SERBIE

LJUBINKA KOVAČEVIĆ Faculté de droit, Université de Belgrade

Le système serbe d'assurance maladie comprend deux régimes : l'assurance maladie obligatoire par laquelle 94% d'habitants sont couverts (soit 6,8 millions de personnes) et l'assurance maladie volontaire dont le nombre des assurés est insignifiant. La République de Serbie entreprend des mesures différentes pour assurer l'efficacité et l'équilibre financière du système d'assurance maladie obligatoire. Cette tâche n'est pas du tout facile, surtout si on prend en considération l'importante proportion de personnes âgées dans la population totale (16,5%) ainsi que le taux de chômage qui a atteint les 25,5% au mois d'avril 2012. Aux mesures d'amélioration relatives à l'assurance maladie il faut ajouter les règlements adoptés en vue de prévenir l'arrêt de travail abusif (I) et de déterminer les conditions de prescriptions de dispositifs médicaux (II).

I – L'arrêt maladie abusif

La réduction de demandes d'arrêt de travail pour maladie est un des objectifs les plus importants de la politique de santé, non seulement en améliorant la santé des employés mais aussi en prévenant des arrêts de travail injustifiés. L'importance de ce but n'est pas diminuée par le fait que les frais induits par les arrêts maladie sont en baisse ; ce qui s'explique principalement par la baisse du nombre des employés, l'augmentation limitée des salaires dans le secteur privé et le gel des salaires dans le secteur public[1].

Pendant l'arrêt de travail, les employés bénéficient de l'indemnité maladie qui est versée par l'employeur pendant les 30 premiers jours de l'arrêt et ensuite par le Fonds de l'assurance maladie (*Republički fond za zdravstveno osiguranje – RFZO*) à condition que la cotisation de l'assurance maladie soit payée. Le certificat médical constatant une incapacité temporaire de travail, émis par le médecin traitant pendant les 30 premiers jours, et par commission médicale primaire pour les jours suivants, sert de fondement pour le versement de l'indemnité. Pour prévenir les décisions arbitraires et d'autres abus lors de la détermination de la durée de l'arrêt de travail, le *Règlement sur les critères médicaux et doctrinaux pour constater l'incapacité temporaire de travail*[2] prescrit des règles techniques définissant l'incapacité de travail qui dépasse 30 jours. Il comprend la liste des normes médicales qui se rapportent : aux diagnostics conformes à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) ; à la durée de l'incapacité de travail, qui peut être corrigée en prenant en compte l'état de santé de l'assuré ; au diagnostic nécessaire à la détermination de l'état de santé de l'assuré ; aux complications suite à la maladie ou à la blessure à l'origine de l'incapacité de travail. Cela constitue un fondement solide pour une pratique cohérente des commissions médicales. En outre, l'amendement du Règlement sur le travail des commissions médicales[3] – prévoyant qu'au moins un membre des commissions primaires et supérieures doit être employé du *RFZO* – contribue à la prévention de l'abus de droit à l'indemnité. De l'autre côté,

1 Au cours des trois dernières années, le nombre de personnes utilisant le droit à l´indemnité maladie (73 428 personnes en 2009 et 66 739 personnes en 2011), de même que la durée moyenne de l´arrêt de travail par personne (52,87 jours en 2009 et 49,88 jours en 2011), a diminué. Le Fonds de l'assurance maladie de Serbie, le *Rapport financier 2011*, Belgrade, avril 2012, p. 13.

2 *JO* n° 100/11.

3 *JO* n° 44/06, 74/06, 31/07, 37/08, 61/08, 115/08, 3/10, 45/10, 100/11 et 21/12.

4 *Cf.* la décision de la Cour Suprême de Serbie, Rev. 573/93 du 4 mars 1993.

il est permis à l'employeur qui doute de la légitimité de l'absence de l'employé de soumettre le grief contre l'avis d'incapacité de travail de l'employé[4]. Le bien-fondé du grief est vérifié par la commission médicale primaire si l'avis est émis par le médecin traitant, ou par la commission médicale supérieure si l'avis est émis par la commission médicale primaire. La commission médicale supérieure peut également effectuer une révision du droit à l'indemnité à la demande de l'employeur ou du *RFZO*.

Mise à part ces mesures de prévention, le législateur tente de réduire (et de punir) l'abus d'arrêt de travail en recourant également à d'autres moyens. Ainsi, la Loi sur l'assurance maladie[5] prévoit la suspension de l'indemnité pour la période pendant laquelle l'assuré a abusé du droit. C'est, tout d'abord, le cas lorsque l'incapacité de travail résulte de la faute intentionnelle de l'assuré ou lorsque ce dernier a entravé sa guérison ou refusé des traitements sans raisons valables. On peut également considérer l'arrêt de travail comme abusif si l'assuré exerce des activités lucratives pendant sa durée ainsi qu'en cas de déplacement hors de son lieu de domicile sans permission de l'organisme médical. Au-delà des conséquences relatives à la suspension, la loi prévoit la responsabilité pénale de l'assuré, de même que droit pour le *RFZO* de demander la réparation du dommage au médecin ayant établit une fausse déclaration d'incapacité de travail. Par ailleurs, la loi sur le travail[6] précise que l'arrêt de travail abusif constitue un motif valable de licenciement, sans toutefois préciser si, pour constater l'abus, il est nécessaire que le comportement de l'employé fasse courir à l'employeur un risque de conséquences désavantageuses. Ce manque de clarté est à l'origine des difficultés d'application de la loi quant au constat d'abus d'arrêt de travail, d'autant plus que les conventions collectives et les règlements intérieurs ne définissent ni ne donnent d'exemples de comportements abusifs. Outre la correction de ces points faibles, il semble qu'il faille ajouter aux règles juridiques et techniques les règlements et instruments visant un meilleur contrôle de l'arrêt de travail ; lesquels octroieraient le bénéfice d'un arrêt de travail uniquement en cas de raisons justifiées empêchant réellement l'employé de se rendre au travail.

II – Les conditions de prescription de dispositifs médicaux

Aux mesures d'amélioration relatives à l'assurance maladie obligatoire, il convient d'ajouter le *Règlement sur les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie*[7], en vigueur depuis juin 2012. Cet acte indique les critères transparents sur lesquels s'appuie le *RFZO* pour prescrire des dispositifs médicaux aux assurés (la diagnose conforme à CIM-10, les mesures anthropométriques de l'assuré, les conditions importantes pour une utilisation correcte de certains dispositifs). Il établit de nouvelles règles sur la fourniture, la maintenance et le remplacement de dispositifs médicaux ainsi que la procédure de réalisation du droit aux dispositifs médicaux, ce qui pourrait amener à un système de soins de santé plus efficace.

5 *JO* n° 107/05, 109/05 et 57/11.

6 *JO* n° 24/05, 61/05 et 54/09.

7 *JO* n° 52/2012, 62/2012 et 73/2012.