**Projet de loi 6196**

**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

1. **le Code de la sécurité sociale;**
2. **la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Les points-clés du projet de réforme sont les suivants:

1. ***L'introduction de la notion de médecin référent***

Le principe de la revalorisation des soins médicaux de base - et par conséquent de la fonction de médecin généraliste - faisant l'objet d'un consensus général, le projet propose que l'assuré peut dorénavant désigner un médecin référent, avec l'accord de celui-ci, dont le rôle sera de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient.

Le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre. En tant que médecin référent, il assumera pour le patient le rôle d’un médecin de premier recours et de première instance dans la chaîne de parcours de soins du patient. De par ses connaissances de l'entourage social et familial du patient, le médecin référent est le mieux placé pour connaître le patient dans sa globalité. En tant que promoteur d'une médecine plus douce, le médecin généraliste, a fortiori s'il assume le rôle de médecin référent, peut notamment arriver à sensibiliser certains patients aux risques et problèmes d’une éventuelle surconsommation de médicaments. La création de la fonction de médecin référent entend encourager le rétablissement d'un lien de confiance profond et durable entre le médecin généraliste et le patient.

***2) La substitution de médicaments***

Le projet propose d'introduire un système de base de remboursement qui est institué en vue de favoriser la prescription respectivement la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance.

Le principe de la substitution sera opéré pour une liste de médicaments définis appartenant au même groupe de principe actif principal pour lesquels l'équivalence totale a été scientifiquement démontrée. Pour les médicaments dont l'équivalence a été constatée, il appartiendra prioritairement au médecin prescripteur de porter son choix sur le médicament le moins cher. Sinon, il incombera au pharmacien de proposer à l'assuré la substitution du médicament prescrit par le médicament moins cher équivalent. La substitution demeure facultative; si l'assuré préfère le médicament prescrit, il ne pourra toutefois bénéficier que de la base de remboursement établie en fonction du médicament équivalent le moins cher.

***3) Le dossier de soins partagé***

L’objectif du dossier de soins partagé consiste à améliorer la qualité de la prise en charge du patient en ce sens que toutes les informations importantes en relation avec les traitements dispensés au patient devront être inscrites et regroupées dans une documentation de base partagée, accessible au patient et, avec l’accord de celui-ci, au médecin référent, aux médecins traitants, ainsi qu’aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Ainsi, les différents prestataires de soins disposent des informations nécessaires pour dispenser un traitement rapide et adapté, leur permettant donc d’éviter des actes inutiles ou redondants.

Le présent projet de loi rassemble les dispositions nécessaires à l’implémentation pratique du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne la structure du dossier, son champ d’application, les dispositions liant les différents prestataires et le partage des données. Le développement, ainsi que son implémentation progressive sont assurés par l’Agence nationale des informations partagées, regroupant tous les acteurs centraux dans ce domaine, sur base du projet e-Santé, programme initié par le ministère de la Santé dans le cadre du programme de la gouvernance électronique.

***4) La documentation des prestations de soins***

La réforme innove par différentes mesures, notamment en renforçant les mécanismes d'instauration de normes de documentation des diagnostics et des procédures médicales. En outre, les travaux de la Cellule d'expertise médicale, destinée à épauler les travaux de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique dans le domaine de la Santé, ainsi que de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé devraient contribuer à l'amélioration de la complétude et de la transparence des données en relation avec notre système de soins de santé.

***5) Les centres de compétences***

Dans son avis complémentaire, le Conseil d’Etat a formulé une proposition de texte définissant les critères, les conditions d’autorisation et les attributions des centres de compétences. La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé d’adopter cette définition.(voir article 26bis nouveau de la loi hospitalière)

En effet, le but d’organiser le paysage hospitalier et les unités des soins hautement spécialisés en centres de compétences est une préoccupation essentielle de tous les acteurs. Les centres de compétences sont ancrés dans le plan hospitalier et seront développées au fur et à mesure dans les années à venir, et ceci en étroite collaboration avec les acteurs du terrain. Même si les filières de soins seront à définir ultérieurement - éventuellement dans le cadre d’une réforme de la loi hospitalière - les mécanismes de coordination et d’intégration de la prise en charge devront être développés.

***6) L’enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier***

Dans le souci d'une meilleure coordination et d'un gain d'efficience, le projet de réforme propose de subordonner les budgets des établissements hospitaliers à une enveloppe budgétaire globale. Cette mesure doit apporter un soutien à l'idée d'une gouvernance commune du secteur hospitalier avec l'objectif prioritaire d'éviter des doubles emplois et la concurrence malsaine. En revanche, sont à privilégier la recherche de synergies et la collaboration.

L'enveloppe budgétaire globale est censée remplir le rôle de catalyseur pour une approche raisonnable en matière de croissance budgétaire dans le secteur hospitalier. Le nouveau système continuera à garder une certaine flexibilité, ceci notamment pour faire face à des imprévus ou à des situations exceptionnelles.

***7) Le statut du médecin hospitalier et du médecin-coordinateur***

A l'avenir, le contrat de collaboration entre le médecin hospitalier et l'hôpital devra davantage régler les droits, mais aussi les devoirs des deux parties. Ainsi l'article 31 de la loi hospitalière prévoira dorénavant que le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier, soit par un contrat de collaboration, soit par un contrat de travail (p.ex. médecins salariés au CHL).

Le texte dispose que le médecin hospitalier exercera son activité, à titre principal ou accessoire, dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical, mais en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement interne, notamment en ce qui concerne la démarche qualité, la prévention des risques et la continuité des soins et des gardes.

Le médecin hospitalier garde donc la liberté thérapeutique au lit du malade, mais son activité, exercée sous statut libéral ou non, sera dorénavant cadrée et doit s'inscrire dans la cohérence et les objectifs définis par le gestionnaire.

***8) Le conventionnement obligatoire***

Le maintien du principe du conventionnement obligatoire, spécificité du système de soins luxembourgeois, figure parmi les orientations stratégiques de la réforme du système de soins de santé fixées dans le programme gouvernemental et réaffirmé par le présent projet de loi.

***9) La Commission de nomenclature***

La composition de la Commission de nomenclature - actuellement caractérisée par la prépondérance des représentants de l'Etat - sera revue dans le sens d’une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé, d'une part, et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires, d'autre part. Quant au détail de sa composition, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a retenu la solution trouvée lors des discussions entre le Ministre, l’Association des médecins et médecins dentistes et l’Entente des hôpitaux et qui respecte le principe de la parité.

Il est prévu que la Cellule d’expertise médicale à créer appuiera la Commission de nomenclature dans son travail, ceci notamment pour renforcer la base scientifique des discussions et décisions à prendre au sein de cette commission.

***10) La prise en charge directe***

Conformément au programme gouvernemental, le projet de loi introduit le tiers payant social, qui doit garantir et faciliter l'accès des personnes en difficulté aux prestations de soins, sans engendrer une stigmatisation de ces personnes ou une charge administrative trop importante. Ainsi, dans des cas dûment motivés et pour des raisons sociales constatées par l'office social concerné, l'assuré peut demander une prise en charge directe des prestations par l'assurance maladie-maternité.

***11) Mesures financières***

Alors que le projet de loi initial prévoyait le relèvement du taux de cotisation et l’augmentation des participations statutaires à charge des assurés par dérogation aux dispositions prévues dans le Code de la sécurité sociale, il a été décidé finalement de remettre cette décision à la CNS. Lors de sa réunion du 10 novembre 2010, le Comité directeur de la CNS a décidé majoritairement de relever le taux de cotisation de 5,4% à 5,6% à partir du 1er janvier 2011 et il a statué sur le relèvement de certaines participations des assurés.

Il convient de souligner que la contribution financière des prestataires de soins prévue par le présent projet de loi en constitue le corollaire.

***12) Intégration des dépenses de maternité***

Le projet de loi prévoit la suppression de la gestion séparée des prestations de maternité en les intégrant dans les gestions des soins de santé et des prestations en espèces, notamment dans un but de simplification administrative et afin de freiner l’évolution de ces dépenses qui est nettement supérieure à celle des autres soins de santé et qui n’est pas liée à une augmentation des naissances.

Pour maintenir la participation effective de l’Etat dans le financement de l’assurance maladie-maternité au même niveau qu’en 2009 et afin que la couverture de ces frais ne représente pas un risque démesuré pour la Caisse nationale de santé au cours des prochaines années, la participation de l’Etat est fixée à 40% au niveau de l’ensemble des cotisations (contre actuellement 37% dues au titre des soins de santé et 29,5% dues au titre des indemnités pécuniaires). Par ailleurs, une dotation spécifique de l’Etat est accordée pour compenser l’évolution des dépenses liées aux prestations en espèces de maternité, jusqu’à ce que, le cas échéant, ces dispositions soient révisées.

***13) La Commission de surveillance***

Sur base des critiques du Conseil d’Etat, la réforme de la Commission de surveillance n’a pas pu se faire telle que projetée initialement. Ainsi la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a adopté un amendement qui est inspiré du texte actuellement en vigueur du Code de la sécurité sociale, tout en adaptant la composition de la Commission de surveillance, en détaillant les faits susceptibles de faire l’objet d’une instruction et en renforçant les sanctions pouvant être prononcées par les juridictions de sécurité sociale.