

**Conclusions à tirer de l'[Arrêt du Tribunal \(neuvième chambre\) du 30 avril 2019.](#)
[Francis Wattiau contre Parlement européen. Affaire T-737/17.](#)**

1.

Point 83 « ... En outre, il ressort de la réponse donnée par la Commission aux questions posées par le Tribunal que le calcul des coûts des prestations n'est pas fondé sur des tarifs suffisamment proches des coûts réels, ni sur les profils médicaux réels des patients affiliés au RCAM. ... »

Point 84 « Il n'est par ailleurs pas contesté que les tarifs appliqués aux affiliés au RCAM sont supérieurs à ceux appliqués aux affiliés à la CNS, au seul motif que les premiers ne font pas partie du régime de sécurité sociale national. »

Notre conclusion : Les tarifs appliqués aux assurés RCAM doivent être identiques à ceux appliqués aux assurés CNS.

Observation : Or, la grande difficulté consiste à définir ces tarifs ; il y a actuellement un processus de longue haleine consistant à définir la nouvelle nomenclature sur la base du concept DRG [Diagnosis-related group](#) ; et ce problème concerne le système de santé et d'assurance maladie au niveau luxembourgeois et pas seulement les rapports des hôpitaux avec le RCAM.

2. Attention : un problème de lecture de l'arrêt Wattiau : **risque de confusion entre 'tarif' et 'facture'**, deux concepts différents, mais qui sont utilisés tour à tour.

a) **Pour la CNS, les tarifs** sont couverts par deux moyens complémentaires :

- frais fixes (forfait annuel) et
- frais variables (en fonction des actes médicaux réalisés).

v. notre présentation sous [Assurance maladie: comprendre avant d'agir!](#), PowerPoint, diapositive 21.

Il n'y a pas de 'facture' au sens propre du mot. Au sens large du terme, on peut parler de 'facture', qui n'est pas adressée au patient/assuré, mais à la CNS. Elle correspond aux frais variables et ne reflète qu'une petite fraction du coût global.

b) Par contre, **dans le RCAM, le tarif coïncide avec la facture**, qui est le seul mode de règlement des comptes entre l'hôpital, d'une part, et le patient/assuré et le RCAM, d'autre part.

3. Point 83 :

« En l'espèce, il est constant que

les tarifs appliqués aux affiliés au **RCAM**, qui découlent de la grille tarifaire adoptée sur la base de la convention de 1996, sont largement plus élevés que ceux appliqués aux affiliés à la **CNS**.

En fait, un affilié à la **CNS** qui reçoit un traitement d'oxygénothérapie en caisson hyperbare ne se verra **facturer** aucun montant au titre des coûts fixes associés à ce traitement, dès lors que **ces coûts seront pris en charge par le budget global de l'hôpital**, quel que soit le traitement accordé à cet affilié.

Au contraire, un affilié du **RCAM** qui reçoit le même traitement recevra une **facture** de la part de l'hôpital correspondant au montant indiqué dans la grille tarifaire, qui comprend tant les coûts variables que les coûts fixes. Dès lors, la convention de 1996 instaure un régime de facturation dans lequel un patient affilié au **RCAM** doit supporter à la fois les coûts variables et les coûts fixes associés audit traitement,

alors que, dans le système de santé national, les affiliés ne supportent aucun coût, sous forme de **facturation**, pour le même traitement.

Une telle **différence de régime** a pour effet que, en ce qui concerne le traitement d'oxygénothérapie en caisson hyperbare,

l'affilié à la **CNS** ne doit rien acquitter par séance,
alors que l'affilié **RCAM** se voit facturer un montant de 568 euros par séance.

Ainsi, le montant facturé à un patient affilié au **RCAM** par l'hôpital est largement supérieur à celui qui aurait été appliqué à un patient affilié à la **CNS** pour le même traitement, montant qui est totalement pris en charge par la **CNS**. ... »

4.

- Chaque salarié ou pensionné cotise pour l'assurance maladie **2,80 %** de son salaire brut ou de sa pension brute
- **0,91 %** de ce salaire brut / pension brute est destiné au financement des hôpitaux

Commentaire : Si les **tarifs** appliqués aux uns et aux autres doivent être identiques, ce qui n'est pas actuellement le cas (et jusqu'ici nous sommes bien d'accord, section 1 supra), les '**factures**' ne peuvent pas et ne doivent pas l'être aussi longtemps que les deux régimes d'assurance maladie sont structurés sur des bases profondément différentes.

En se bornant à signaler que « **ces coûts seront pris en charge par le budget global de l'hôpital** », sans se poser la question de savoir **qui** finance ce « **budget global de l'hôpital** », l'arrêt ignore complètement – ou passe sous silence – une information essentielle, qui a, cependant, été publiée et diffusée par notre syndicat à

la Cour de justice le 12 octobre 2018 : [Assurance maladie: comprendre avant d'agir!](#), PowerPoint, diapositives 15 à 22. V. notamment, l'*encadré inséré le 19 mai 2019* dans la diapositive 17 et repris ci-contre. L'analyse se borne à comparer deux personnes physiques relevant de régimes de santé différents en tenant compte de la **facture** visible et tangible que chacun reçoit (ou ne reçoit pas) et doit acquitter. Le Tribunal passe sous silence le fait

que **l'assuré CNS finance par sa cotisation les hôpitaux luxembourgeois**. Comme M. Di Bartolomeo (président de la Chambre des députés) l'a dit, "l'assuré CNS **ne voit pas** la facture". Une "facture", même virtuelle, existe bel et bien mais elle est invisible aux yeux du patient/assuré. En payant sa cotisation, l'assuré est couvert tant pour les frais fixes que pour les frais variables de son traitement hospitalier.

Toutefois, le fait que la « **différence de régime** » est mentionnée comme une des sources de la différence de traitement et par la suite de discrimination, ouvre une piste intéressante à la solution du problème.

5. Par la suite, l'arrêt signale:

Point 86 : «**Or, un tel régime a pour effet d'autoriser les prestataires de soins hospitaliers luxembourgeois à appliquer des tarifs plus élevés aux affiliés au RCAM qu'aux affiliés à la CNS. En instaurant ledit régime, la Commission a ainsi permis une différence de traitement fondée sur la nationalité, qui a entraîné un désavantage pour les affiliés au RCAM.** »

6. **Commentaire** : C'est donc la **différence de régime** qui est une des conditions ayant mené à la différence de traitement. Selon nous, une discrimination existe dans la mesure où des tarifs différents sont appliqués (section 1 supra); elle ne découle pas de la différence de mode de règlement des comptes. Certes, cette dernière rend la comparaison entre ces tarifs beaucoup plus difficile.

Toutefois, étant donné la difficulté inhérente à la détermination des tarifs (de la nomenclature), la solution la plus évidente serait de réorganiser le RCAM à l'instar de la CNS.

Une telle solution radicale,

- a) qui aurait le mérite de contourner le problème de fixation du coût de revient et du prix de chaque unité d'œuvre, comme prévu dans la Convention FHH – Commission,
- b) mais qui se heurterait à des difficultés juridiques, étant donné que le cadre juridique en vigueur ne la prévoit pas,

serait que le RCAM instaure, à l'instar de la CNS, une espèce d'**enveloppe budgétaire globale** à transférer aux hôpitaux luxembourgeois. Elle serait fixée au prorata de la population concernée ayant habituellement recours aux services des hôpitaux luxembourgeois.

Cela entraînerait l'assimilation des assurés RCAM aux assurés CNS, qui se verraient donc appliquer les mêmes tarifs **et la même facturation** au sens propre du terme. **Un tel système est de loin plus solidaire et de loin plus protecteur que le système RCAM actuel : le risque sera partagé par la collectivité, au lieu de tomber sur les épaules le patient.**

7. Dans l'état actuel, nous sommes **en faveur** du maintien et de la continuation des travaux de la **Commission technique**.

8. Une **résiliation** de la Convention de la part de la COM nous semble superfétatoire, puisque la Convention a déjà été déclarée illégale par l'arrêt du TUE (point 99). Nous regrettons l'invalidation, par l'arrêt, de la base juridique du fonctionnement de la Commission technique. Son fondement juridique conventionnel disparaît pour être remplacé

par une analyse contestable du droit de l'Union. Nous soutenons la méthode de la négociation et pas la rupture. L'objectif des travaux de cette Commission technique, en combinaison avec celui du Groupe de travail luxembourgeois qui redéfinit la nomenclature, devrait être de fixer des **tarifs** reflétant fidèlement les coûts économiques, qui s'appliqueraient désormais à égalité tant aux assurés RCAM qu'aux assurés CNS, indépendamment du mode de couverture de ces tarifs (par facture, ou par règlement direct avec la Caisse maladie).

9. Si la distinction entre 'tarif' et 'facture' n'est pas clarifiée et si le 'tarif' est considéré comme synonyme de 'facture', le message émis aux assurés CNS sera de leur dire: "vous êtes dupes si vous cotisez à 2,8% de votre salaire ou pension mensuel, dont **0,9% est destiné à financer les hôpitaux**, puisque d'autres 'profitent' du même avantage que vous sans avoir cotisé". En d'autres termes, **la fausse gratuité des assurés CNS se transformerait en vraie gratuité pour les assurés RCAM**. On saperait ainsi les fondements d'un système d'assurance maladie exemplaire, tel le CNS, puisque les hôpitaux répercuteront sur la CNS leur déficit de recettes du RCAM.

Autres questions connexes non directement liées à l'arrêt Wattiau

1. Le problème de **perte d'attractivité** du site de Luxembourg est bien réel ; or, il est dû surtout au prix du logement, combiné à l'interdiction statutaire d'instaurer un [coefficient correcteur](#) pour le Luxembourg ; le problème que des agents contractuels sont rémunérés moins bien que les salariés de droit luxembourgeois qui exercent les mêmes fonctions **n'est pas compensable** avec des 'gains' que nous pourrions 'arracher' sur les frais de santé. Chacun des deux problèmes mérite sa propre solution, qui devra être juste et égalitaire. D'ailleurs, la plupart des agents contractuels sont des frontaliers et reçoivent leurs soins de santé dans les pays voisins.
2. L'idée de revendiquer une **remise de 40%** par rapport aux tarifs convenus entre les hôpitaux et la CNS est **politiquement** indéfendable. D'ailleurs, elle se fonde sur une idée **juridiquement** erronée. S'il est vrai que 40% des recettes de la CNS (sans tenir compte du financement direct par l'État de la construction et des infrastructures hospitalières) proviennent des recettes fiscales de l'État, l'idée que la contribution de l'État devrait être déduite de nos frais médicaux est erronée parce qu'il nous paraît contradictoire :
 - a) d'invoquer, à juste titre, que les **impôts** payés à l'Union ont **le même effet** que les impôts payés à l'État ; et qu'aucune différenciation des tarifs des soins de santé ne saurait être fondée sur le fait qu'un patient ne paye pas d'impôt sur le revenu au Luxembourg ([arrêt Forcheri](#), point 19);
 - b) tout en attachant, sur le plan des **contributions de sécurité sociale**, des conséquences juridiques **différentes** à la contribution de l'Union, d'une part, et à la contribution de l'État, d'autre part.

Il y aurait deux poids et deux mesures. En fait :

- a) Dans le contexte de la sécurité sociale luxembourgeoise, c'est l'État qui représente le **pouvoir public**.

- b) Dans le cas de la sécurité sociale du personnel de l'Union, **le pouvoir public est représenté par l'Union** (notre employeur) qui contribue à raison de 2/3 à notre caisse maladie.

Il y a donc une **symétrie** entre le financement du RCAM et le financement de la CNS. Dans l'un cas comme dans l'autre, il existe un pouvoir public (l'État pour les uns, l'Union pour les autres) qui contribue au financement de l'assurance maladie de ses propres assurés. Et revendiquer un financement de nos dépenses d'assurance maladie par l'État luxembourgeois équivaldrait à être financé cumulativement par deux pouvoirs publics.