

Vers la fin des sur-tarififications médicales ?

Les affiliés et bénéficiaires du Régime commun d'assurance maladie sont fréquemment confrontés à des majorations de prix appliquées par les prestataires de soins. L'accès à une égalité de traitement au niveau des prix est devenu un enjeu crucial pour la pérennité du RCAM, dans un contexte de faible évolution des salaires moyens, de recrutement à des salaires de plus en plus bas et de vieillissement de la population assurée.

Au cours des années 2011 et 2012, des démarches ont été entreprises par le PMO auprès du Ministère de la Santé de Belgique afin d'obtenir l'insertion dans la loi d'une disposition visant à garantir aux affiliés du RCAM l'application des tarifs conventionnés (tarifs INAMI), en invoquant [l'arrêt Ferlini du 3 octobre 2000](#). La loi belge en question a été [adoptée le 19 mars 2013](#), elle est entrée en vigueur le 8 avril 2013. Son article 4 énonce :

« Les conventions mentionnées dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale ».

Aussi incroyable que cela puisse paraître, le PMO ne s'est jamais aperçu que la Belgique avait adopté cette loi pour transposer *une directive* et non au vu de l'arrêt Ferlini, donc il n'a jamais pensé à l'invoquer dans d'autres pays, notamment au Luxembourg.

Comment accéder aux barèmes des assurés nationaux sans subir des majorations discriminatoires ?

Il existe deux bases juridiques possibles :

- 1) La [directive 2011/24/UE](#) du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers.
- 2) Le [règlement \(CE\) n° 883/2004](#) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

I) La directive « soins transfrontaliers »

Elle est fondée sur l'article 114 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Elle exclut les soins de longue durée dispensés par des services de soins à domicile et dans les maisons de soins, l'accès aux organes et leur attribution aux fins de transplantations et les programmes de vaccination publique contre les maladies infectieuses.

Elle a pour objectif notamment que « *tous les patients soient traités de manière équitable en fonction de leurs besoins en soins de santé plutôt que sur la base de leur État membre d'affiliation* », selon un principe de non-discrimination. Elle ne prévoit pas de transfert de droits de sécurité sociale entre États membres.

Quelques définitions, énoncées à l'article 3, méritent d'être reprises ici : les « *soins de santé* » sont « *des services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux* ».

Une « *personne assurée* » est une personne couverte par l'article 2 du règlement n° 883/2004 ou un ressortissant d'un pays tiers couvert par le [règlement \(CE\) n° 859/2003](#) ou par le [règlement \(UE\) n° 1231/2010](#), tandis qu'un « **patient** » désigne « **toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé dans un État membre** ».

L'article 4, intitulé « *responsabilités des États membres* », institue une égalité de tarif, au paragraphe 4, qui se lit comme suit :

« Les États membres garantissent que les prestataires de soins de santé appliquent, sur leur territoire, aux patients d'autres États membres le même barème d'honoraires de soins de santé que pour des patients nationaux se trouvant dans une situation médicale comparable, ou qu'ils appliquent un prix calculé sur la base de critères objectifs et non discriminatoires s'il n'existe pas de prix comparable pour les patients nationaux. »

Le présent paragraphe ne porte pas atteinte aux dispositions de la législation nationale qui autorisent les prestataires de soins de santé à fixer leurs propres prix, à condition qu'ils ne fassent pas preuve de discrimination à l'encontre des patients d'autres États membres ».

Il convient de se fonder sur cette disposition pour revendiquer l'application d'une égalité de prix des soins.

- Si le régime fonctionne selon le principe des remboursements, les prix facturés aux affiliés du RCAM devraient suivre le barème des conventions, c'est-à-dire des prix fixés par les autorités publiques.
- Si le régime national d'assurance fonctionne selon des prestations directes, l'État membre doit mettre en place un mécanisme transparent de calcul des coûts des soins de santé reposant sur des critères objectifs et non discriminatoires, connus préala-

blement et appliqué au niveau administratif compétent (local, régional ou national) (article 7, paragraphe 6).

- Lorsque le prestataire de soins n'est pas conventionné et qu'il pratique des honoraires libres, il n'a pas le droit d'imposer une majoration spéciale aux patients des autres États membres, de sorte à ne pas créer une incitation malsaine à privilégier une catégorie de patients.

Vu que l'article 4, paragraphe 4, utilise le concept de « **patient** » et non celui de « **personne assurée** », cela laisse entendre que la règle de non-discrimination s'applique à toute personne qui se fait soigner et non toute personne affiliée à un régime national d'assurance maladie. L'exposé des motifs de la directive ¹ justifie ce choix en affirmant que d'un « point de vue économique, cela permet de parer [...] à une incitation malsaine à accorder la priorité aux patients étrangers plutôt qu'aux ressortissants nationaux ». Cette égalité de traitement se fonde aussi sur la Charte des droits fondamentaux. Dès lors, il est logique d'en déduire que les affiliés du RCAM qui se font soigner entrent dans la catégorie des patients, quoiqu'ils ne soient pas couverts par un régime national.

Or, si le *Luxembourg* a transposé la directive par une [loi du 1^{er} juillet 2014](#) publiée au Mémorial n°115 du 4 juillet 2014, il a néanmoins visé les **assurés** et non les **patients** des autres États membres de l'Union européenne, de la Suisse et de l'Espace économique européen, ce qui laisse de côté les affiliés du RCAM ou des régimes institués par des conventions internationales. Cette transposition n'est donc pas complète.

La mise en œuvre de la directive aurait dû intervenir avant le **25 octobre 2013**. *Comme la PMO n'avait pas connaissance de cette directive, aucune démarche n'a encore été entreprise pour s'en prévaloir.* Ce texte présente l'avantage qu'il **ne nécessite absolument aucune modification des dispositions statutaires ou des DGE régissant le RCAM**. En cas de refus des gouvernements, la Commission pourrait envisager une action en manquement. Une personne lésée, en l'occurrence un affilié du RCAM confronté à une majoration illégale de prix, pourrait saisir la juridiction nationale compétente. Celle-ci aurait alors la faculté de soumettre une question préjudicielle à la Cour afin de déterminer si l'article 4, paragraphe 4, de la directive garantit aux bénéficiaires du RCAM l'application des barèmes nationaux et des prix identiques à ceux appliqués aux assurés de l'État où les soins sont dispensés.

II) La coordination des régimes de sécurité sociale

Mais quelles seraient les conséquences de l'adhésion au système de coordination des régimes de sécurité sociale ?

¹ Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, COM/2008/0414 final – COD 2008/0142

Le principe de la libre circulation des personnes a pour corollaire des dispositions en matière de sécurité sociale. Sans faire une liste exhaustive, les règlements les plus pertinents portent le n° 883/2004 et le [n° 987/2009](#).

Le RCAM n'est pas listé parmi les régimes relevant de la coordination. Jusqu'à présent cette option n'a jamais fait l'objet d'un débat et personne ne veut en entendre parler. Apparemment une 'nationalisation' de notre régime est redoutée. Pourtant, l'adhésion à la coordination permettrait d'obtenir la carte européenne d'assurance maladie et de recevoir des soins selon les tarifs nationaux, aux frais du RCAM, selon les limites qu'il fixe.

Les affiliés n'ont que trop souvent le sentiment que la caisse de maladie ne les protège pas contre les abus des prestataires de soins. Pour le moment, il n'existe pas de prise de position du PMO ou du Comité de gestion de l'assurance maladie sur le sujet.

La mise en œuvre de la directive « soins transfrontaliers » profitera à l'ensemble des affiliés et bénéficiaires, de tous les âges et de tous les grades, y compris aux membres des Institutions qui sont couverts par le RCAM.

Monique Breton – Octobre 2016