COMMISSION EUROPÉENNE

Bruxelles, 17.11.2023

C(2023) 7673 final

**DÉCISION DE LA COMMISSION du 17.11.2023**

**modifiant la décision C(2007)3195 portant dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

**DÉCISION DE LA COMMISSION du 17.11.2023**

**modifiant la décision C(2007)3195 portant dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

Vu le statut des fonctionnaires de l'Union européenne et le régime applicable aux autres agents fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 du Conseil1 , et notamment son article 72,

vu l'avis du comité de gestion du régime commun d'assurance maladie,

Vu l'avis du Comité du personnel,

vu l'avis du comité du statut, considérant ce qui suit

1. Un régime commun d'assurance maladie (RCAM) a été établi par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne2 élaborée d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union européenne, prévue à l'article 72 du statut, et est entrée en vigueur le 1er décembre 2005 ;
2. Les dispositions générales d'application du RCAM prévoient le remboursement des traitements et services liés à la stérilité au point 3 du chapitre 7 du titre II. Ces dispositions sont fondées sur l'intérêt médical porté aux traitements de la stérilité au moment de leur rédaction et prévoient le remboursement dans le cadre d'une pathologie, c'est-à-dire en rapport avec le traitement de la subfertilité et de l'infertilité ;
3. La perception sociétale et la pratique médicale ont beaucoup évolué, avec l'acceptation du fait que des personnes devraient pouvoir bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, même en dehors du contexte d'une pathologie, y compris des femmes célibataires ou des couples de même sexe. Il est important d'adapter les dispositions générales d'exécution du RCAM à ces évolutions sociétales qui favorisent un large accès à la parentalité ;
4. La procréation médicalement assistée est désormais remboursée à des degrés divers dans les États membres, notamment en Belgique où résident près de la moitié des affiliés du JSIS ;
5. Il convient de simplifier les règles actuelles en supprimant la condition de pathologie pour l'accès à la procréation médicalement assistée, dans les cas où elle est justifiée, afin de limiter les difficultés administratives et les plaintes relatives au remboursement. Il convient toutefois d'exclure les coûts de la maternité de substitution ;
6. Le nombre limité de bénéficiaires ne mettrait pas en péril l'équilibre financier du budget du JSIS ;

1 JO L 56 du 4.3.1968, p. 1.

2 Règlement adopté par toutes les institutions d'un commun accord, dont le président de la Cour de justice des Communautés européennes a pris acte le 24 novembre 2005.

1. Il est important de prévoir une période de transition pour les personnes qui ont commencé un traitement avant l'entrée en vigueur de cette décision ;
2. Les plafonds de remboursement fixés dans les dispositions générales d'exécution n'ont pas été ajustés depuis leur adoption en 2007. Il est donc nécessaire, jusqu'à l'adoption d'un système d'ajustement dynamique des plafonds, de relever les plafonds qui concernent un grand nombre de services et de bénéficiaires, ainsi que ceux qui présentent un volume de dépenses important et/ou dont le niveau de remboursement est manifestement dépassé.

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

*Article 1*

L'annexe de la décision de la Commission du 2 juillet 2007 portant dispositions générales d'exécution pour le remboursement des frais médicaux3 est modifiée comme suit :

* 1. Au titre II, chapitre 7, le titre est remplacé par le texte suivant :

"Chapitre 7 - Grossesse, accouchement et traitement de la stérilité (y compris la procréation médicalement assistée)"

* 1. Au titre II, chapitre 7, le point 3 est remplacé par le texte suivant :

"**3. Traitements et services remboursables relatifs aux traitements de fertilité (y compris la procréation médicalement assistée)**

Les traitements et prestations en matière de fertilité et de procréation médicalement assistée, qu'ils soient liés à une pathologie ou hors contexte pathologique, peuvent être remboursés dans les conditions prévues par la présente section et pour autant qu'ils ne soient pas liés à une procédure de stérilisation volontaire que l'un ou l'autre des futurs parents aurait subie dans le passé.

Les traitements suivants effectués sur les bénéficiaires sont remboursés au taux de 85 % :

* 1. Traitements pharmaceutiques de la fertilité :
     1. Agents d'induction de l'ovulation figurant sur la liste des produits pharmaceutiques validés pour le remboursement par l'Ordre des médecins, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée.
     2. Agents destinés à améliorer la qualité du sperme figurant sur la liste des produits pharmaceutiques validés pour le remboursement par l'Ordre des médecins, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée.
  2. Traitement chirurgical de la fertilité :
     1. Interventions chirurgicales sur les organes reproducteurs féminins, lorsqu'elles sont médicalement indiquées :
        + Chirurgie laparoscopique (forage ovarien laparoscopique par diathermie ou laser) pour induire l'ovulation ;
        + Procédures visant à améliorer la perméabilité des trompes ;
        + Salpingectomie ;
        + Résection chirurgicale des lésions d'endométriose ;

3 C(2007)3195.

* + - * Résection hystéroscopique d'une cloison utérine ou lyse des adhérences ou polypectomie endométriale ;
      * Myomectomie ;
      * Opérations de l'utérus en cas de malformation.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour des interventions ayant pour objectif l'inversion d'une stérilisation volontaire.

* + 1. Interventions chirurgicales sur les organes reproducteurs masculins lorsqu'elles sont médicalement indiquées :
       - Vaso-vasostomie, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1 ;
       - Anastomose épidymo-déférentielle, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1 ;
       - Résection du canal éjaculatoire, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1 ;
       - Réparation de varicocèle (ablation chirurgicale ou embolie), dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie A2.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour les interventions ayant pour objectif l'inversion de la vasectomie.

Le remboursement des implants péniens est abordé dans le chapitre consacré aux prothèses.

* 1. Les traitements de procréation médicalement assistée suivants peuvent être remboursés sous réserve des conditions et des limites d'âge précisées dans la présente section, lorsqu'une assistance médicale est nécessaire :
     1. insémination intra-utérine avec le sperme du patient ou du donneur, jusqu'à un maximum de six tentatives par enfant ;
     2. la sélection d'échantillons de sperme (déférent, épididymaire ou testiculaire) et leur préparation en vue d'une injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ci-après : "ICSI"), dans la limite d'un plafond correspondant à la catégorie A2 des interventions chirurgicales ;
     3. la fécondation in vitro (ci-après : "FIV"), y compris l'ICSI, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1.

Le nombre maximum de tentatives de FIV pouvant être remboursées est de 8 à vie.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, le remboursement des frais de la première FIV ne peut être accordé qu'après épuisement des six tentatives d'insémination intra-utérine. Des exceptions à cette règle peuvent être accordées sous réserve d'une autorisation préalable lorsqu'il existe des raisons médicales justifiant que l'insémination intra-utérine de spermatozoïdes n'a pas de chances de succès ou des chances très limitées.

Au moins la première tentative de FIV doit avoir lieu avant le 45e anniversaire du bénéficiaire. Cette condition ne s'applique pas aux personnes qui atteindront leur 45e anniversaire dans les 18 mois suivant la date de prise d'effet du présent point 3.

Les tentatives de FIV entre le 45e et le 48e anniversaire peuvent être remboursées sous réserve d'une autorisation préalable.

Les coûts remboursables couvrent les interventions suivantes :

le prélèvement de spermatocytes, y compris les coûts des analyses et des tests, et la conservation à court terme de spermatocytes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation pour la fécondation ;

la stimulation et le prélèvement d'ovocytes, y compris les coûts des analyses et des tests, et la conservation à court terme d'ovocytes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation pour la fécondation ;

stimulation et prélèvement d'ovocytes auprès d'une donneuse, à l'exclusion de tout autre frais ; sur autorisation préalable, achat de sperme par l'intermédiaire d'un centre de fertilité ;

la fécondation à partir des ovocytes et des spermatocytes sélectionnés, y compris les coûts de culture, d'analyse et de test, ainsi que de conservation à court terme des embryons sélectionnés ;

le transfert des embryons sélectionnés dans l'utérus.

* + 1. En dehors de la FIV, même en l'absence d'indication médicale :

le prélèvement de spermatocytes, y compris les frais d'analyses et de tests, et la conservation à long terme de spermatocytes sélectionnés dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1 ;

la stimulation et le prélèvement d'ovocytes, y compris les frais d'analyses et de tests, et la conservation à long terme d'ovocytes sélectionnés dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de la catégorie B1. Le remboursement est soumis à la condition que la collecte ait lieu avant le 36e anniversaire.

* + 1. En cas de maladie avérée ou d'anomalie génétique identifiée chez un membre de la famille apparenté à l'un des parents potentiels au premier ou au deuxième degré, les coûts remboursables peuvent couvrir les interventions supplémentaires suivantes :

1. Examens génétiques préconceptionnels des ovocytes et des spermatocytes ;
2. Diagnostic génétique préimplantatoire sur les embryons.
   * 1. Les traitements visés au point 3.3 qui remplissent les conditions de remboursement et dont la facture reste dans la période de remboursement à la date d'entrée en vigueur de la présente décision sont éligibles au remboursement.
   1. Les traitements médicaux liés à la fertilité et à la reproduction qui ne sont pas mentionnés dans le présent chapitre peuvent faire l'objet d'un remboursement exceptionnel sur demande d'autorisation préalable.
   2. Les traitements médicaux liés à la fertilité et à la reproduction ne sont pas remboursés au titre du RCAM au-delà de l'âge de 48 ans.
   3. Lorsque les bénéficiaires sont couverts par un autre régime d'assurance maladie prévu par la loi ou le règlement, ils doivent d'abord demander le remboursement au titre de ce régime avant d'introduire une demande de remboursement au titre du RCAM. Les (parties des) traitements et services liés à la fertilité et à la procréation médicalement assistée qui concernent un futur parent qui n'est pas un bénéficiaire du RCAM en couverture primaire ou complémentaire, ne sont pas remboursés au titre du RCAM.
   4. Au titre II, chapitre 1, point 2.1, les deux premières lignes sont remplacées par le texte suivant :
      * *"Les frais de consultation d'un médecin généraliste sont remboursés à 85 %, avec un plafond de 42 €, et à 100 % en cas de maladie grave.*
      * *Les frais de consultation/visite d'un spécialiste sont remboursés au taux de 85 %, avec un plafond de 64 €, et au taux de 100 % en cas de maladie grave".*
   5. Au titre II, chapitre 5, point 2.5, dans le tableau contenant les types de traitement et leurs plafonds respectifs (€), les trois premières lignes de la catégorie "1. a) Prothèses fixes" sont remplacées par le texte suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| *"Incrustation en or ou en céramique, noyau d'incrustation* | *350* |
| *Couronne coulée, couronne télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette en céramique* | *350* |
| *Attachement (Dolder bar : par pilier)* | *350"* |

* 1. Au titre II, chapitre 11, le point 2.1 est remplacé par le texte suivant :

"*2.1. Les frais d'achat et de réparation des appareils auditifs prescrits par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiométriste sont remboursés au taux de 85 %, avec un plafond de 1800 € par appareil auditif.*"

* 1. À l'annexe II du titre II, la ligne 15 est remplacée par le texte suivant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *15* | *Produits d'incontinence* | *MP* | *PA* | *1 an* | *85%* | *1320* | *1320* | *\** |

*Article 2*

Le PMO présente, au plus tard deux ans après l'adoption de la présente décision, un rapport sur les coûts financiers et l'impact des règles de remboursement contenues dans la décision. Au vu des conclusions, des ajustements appropriés sont proposés par la Commission si et là où cela s'avère nécessaire.

*Article 3*

La décision prend effet à la date d'adoption de la présente décision. Fait à Bruxelles, le 17.11.2023.

*Par la Commission Johannes HAHN*

*Membre de la Commission*