



Affiliées à l'**Union Syndicale Fédérale**

Position commune des 3 OM implantées à Luxembourg au sujet du RCAM par rapport aux prestataires de soins au Luxembourg

Une analyse des sections Luxembourg est présentée dans le PowerPoint [Assurance maladie: comprendre avant d'agir!](#) auquel il est fait renvoi dans le présent document.

Les relations entre le RCAM et les prestataires de soins au Luxembourg sont définies par :

- 1. L'accord entre AMMD – COM – BEI (2005)**, qui limitait la majoration des honoraires à 15 % ; Or, celui-ci a été résilié (2018) par la COM. Dans un ton comminatoire, la COM indique que les **médecins et médecins dentistes** « se doivent d'appliquer les tarifs » convenus entre l'AMMD et la Caisse Nationale de Santé (CNS) en invoquant à l'appui des sources juridiques contestables. L'AMMD, à son tour, a transmis à ses membres la lettre de résiliation sans prendre position au fond. Les suites que les différents prestataires ont données à cette résiliation ne sont pas uniformes.
- 2. La convention entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) – COM – BEI – État luxembourgeois (1999) a un impact sur la surtarification de loin plus important que l'accord avec l'AMMD.** Elle aussi prévoit une majoration de 15 % sur les tarifs des « unités d'œuvre ». Mais la grosse source d'excès tarifaires provient du fait suivant :
 - a. Alors que, conformément à cette convention, les tarifs des unités d'œuvre devraient être « établis sur la base du coût de revient net » ; et
 - b. que la tâche de fixer ces tarifs incombait à une Commission technique composée par des représentants de la FHL, la COM et la CNS,

cette Commission technique n'a été mise en place qu'en 2018 et les conclusions de ses travaux ne sont pas pour bientôt (v. [PPT](#), diapos 23-24).

L'absence de tarifs établis conformément à la Convention signifie que les tarifs appliqués par les **hôpitaux** aux assurés du RCAM sont fixés « **de manière unilatérale** », donc en violation de l'arrêt *Ferlini* (v. [analyse d'EPSU CJ](#)). Des représentants du personnel ont revendiqué la résiliation de la convention ; heureusement, ils n'ont pas été suivis en cela par la COM, étant donné que c'est précisément la convention qui constitue la base juridique nécessaire à la constitution de la Commission technique susmentionnée et donc à la réglementation des tarifs.

Appréciation des responsabilités

La COM est défaillante parce que, pendant 19 années, elle n'a pas fait diligence, en tant que partie contractante, pour activer la Commission technique (point 2.), au détriment tant de ses assurés que de l'équilibre financier du RCAM. Quant au point 1., la méthode du **bluff juridique** adopté par la COM, malgré les réserves exprimées par d'autres institutions, mais qui par la suite se rallie à la COM par sens de « solidarité institutionnelle », n'est pas la bonne.

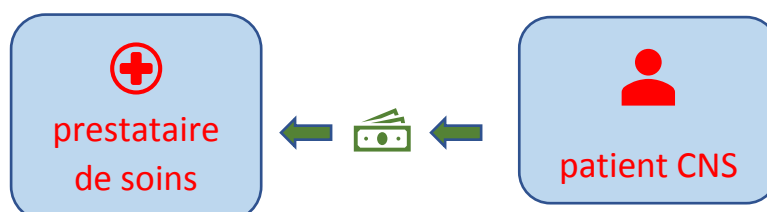
Si les représentants du personnel cautionnent la méthode de la résiliation, à la place de celle de la négociation, demain celle-ci va se retourner contre nous, mais ce sera trop tard. D'ailleurs, la méthode « unilatérale » a déjà été suivie par nos employeurs lors de la réforme 2014 du statut.

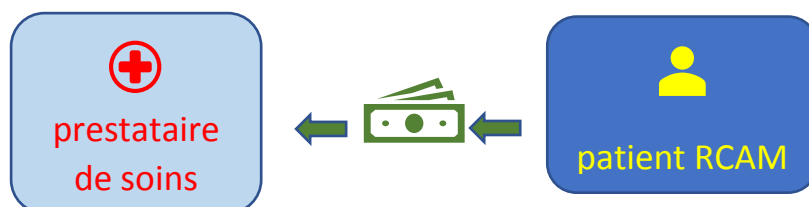
L'archétype du bluff juridique se trouve dans l'exposé des motifs du [projet de loi](#) voté au parlement belge (2013), qui assimile les assurés internationaux aux assurés nationaux de l'INAMI. Si son résultat (certainement dicté par des motifs autres que ceux affichés) est idéal pour nous, l'exposé des motifs cite des sources juridiques inexactes, voire fausses, qui alimentent par la suite d'arguments l'arsenal populiste. Les syndicats démocratiques et responsables doivent mettre en garde contre les informations fallacieuses, parce qu'une fois que les affaires arriveront devant la justice, on subira des rejets cinglants qui provoqueront plus de déception et de désaffection du personnel à l'égard des syndicats.

Une approche systématique du problème de surtarification des soins de santé au Luxembourg doit s'articuler autour de trois axes :

- I. Facturation des soins de santé par les prestataires ; comparaison entre :
 - a) assurés RCAM et
 - b) assurés CNS.
- II. Comparaison des flux financiers :
 - a) entre prestataires des soins et RCAM, et
 - b) entre prestataires de soins et CNS.
- III. Répartition des frais médicaux entre:
 - a) l'ensemble des assurés RCAM (via leur cotisation); et
 - b) le patient / assuré RCAM.

-
- I. **Facturation des soins de santé par les prestataires ; comparaison entre :**
 - a) **assurés RCAM et**
 - b) **assurés CNS.**





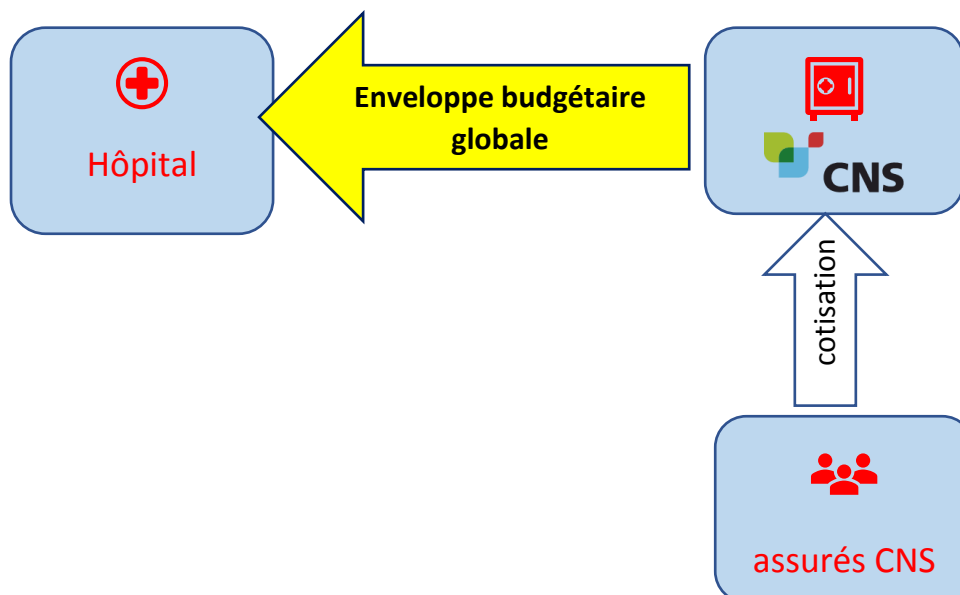
Conclusion du point 2. (Hôpitaux) : La différence des tarifs appliqués par les hôpitaux aux assurés RCAM par rapport aux assurés CNS est flagrante. Cette différence de prix constitue une **discrimination** contre les assurés RCAM dans la mesure où les tarifs sont appliqués « **de manière unilatérale** » (arrêt *Ferlini*). La responsabilité de la carence de mettre en place une Commission technique incombe à l'ensemble des parties contractantes, et notamment à la COM, qui avait tout intérêt à faire diligence pour la mise en œuvre d'une obligation résultant de la Convention.

II. Comparaison des flux financiers :

- c) entre prestataires de soins et RCAM, et
- d) entre prestataires de soins et CNS.

1. En ce qui concerne les **médecins et médecins dentistes**, l'intervention des deux caisses (CNS et RCAM) est dans ses grandes lignes comparable : l'assuré paie, la caisse rembourse, ou bien le prestataire envoie la facture à la caisse et le patient se limite à payer une participation.

2. Par contre, concernant les **hôpitaux**, la différence en matière de couverture des frais est **structurelle** (v. [PPT](#) diapos 16-22) :



La **CNS** (60 % assurés + patrons, 40 % État) finance massivement les hôpitaux. Par conséquent, les frais hospitaliers sont couverts pour le patient CNS (qui est tenu

seulement à une 'participation hospitalière' de 21,99 € par jour de séjour + majorations en cas de 1^e classe, chambre individuelle).



Par contre, puisque le **RCAM** ne dispose pas de mécanisme analogue de financement, l'hôpital adresse au patient une « facture prestations hospitalières » (forfait hospitalier), qui sera remboursée par le RCAM selon les règles qui lui sont propres.

Il s'agit ici d'une différence de traitement de situations différentes ; l'existence d'une « facture prestations hospitalières » pour les assurés RCAM n'est donc **pas discriminatoire** en soi, aussi longtemps que son montant n'est pas fixé «*de manière unilatérale*» (v. la conclusion de la partie I. supra).

III. Répartition des frais médicaux entre:

- a. l'ensemble des assurés RCAM (via leur cotisation) et
- b. l'assuré RCAM une fois qu'il devient patient.

Alors que l'assuré **CNS**, en cas de traitement en milieu hospitalier, a déjà couvert l'entièreté ou la plus grande partie de ses frais grâce à sa cotisation à la CNS, l'assuré **RCAM** doit honorer la 'facture prestations hospitalières', parfois très élevée et difficilement explicable. Même si le problème de la fixation des tarifs hospitaliers (v. I. supra), arrive à être résolu, reste le fait que l'assuré RCAM, au moment où il devient **patient**, supporte un risque financier parfois considérable.

Or, une telle différence de traitement entre l'assuré RCAM et l'assuré CNS n'est pas imputable au système luxembourgeois. Il s'agit plutôt d'une question **interne** à l'UE ; il s'agit de revoir les règles de couverture des frais médicaux du RCAM. Socialement, il est préférable que **le risque soit supporté solidairement** par la collectivité, c'est-à-dire par l'ensemble des cotisants RCAM, plutôt que par l'assuré / patient isolé.

Document approuvé par les représentants des 3 Organisations membres **USF** à Luxembourg, **EPSU CJ**, **USF-Lux**, **USPE**, réunies le 5 mars 2019 dans les locaux du PE à Luxembourg.

Pour **EPSU CJ**, Vassilis Sklias ; pour **USF-Lux**, Nicolas Mavraganis ; pour **USPE**, Paul Van der Staaij