



Bruxelles, le 17.11.2023
C(2023) 7673 final

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 17.11.2023

**modifiant la décision C(2007) 3195 portant fixation des 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 fixation des 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 ainsi que le régime applicable aux autres agents de l'Union européenne («RAA») fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 du Conseil¹, et notamment l'article 72 dudit statut,

vu l'avis du comité de gestion de l'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 institué par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne² établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, prévue à l'article 72 du statut, et entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2005.
- (2) Les dispositions générales d'exécution du RCAM fixent les dispositions relatives au remboursement des traitements et services liés à l'infertilité au chapitre 7, point 3, du titre II. Ces dispositions sont fondées sur l'aspect médical des traitements de la fertilité au moment de leur rédaction, et prévoient le remboursement dans le cadre d'une pathologie, c'est-à-dire en rapport avec un traitement de l'hypofertilité et de l'infertilité.
- (3) La perception sociétale et la pratique médicale ont toutes deux beaucoup évolué, puisqu'il est désormais admis que les personnes devraient pouvoir bénéficier d'une procréation médicalement assistée, y compris en dehors d'une pathologie, ainsi que dans le cas des femmes célibataires ou des couples de même sexe. Il importe 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 à présent remboursée à des degrés divers dans les États membres, notamment en Belgique où environ la moitié des affiliés au RCAM résident.
- (5) Il convient de simplifier les règles actuelles en supprimant la condition préalable de pathologie pour l'accès à la procréation médicalement assistée, dans les cas où cela se justifie, afin de limiter les difficultés administratives et les réclamations liées au remboursement. Il y a lieu d'exclure toutefois les coûts liés à la gestation pour autrui.

¹ JO L 56 du 4.3.1968, p. 1.

² Réglementation arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

- (6) Le nombre limité de bénéficiaires ne compromettrait pas l'équilibre financier du budget du RCAM.
- (7) Il importe de prévoir une période transitoire pour les personnes qui ont commencé un traitement avant l'entrée en vigueur de la présente décision.
- (8) Les plafonds de remboursement fixés dans les DGE n'ont pas été modifiés depuis leur adoption en 2007. Il est donc nécessaire, jusqu'à l'adoption d'un système d'ajustement dynamique des plafonds, de relever des plafonds qui concernent un grand nombre de services et de bénéficiaires, ainsi que ceux qui correspondent à un volume élevé de dépenses et/ou dont le niveau de remboursement n'est manifestement plus adapté,

DÉCIDE:

Article premier

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

- (a) Au titre II, chapitre 7, le titre est remplacé par le texte suivant:
«Chapitre 7 — Prestations en lien avec la grossesse, l'accouchement et la fertilité (y compris la procréation médicalement assistée)»
- (b) Au titre II, chapitre 7, le point 3 est remplacé par le texte suivant:
«3. Prestations remboursables et services liés aux traitements de la fertilité (y compris la procréation médicalement assistée)

Les prestations et services liés à la fertilité et à la procréation médicalement assistée, qu'ils soient liés à une pathologie ou hors contexte pathologique, peuvent être remboursés selon les conditions prévues dans la présente section et pour autant qu'ils ne soient pas liés à une procédure de stérilisation volontaire que l'un des parents potentiels a pu subir dans le passé.

Les prestations suivantes effectuées auprès des bénéficiaires sont remboursées à 85 %:

3.1 Traitements pharmaceutiques de la fertilité:

- a) agents d'induction de l'ovulation provenant de la liste des produits pharmaceutiques validés pour remboursement par le Conseil médical, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée;
- b) agents d'amélioration de la qualité des spermatozoïdes provenant de la liste des produits pharmaceutiques validés pour remboursement par le Conseil médical, lorsque l'utilisation de ces agents est médicalement indiquée.

3.2 Traitements chirurgicaux de la fertilité:

- a) 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 tubaire;
 - salpingectomie;

³ C(2007) 3195.

- résection chirurgicale de lésions d'endométriose;
- résection hystéroscopique d'un septum utérin ou lyse d'adhérences ou polypectomie endométriale;
- myomectomie;
- opérations utérines en cas de malformation.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour des interventions visant à annuler une stérilisation volontaire;

b) 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 catégorie B1;
- anastomose épидидymo-déférentielle, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;
- reperméabilisation des canaux éjaculateurs, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;
- cure de varicocèles (ablation chirurgicale ou embolisation), dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie A2.

Aucun remboursement ne peut être accordé pour des interventions visant à annuler une vasectomie.

Le remboursement des implants pénien est couvert dans le chapitre sur les prothèses.

3.3 Les traitements suivants de procréation médicalement assistée peuvent être remboursés dans les conditions et dans les limites d'âge précisées dans la présente section, lorsqu'une assistance médicale est requise:

- a) insémination intra-utérine avec sperme de patient ou de donneur, avec un maximum de six tentatives par enfant;
- b) sélection des échantillons de spermatozoïdes (déférent, épидидymique ou testiculaire) et préparation pour l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ci-après: «ICSI»), dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie A2;
- c) fécondation in vitro (ci-après: «FIV»), y compris avec ICSI, dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1.

Le nombre maximal de tentatives de FIV pouvant être remboursées est de 8 sur toute la 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 attestant que l'insémination intra-utérine des spermatozoïdes n'a que peu ou pas de chances d'aboutir.

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

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

Les frais remboursables couvrent les interventions suivantes:

récupération des spermatozoïdes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et de conservation à court terme des spermatozoïdes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation à des fins de fécondation;

stimulation et récupération des ovocytes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et de la conservation à court terme des ovocytes sélectionnés, dans l'attente de leur utilisation à des fins de fécondation;

stimulation et récupération d'ovocytes auprès d'une donneuse, à l'exclusion de tout autre coût;

avec autorisation préalable, achat de spermatozoïdes via un centre de fertilité;

fécondation à l'aide des ovocytes et spermatozoïdes sélectionnés, y compris les coûts de culture, d'analyse et d'essais, et de conservation à court terme des embryons sélectionnés;

transfert des embryons sélectionnés dans l'utérus;

d) hormis la FIV, même en l'absence d'indication médicale:

récupération des spermatozoïdes, y compris les coûts liés aux analyses et aux tests, et conservation à long terme des spermatozoïdes sélectionnés dans la limite d'un plafond correspondant aux interventions chirurgicales de catégorie B1;

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

e) en cas de maladie avérée ou d'anomalie génétique constatée chez un membre de la famille lié à un parent potentiel au premier ou au deuxième degré, les coûts remboursables peuvent couvrir les interventions supplémentaires suivantes:

i. examens génétiques des ovocytes et spermatozoïdes avant conception;

ii. diagnostic génétique pré-implantatoire sur les embryons;

f) les soins visés au point 3.3 qui remplissent les conditions de remboursement et dont la facturation cadre avec le délai de remboursement à la date d'entrée en vigueur de la présente décision peuvent faire l'objet d'un remboursement.

3.4 Les traitements médicaux liés à la fertilité et à la reproduction non mentionnés dans le présent chapitre peuvent faire l'objet d'un remboursement exceptionnel sur demande d'autorisation préalable.

- 3.5 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.
- 3.6 Lorsque les bénéficiaires sont couverts par un régime d'assurance maladie relevant d'un autre cadre légal ou réglementaire, ils doivent en premier lieu demander le remboursement au titre de ce régime avant d'introduire une demande de remboursement au titre du RCAM. Les (ou une partie des) traitements et prestations liés à la fertilité et à la procréation médicalement assistée qui concernent un parent potentiel ne bénéficiant pas du RCAM en couverture primaire ou complémentaire ne sont pas remboursés au titre du RCAM.

(c) Au titre II, chapitre 1, point 2.1, les deux premières lignes sont remplacées par le texte suivant:

- *«Les honoraires pour consultations/visites d'un médecin omnipraticien sont remboursés à 85 % avec un plafond de 42 EUR et à 100 % en cas de maladie grave.*
- *Les honoraires pour consultations/visites d'un spécialiste sont remboursés à 85 % avec un plafond de 64 EUR et à 100 % en cas de maladie grave.»*

(d) Au titre II, chapitre 5, point 2.5, dans le tableau contenant les types de traitement et leurs plafonds respectifs (EUR), les trois premières lignes de la catégorie «1. a) Prothèses conjointes» sont remplacées par le texte suivant:

<i>«Inlay or ou céramique, faux moignon coulé</i>	<i>350</i>
<i>Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique</i>	<i>350</i>
<i>Attachement (barre Dolder: par pilier)</i>	<i>350»</i>

e) Au titre II, chapitre 11, le point 2.1 est remplacé par le texte suivant:

«2.1. Les appareils auditifs prescrits par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audiométriste ainsi que les frais de réparation sont remboursés à 85 %, avec un plafond de 1 800 EUR par appareil.»

f) À l'annexe II du titre II, la ligne 15 est remplacée par le texte suivant:

15	<i>Matériel pour incontinence</i>	PM	AP	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'incidence des règles de remboursement contenues dans la décision. Sur la base des conclusions, la Commission propose le cas échéant des ajustements appropriés.

Article 3

La présente décision entre en vigueur le jour de son adoption.

Fait à Bruxelles, le 17.11.2023

Par la Commission
Johannes HAHN
Membre de la Commission