90 of the Staff Regulations, which does not stop running just because there is an error in the reimbursement sheet.
3. **Renzo Carpenito** Vice-President of the FFPE Council branch focussed his intervention on the right to benefit from medical treatment, which is one of the fundamental rights laid down in the Charter, but often compromised by the cost-cutting policies of the institutions (salary reductions) and the PMO (obstacles to and delays in reimbursements of various types). He also called for an end to the centralised management of the sickness insurance scheme and for its management for Council staff to be returned to the Council, since

past experience showed that this was considerably more effective and user-friendly.

In the meantime, he called for the PMO to give privileged access to the Council's Welfare Unit, to enable it to assist Council colleagues even more effectively.

4. **Massimo Parnisari**, head of the Council's Welfare Unit, reminded colleagues that his unit had made major efforts to improve the information provided to colleagues on the JSIS. He also underlined that his team was available to assist and advise colleagues, whether still at work (via the *Helpline*), or pensioners.
5. **Mr Scognamiglio**, head of PMO 3, took advantage of his presence at the conference to provide clarification on the PMO's policies and practices. He indicated that the PMO was required to ensure the efficient management of the sickness insurance scheme and was subject to a very strict internal audit within the Commission plus an external audit, which had highlighted the need to change the management of some aspects of the scheme. He also referred to medical officers' opinions, reassuring the audience that there was no obstacle to making them available to the members concerned. Regarding the complaint that decisions were based solely on the medical officer's opinion, he admitted that that was one of the most common scenarios, but stressed that, in the more complex cases, the advice of the medical committee was requested systematically. He also indicated that, to reduce costs, the PMO was seeking to negotiate conventions with hospitals and that two had already been concluded with Saint Luc and Erasmus. Regarding the new requirements for receipts, which would be obligatory from 1 January 2015, the PMO had given health professionals plenty of prior warning.
6. Colleagues attending the conference made a number of comments and addressed questions to the panel. They mentioned in particular the problems

facing the handicapped following the new stricter interpretation of serious illness. They also pointed out that some doctors and hospitals presented inflated bills to EU staff. They deplored the fact that some colleagues, both among those still at work and pensioners, had decided not to seek medical treatment or not to request reimbursement of their costs because of the unduly complex procedures. They also mentioned the practical problems that the strict application of the rules could sometimes create.

The FFPE Committee (Council branch)

16/10/2014

FFPE-Conseil

JL 00 FL 04 – 8112

secretariat.ffpe@consilium.europa.eu



CONFÉRENCE-DÉBAT ORGANISÉE PAR LA FFPE-CONSEIL

ASSURANCE MALADIE OU RÉSERVOIR D'ÉCONOMIES ?

14 octobre 2014, Salle de Presse

COMPTE-RENDU

1. Après une introduction sur les thèmes et les intervenants à la conférence, le président de la FFPE Conseil, M. Simon Coates, a donné la parole à M. Serge Crutzen, président de la SFPE (Seniors de la Fonction publique européenne, une association de fonctionnaires retraités) et spécialiste de l'assurance maladie qui a présenté un exposé sur l'état actuel du régime d'assurance maladie suite aux évolutions observées ces dernières années, ainsi que les évolutions futures prévisibles, en termes de :

- réduction du personnel des bureaux liquidateurs et transfert d'une partie de ses activités vers les affiliés (*RCAM en ligne*) ;
- déficit du régime ;
- attitudes et pratiques du PMO (*Office de gestion et de liquidation des droits individuels*) pour remédier au déficit ;
- propositions du CGAM (*Comité de gestion de l'Assurance maladie*) ;
- positions des affiliés.

Lors de cette présentation, M. Crutzen a souligné qu'un des problèmes majeurs avec le PMO venait du déficit d'information et a insisté pour que le PMO doive continuer ses efforts pour assurer une communication plus directe et précise vers l'ensemble des affiliés.

2. Me **Michela Velardo**, avocate aux barreaux de Rome et de Bruxelles qui s'est spécialisée dans la défense en justice des fonctionnaires européens, a ensuite fait une présentation sur les principaux problèmes juridiques soulevés par la politique et les pratiques du PMO qu'elle a tirés de son expérience d'avocat et des réclamations et recours qu'elle a introduits pour le compte des fonctionnaires concernés. Elle a centré son exposé sur :

- la nature juridique de l'avis du médecin conseil qui sert souvent de justification aux refus de remboursement. Elle a notamment insisté sur le droit d'accès des personnes concernées à ces avis et au fait que, malgré les obstacles que les administrations mettent devant ces demandes d'accès, celles-ci ne peuvent pas être refusées ;
- la jurisprudence du tribunal dans le contentieux lié au RCAM ;
- la nature juridique de la prise en charge octroyée par le RCAM en cas d'hospitalisation et les risques de non-remboursement même lorsqu'une prise en charge a été octroyée en bonne et due forme ;
- les risques liés au délais d'introduction d'une réclamation au titre de l'art. 90 du Statut en cas d'erreur matérielle dans les décomptes de remboursement.

3. M. **Renzo Carpenito**, Vice-président de la FFPE Conseil, est intervenu sur le droit d'accès à un traitement médical qui est un droit fondamental consacré par la Charte des droits fondamentaux mais qui est souvent mis à mal par les politiques d'économies mises en œuvre par les institutions (réduction des salaires) et le PMO (obstacles au remboursement et retards de tout genre). Il a également plaidé pour que la gestion de l'assurance maladie des agents du Conseil soit rapatriée au SGC car ce service a prouvé par le passé une meilleure efficacité et un sens du service aux affiliés incomparable. En attendant, il a

demandé que le PMO donne un accès privilégié au service social du Conseil, pour lui permettre d'assister encore mieux les collègues.

4. **M. Parnisari**, chef de l'unité sociale du Conseil, a rappelé que son service avait fait beaucoup d'efforts pour améliorer l'information fournie aux collègues sur le RCAM. Il a également souligné que les collègues du service social étaient disponibles à tout moment pour aider et conseiller tant les collègues actifs (via la *Helpline Assmal*), que les pensionnés.

5. **M. Sconiamiglio**, chef de l'unité 3 au PMO, qui était présent à la conférence, a saisi l'occasion pour apporter quelques précisions sur les politiques et les pratiques du PMO ces derniers mois. Il a indiqué que le PMO, organisme chargé de la bonne administration du régime d'assurance maladie, faisait l'objet d'un contrôle de gestion interne à la Commission extrêmement rigoureux, doublé d'un contrôle par un auditeur externe qui se prononcent sur la qualité de sa gestion du régime. Il a également mentionné le problème de l'avis du médecin conseil, mais a assuré à l'audience qu'il n'y avait aucun obstacle à l'accès à cet avis par les affiliés concernés. En ce qui concerne le reproche que les décisions se fondent uniquement sur l'avis du médecin conseil, il a indiqué que cela concernait les situations les plus courantes, tandis que pour les cas complexes l'avis du conseil médical était systématiquement demandé. Il a également indiqué que, pour réduire les dépenses d'hospitalisation, le PMO cherchait à négocier des conventions avec les hôpitaux et que deux conventions étaient déjà conclues avec les hôpitaux Saint Luc et Erasme. En ce qui concerne le reçu fiscal qui sera obligatoire à partir du 1er janvier 2015, le PMO a informé les professionnels de santé des nouvelles exigences bien en avance.

6. Les collègues présents dans la salle ont eu la possibilité de faire des commentaires et de poser des questions aux intervenants. Ils ont en particulier parlé des problèmes auxquels font face les personnes handicapées à la suite de la nouvelle interprétation très restrictive en matière de "maladies graves". Ils ont également signalé que certains hôpitaux et médecins pratiquaient la surfacturation à l'égard du personnel des institutions européennes. Ils ont aussi déploré le fait que certains collègues, tant actifs que pensionnés, renonçaient à se faire soigner ou à se faire rembourser en raison des procédures extrêmement lourdes et des problèmes pratiques que l'application stricte des règles pouvait parfois produire.

Le Comité FFPE-Conseil

16/10/2014

FFPE-Conseil

JL 00 FL 04 – 8112

secretariat.ffpe@consilium.europa.eu

Evolution du RCAM

Présentation au SG du Conseil de l'UE le 14.10.2014 pour une conférence de la FFPE

- **Réduction du personnel**
- **Déficit**
- **Attitudes / remèdes du PMO**
- **Propositions du CGAM**
- **Positions des affiliés**

Evolution du RCAM Réduction du personnel

Remèdes à la réduction du personnel :

→ « informatisation »

- PMO Contact online pour remplacer le téléphone
- RCAM Online; demandes de remboursements en ligne; possibilité pour les retraités d'avoir un compte ECAS

→ **Partie du travail fait par les affiliés; parfois en double vu les contrôles.**

→ **Difficultés pour les plus anciens : 10.000 retraités mal ou non informatisés**

Evolution du RCAM

Déficit

Après 6 ans de fonctionnement du nouveau régime (2007):

- Meilleurs remboursements, prise en charge,
- Augmentation des coûts des soins médicaux
- Pas ou faible adaptation salariale depuis 2010
- Réforme de 2004 → cotisations inférieures
- ...

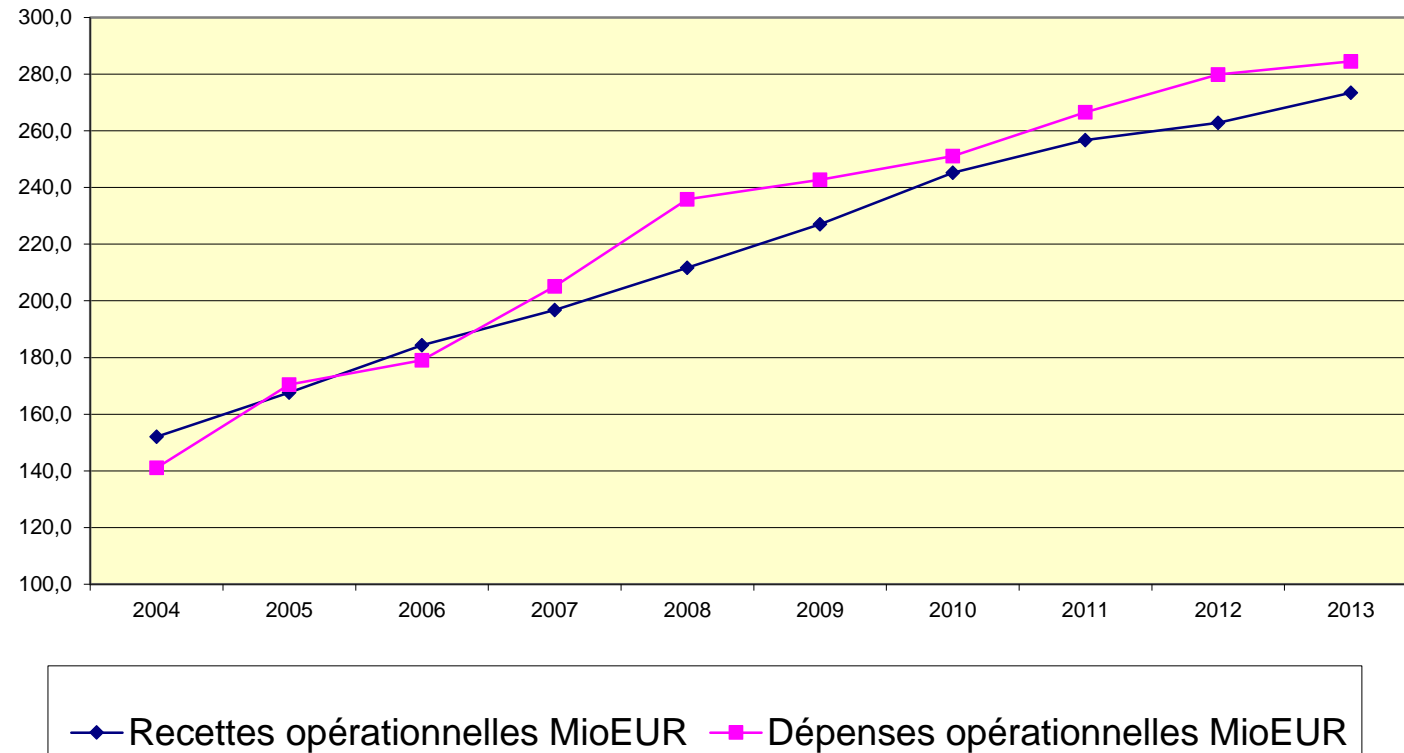
Il en résulte un déséquilibre annuel variable de la caisse et une réduction du fond de réserve, d'année en année → aux limites dans 5, 10 ou 20 ans ???.

Une réserve est cependant nécessaire. Elle est actuellement de 8 mois!

Evolution du RCAM

Recettes et dépenses

Millions €



Position des Etats membres

Considérant N° 35 de la décision du Statut 2014

« La Commission devrait continuer à surveiller la situation budgétaire du régime commun d'assurance maladie et prendre toutes les mesures nécessaires en cas de déséquilibre structurel du système».

Réaction de la Commission - PMO

« Vigilance » du PMO (RCAM) = application restrictive des règles (DGE)

Evolution du RCAM

Le vrai problème

Où est le problème du moment pour les affiliés?

Mesures restrictives: stricte application des règles

- **Mais trop hâtives et sans transition**
- **Dites «acceptables ou soft» en fonction du règlement mais négatives**
- **Sans information ni justifications suffisantes ou info tardive**
- **Sans concertation**

Remarque: première communication directe du PMO aux retraités:

- VOX (AIACE) avril 2014 (reçu en juin)
- Nouveau guide pratique des remboursements du RCAM: 20.06.2014

Bien que:

- Info régulièrement retransmise par l'Unité Sociale au SG du Conseil
- Informations données par les associations d'anciens (AIACE, SFPE) et syndicats (depuis fin 2012)
- Info données par la DG HR C1: bimestriel Info SENIORS (N°1: juin 2014)

Attitude actuelle (sans modification des DGE)

(Sur base des appels à l'aide de nos membres)

- **Maladie graves**: dominance du critère de pronostic vital (contraire à 2007) → revirements ! (Maladies graves = 30% du budget). Refus de prolongation incompréhensibles pour nombre de collègues. Nombreux articles 90§2. Difficultés accrues pour les personnes avec handicap. Attitude justifiée aussi suite à un audit, selon le PMO.
- Sévérité quant aux documents de remboursement (**reçu fiscal**). Nombreux remboursements refusés. Exigence absolue à partir du 01.01.2015. (Justifiée aussi suite à un audit, selon le PMO)
- Exigences nouvelles **d'autorisations préalables** pour des traitements urgents et médicaments. Autorisation éventuelle mais après le traitement!
- Introduction du principe de l'**excessivité**, sans information préalable

Attitude actuelle (sans modification des DGE)

- Demande d'un **devis** pour l'hospitalisation
- Freins à l'utilisation de **chambres individuelles**
- **Conventions** avec les hôpitaux / services médicaux (2 à Bruxelles). Il en faudrait plus pour assurer le libre choix.
- Sévérité quant à la **complémentarité** (sans préavis; suite à un audit, selon le PMO)
- Information / **responsabilisation des affiliés** – il faudrait une information continue (distribution PMO Newsletter ?)
- Remarque: lenteur pour l'obtention de prises en charge, pour les autorisations préalables (traitements divers, dentisterie, ...)

ESPOIRS : Propositions du rapport RCAM 2013

- La **reconnaissance du RCAM** en tant que régime primaire public par les différents Etats membres (Règlement de l'UE attribuant au RCAM la qualification légale d'une caisse de santé publique)
- Plus de **contrats avec des fournisseurs de soins** (listes de médecins, dentistes, pédiatres, thérapeutes, opticiens)
- **Campagnes de sensibilisation** pour modérer la consommation
- Renforcer la qualité de l'**information** de la part du RCAM vers les affiliés (y compris les pensionnés) et les prestataires de santé;
- Mettre en place un système de **contrôle efficace des prestations** facturées par les hôpitaux notamment dans le cadre des prises en charge en impliquant les affiliés dans le processus de validation des dépenses.

Dangers : Pistes de réflexion du CGAM du rapport RCAM 2013

Déplacer certaines prestations vers un autre budget

- la médecine préventive (2,1 % des dépenses en 2013)
- **les remboursements spéciaux art. 72§3** (0,5 % des dépenses en 2013)
(probables implications pour les assurances complémentaires car mise en danger de la limitation du risque par le RCAM)
- les frais funéraires (0,4 % des dépenses en 2013).

Pistes de réflexion (restrictives) du CGAM du rapport RCAM 2013

- Révision de la **liste des médicaments** remboursés
- Stimuler la prescription de **médicaments génériques**
- Examiner **l'opportunité et l'efficacité** de certains éléments de thérapies, de la lunetterie
- **Moduler les plafonds** selon les besoins
- **Autorisation préalable** pour certaines analyses et radiographies
- Droit à une **chambre particulière** où elle entraîne la majoration des frais médicaux « sans réelle incidence sur la qualité des soins »
- Support du coût de la **complémentarité** du conjoint par une assurance complémentaire
- Prestations de **dépendance**: revoir les modalités et le mode de financement.

Evolution du RCAM

Positions des Affiliés

Les actifs

Dans plusieurs circonstances, les actifs de la Commission ont exprimé le refus d'une augmentation éventuelle des cotisations au RCAM.

Ils préfèrent l'application stricte des règles
et confortent donc le PMO dans son attitude.

Position probablement dictée par l'ignorance des leurs problèmes de santé à venir!

Les actifs du SG du Conseil ont une position différente ils sont plus en faveur d'une augmentation de la cotisation

Les retraités

Les pensionnés refusent les restrictions importantes.

Ils préfèrent cotiser plus (indépendamment des EM).

Ils n'ont pas d'alternative!

Assurances complémentaires au RCAM

Faut-il une assurance complémentaire au RCAM ?

Assurances santé complémentaires au RCAM disponibles:

- **HOSPI SAFE / PLUS** de Allianz BE / Vanbreda Int (Cigna) (BCVR 8672, 2 options) négociée par Afiliatys.
- **EUROSANTE** de Allianz DE / Worldwide Care / Concordia (3 options) introduite récemment par l'US
- **GROS RISQUES** de Allianz BE / Vanbreda Int (Cigna) (BCVR 8673, hospitalisation) négociée par AIACE
- **DKV EU Plus** de DKV Luxembourg / Wry, introduite par FFPE et US
- **EUROSANTE+** (2 options) de Santalia / EAS, introduite par R&D
- **EUCARE+** (2 options) de Santalia / Wry, introduite par la FFPE SCE HU
- **Europat Local Plus GOLD EU** de Expat & Co / Wry SCRL (3 options) introduite par la FFPE SCE HU

DIAS POUR LES QUESTIONS

Le RCAM

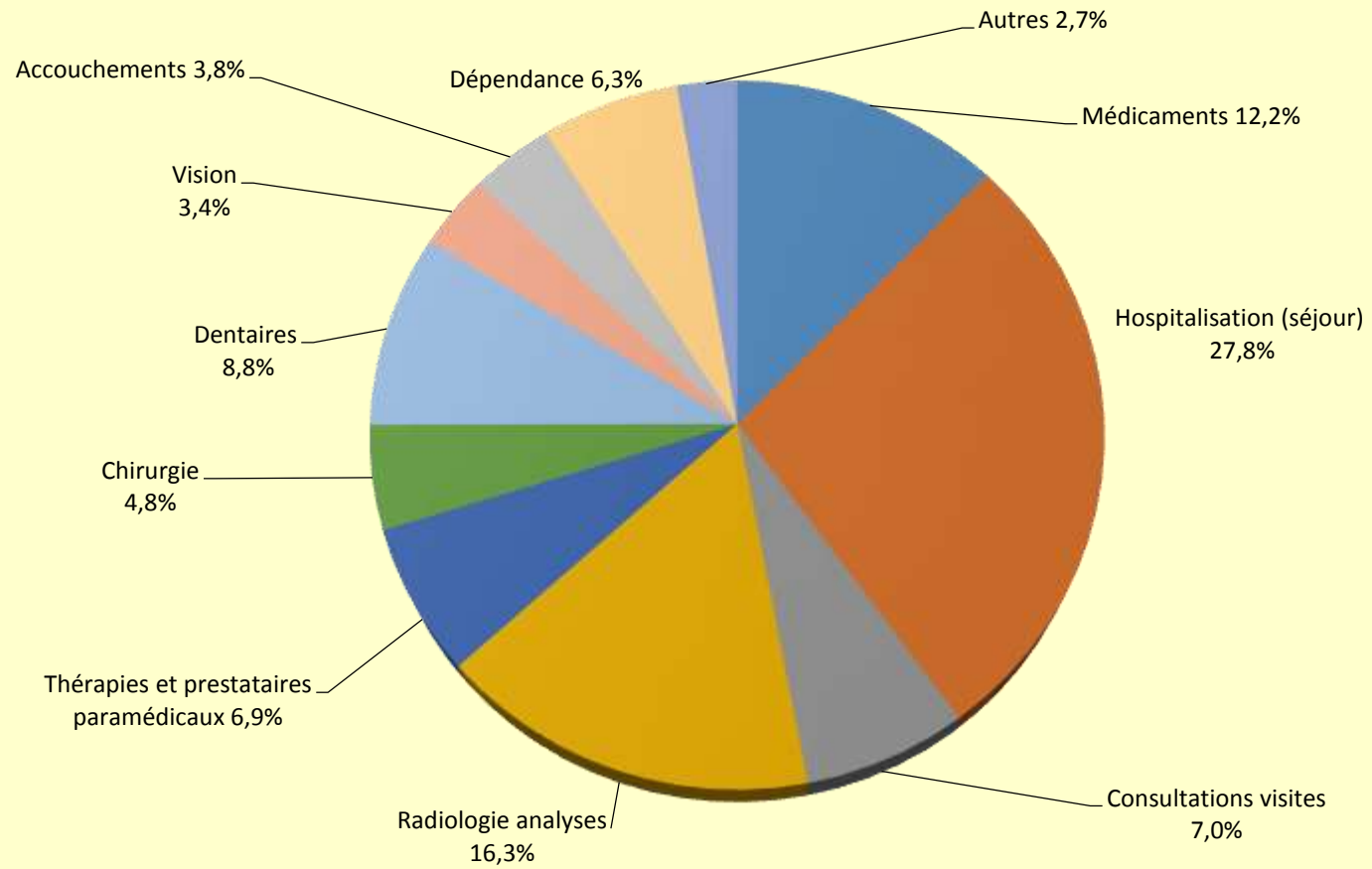
RCAM: couverture des soins ambulatoires et hospitaliers (Art. 72 du Statut)

- Les pensionnés restent couverts par le RCAM
- Remboursement de 85 % à 80 % pour maladie, hospitalisation, accident, etc., comme pendant la vie active.
- Remboursement à 100 % en cas de **maladie grave** (temporaire !)
- **Exclusions, plafonds, limitations, excessivité**
- **Art 72§3: si le total des non remboursements en 12 mois dépasse la demi pension mensuelle → remboursement à 100% (sur demande) de ce qui dépasse cette demi pension (en respectant les plafonds et les exclusions du RCAM)**

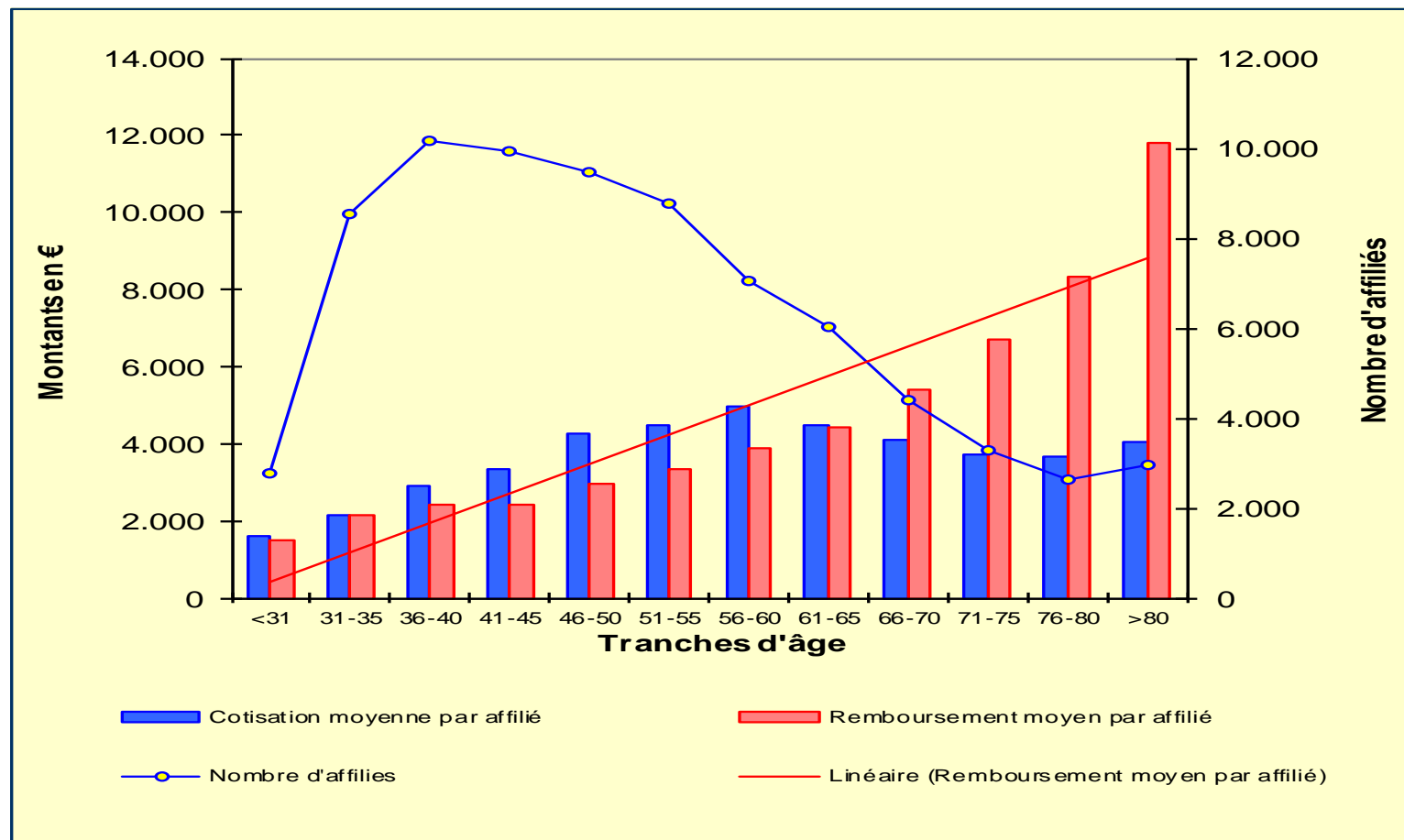
Le risque est donc limité à une demi pension mensuelle si on respecte les règles du RCAM (plafonds, exclusions, ...)

(Pour autant que cet Art 72§3 soit accordé par l'Autorité)

Analyse des remboursements 2013 (normaux + 100%)



Dépenses et recettes moyennes par tranches d'âges 2013





Bruxelles, le 18 JUIN 2014
PMO/ML/GS - ARÈS(2014) 199815

M. Benoît Dejemeppe
Ordre des médecins
Président du Conseil national
Place de Jamblinne de Meux 34-35
B-1030 BRUXELLES

Monsieur le Président,

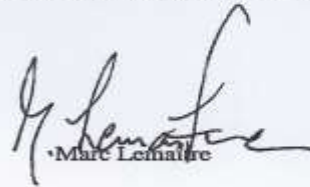
Dans le cadre du renforcement des mesures de gestion et de contrôle visant à un niveau d'assurance accrue du respect de ses règles, le Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) de l'Union européenne a décidé que, dorénavant, le remboursement des dépenses médicales se fera, chaque fois que cela est possible, uniquement sur base des pièces justificatives conformes à la législation en vigueur dans le pays où la prestation a eu lieu.

En ce qui concerne la Belgique, l'Inami, expressément interrogé à ce sujet, nous a confirmé la possibilité d'exiger pour nos affiliés la délivrance de la même attestation de soins que celle utilisée pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire belge.

Ainsi, pour toute prestation médicale effectuée en Belgique, les bénéficiaires du RCAM devront se faire délivrer une attestation de soins en bonne et due forme et comportant l'indication du prix effectivement payé.

Nous vous serions reconnaissants d'informer l'ensemble de vos membres établis en Belgique de cette nouvelle pratique qui sera introduite avec effet au 1^{er} janvier 2015 et de les inviter à s'y conformer dès à présent.

Vous remerciant d'avance pour votre concours, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.



Marc Lemaitre

Assurance maladie ou réservoir d'économie

Fédération de la Fonction publique européenne

14 octobre 2014

Maître Michela Velardo

Cabinet De Berti Jacchia Franchini Forlani

Chaussée de la Hulpe 187

1070 Bruxelles

m.velardo@dejalex.com

Assurance Maladie ou réservoir d'économie?

Avis du médecin conseil.

Demandez l' accès au titre du Règlement 1049/2001 du Parlement et du Conseil du 30 mai 2001 relatif à l' accès du public aux documents du Parlement européen, du Conseil et de la Commission.

Assurance maladie ou réservoir d'économie?

Ce règlement a pour objectif de faciliter l'accès aux documents des institutions européennes. Il prévoit que les citoyens peuvent accéder à tout type de document dans les conditions prévues par le règlement et dans la limite de certaines exceptions.

Assurance maladie ou réservoir d' économie?

Possibilité de censurer les avis des médecins conseils:

Arrêt du Tribunal de la Fonction Publique du 9 décembre
2009, T-377/ 08 P:

« les appréciations médicales des médecins conseils des bureaux liquidateurs, étant donné qu'elles ont été exprimées de manière unilatérale par un médecin relevant de l' institution ne présentent donc pas les mêmes garanties d'équilibre entre les parties et l' objectivité que les appréciations formulées par la commission médicale d'invalidité (...). Le Tribunal de la fonction publique peut donc exercer son contrôle, s'étendant à l' erreur de fait, l' erreur de droit et l' erreur manifeste d'appréciation »

Assurance maladie ou réservoir d'économie ?

Décompte du Bureau Liquidateur.

- Possibilité de demander la correction d'une erreur matérielle, mais attention.....le délai de trois mois pour introduire une réclamation au titre de l' article 90, II paragraphe du Statut, est en train de courir.
- Réponse de l' AIPN normalement dans les 4 mois qui suivent l' introduction de la réclamation

Assurance maladie ou réservoir d'économie ?

Décompte du Bureau Liquidateur.

Attention à la prise en charge: même après la prise en charge l'Institution a le droit de refuser le paiement.

Assurance maladie ou réservoir d'économie?

- Possibilité de saisir le Tribunal de la Fonction Publique dans les 3 mois + 10 jours à courir de la notification de la décision de l'AIPN.