

## 5. Surtarification médicale en milieu hospitalier

La tarification des soins médicaux au Luxembourg est complexe et serait de l'ordre de 20% supérieure à ce que paient les locaux.

### **Vous nous dites**

- *À Luxembourg un médecin peut compter une consultation majorée pour un affilié du RCAM car le fisc ne peut vérifier, il n'a pas accès aux dossiers du personnel de la CE. Pour les affiliés de la mutuelle Luxembourgeoise il peut faire ceci qu'un nombre limité par an.*
- *Les hôpitaux comptent aussi plus pour nous que pour les locaux car la CNS les rembourse de manière fixe et limitée.*
- *Je profite de la visite médicale annuelle de la Commission pour ne pas payer des frais trop importants.*
- *Pourrait-on s'inspirer de ce qui se fait à Bruxelles avec les hôpitaux locaux afin d'en tirer les leçons et les transposer au Luxembourg ? Par exemple, le fait qu'avec certains hôpitaux la Commission a directement des accords de tarification / facturation (exemple : Saint Michel, Saint Luc).*
- *Le point qui bloque dans les éventuelles renégociations des conventions ou accords c'est que l'État Luxembourgeois estime que le budget des frais fixes est couvert uniquement par le secteur privé et estime que la fonction publique européenne ne paie pas sa contribution.*
- *Attention, le CHL est transparent avec les tarifications (voir site web). L'Hôpital du Kirchberg ne l'est pas.*
- *Il faudrait revoir les seuils, ou être plus souple pour les avances.*

### **[Le programme U4U](#)**

U4U rappelle clairement à l'Administration le besoin d'obtenir **davantage de conventions avec les structures de soins** des États Membres en général et du Luxembourg encore plus particulièrement, afin d'éviter les surfacturations actuelles.

En parallèle de ces conventions, la Commission a un levier qu'elle pourrait actionner. La **réserve de la caisse maladie** s'explique par l'obligation de garantir l'équilibre budgétaire. Elle s'élève à un peu moins de 300 millions d'EUR. Cet ordre de grandeur, correspondant à 30 années de déficit annuel moyen n'est pas nécessaire. Une partie de cette réserve, au moins 250 millions d'EUR, pourrait être affectée à l'amélioration de la prise en charge des frais de santé des agents.

Rappelons que les **plafonds des remboursements médicaux** prévus dans les Dispositions Générales d'Exécution (DGE), n'ont pas été révisés depuis 15 ans, date de la dernière révision du texte (2007).

Aujourd'hui, il devient donc urgent de sortir de cette situation et d'opérer une mise à jour des plafonds et des remboursements.

De plus, il faudrait modifier le cadre réglementaire du RCAM afin de **faire évoluer les plafonds de remboursements en fonction de l'augmentation des coûts des prestations de services médicaux**. Cela serait possible en utilisant une partie de l'augmentation des salaires et pensions produite par l'application annuelle de la méthode.

Enfin, il serait utile, de prendre en compte les nouvelles dépenses de santé et si nécessaire réviser les DGE.

U4U veut **donner la possibilité de lier quand c'est nécessaire l'adaptation annuelle des salaires et pension aux plafonds de remboursement**. Il y aurait donc enfin un **système dynamique** par rapport à l'inflation. U4U invite à prendre en compte dans ce processus, **l'évolution de la société et des besoins du personnel** ainsi que **les avancées médicales** qui pourraient y répondre. Les interventions du RCAM doivent couvrir les collègues sans discrimination. C'est aussi le moment d'intégrer les avancées de la médecine préventive, les nouveaux besoins en matière de santé mentale et les risques liés à l'hyper connectivité et à la surcharge numérique.

**Le saviez-vous :** Si le **montant des frais non remboursés** pour une période de douze mois dépasse la moitié du traitement mensuel de base du fonctionnaire ou de la pension versée, un **remboursement spécial** est accordé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, compte tenu de la situation de famille de l'intéressé [...], (art 72.3 du Statut).