



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 5130

Projet de loi modifiant le chapitre V " Relations avec les prestataires de soins " du livre Ier du Code des assurances sociales

Date de dépôt : 15-05-2003

Date de l'avis du Conseil d'État : 10-07-2003

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
15-05-2003	Déposé	5130/00	<u>3</u>
12-06-2003	Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (12.6.2003)	5130/01	<u>11</u>
13-06-2003	Avis de la Chambre de Commerce (13.6.2003)	5130/03	<u>16</u>
17-06-2003	Avis de la Chambre de Travail (17.6.2003)	5130/02	<u>21</u>
07-07-2003	1) Avis de la Chambre des Métiers (2.7.2003) 2) Avis de la Chambre d'Agriculture - Dépêche du Secrétaire général de la Chambre d'Agriculture au Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale ([...])	5130/04	<u>26</u>
10-07-2003	1) Avis du Conseil d'Etat (10.7.2003) 2) Avis séparé du Conseil d'Etat (10.7.2003)	5130/05	<u>35</u>
14-07-2003	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) :	5130/06	<u>42</u>
18-07-2003	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (18-07-2003) Evacué par dispense du second vote (18-07-2003)	5130/07	<u>51</u>
17-07-2003	Médecine de l'environnement	Document écrit de dépôt	<u>54</u>
31-12-2003	Publié au Mémorial A n°103 en page 2257	5130	<u>56</u>

5130/00

N° 5130

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

* * *

*(Dépôt: le 15.5.2003)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (9.5.2003)	1
2) Exposé des motifs.....	2
3) Texte du projet de loi	3
4) Commentaire des articles	4

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Article unique.— Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le Projet de loi modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“ du livre Ier du Code des assurances sociales.

Palais de Luxembourg, le 9 mai 2003

*Le Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,*

Carlo WAGNER

HENRI

*

EXPOSE DES MOTIFS

Les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 28 avril 1998 dans les affaires Decker et Kohll ont relancé les discussions sur les relations entre l'assurance maladie et les médecins et médecins-dentistes.

Cette jurisprudence a créé un double système de couverture sociale des soins délivrés en dehors de l'Etat de résidence:

- D'une part, les procédures fondées sur la réglementation européenne (règlement 1408/71) qui coordonne la couverture sociale des soins médicaux restent d'application. Elles fournissent un accès aux soins médicaux sous certaines conditions (autorisation préalable, soins d'urgence) en „intégrant“ le bénéficiaire dans le système de sécurité sociale de l'Etat de la prestation et en lui offrant la même couverture qu'un assuré résidant dans cet Etat.
- D'autre part, la Cour a reconnu le droit de M. Kohll et de M. Decker d'acquérir des services et des biens médicaux en dehors de leur Etat de résidence et d'en réclamer le remboursement conformément aux tarifs nationaux appliqués par leur système de sécurité sociale, sur la base des principes de libre circulation des biens et des services.

Pour l'Association des médecins et médecins-dentistes, l'obligation pour l'Union des caisses de maladie d'ouvrir le secteur ambulatoire étranger au remboursement entraîne une discrimination de plus en plus flagrante des prestataires luxembourgeois par rapport aux autres prestataires européens.

L'accord de coalition du 12 août 1999 a retenu que:

„Pour ce qui est des conséquences des arrêts Decker-Kohll, une analyse détaillée en sera faite le plus rapidement possible. Il semble dès à présent évident que les répercussions des arrêts Decker-Kohll seront considérables au Luxembourg. Pour le Gouvernement, il est important de veiller à ce que les conséquences puissent également avoir des retombés favorables pour la médecine luxembourgeoise du moins à moyen terme.“

Un premier groupe de travail, institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 20 octobre 1999, s'est attaché à analyser les conséquences juridiques et financières des arrêts. Des discussions de ce premier groupe, il s'est dégagé que même s'il fallait s'imposer une certaine réserve, alors que la jurisprudence de la CJCE était encore en évolution, les arrêts Kohll et Decker n'imposent pas quant à leurs conséquences juridiques et financières, un abandon du système du conventionnement obligatoire.

Un deuxième groupe de travail institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 24 octobre 2001, a élaboré deux rapports traitant respectivement:

- du conventionnement obligatoire généralisé et des solutions alternatives à ce modèle;
- des différentes autres revendications de l'Association des médecins et médecins-dentistes qui se situent en dehors de la problématique du conventionnement obligatoire généralisé, ayant une incidence sur la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

A la suite des conclusions dudit groupe de travail, le Conseil de Gouvernement a, en date du 29 juillet 2002, décidé de maintenir le conventionnement obligatoire. Toutefois, il s'est déclaré d'accord à accéder à différentes revendications subsidiaires du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes.

Le présent projet de loi introduit à l'article 66 du Code des assurances sociales le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires. L'introduction de cette adaptation tient compte du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie, alors que ce renchérissement n'est pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires.

En outre, le présent projet de loi crée la base légale pour procéder, par dérogation aux conditions de l'article 65, alinéas 6, 10 et 11 du Code des assurances sociales, à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal, tout en fixant à cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux un plafond de 6,7 pour cent de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

Le projet de loi regroupe par ailleurs les modifications nécessaires des dispositions relatives au calendrier de négociation, afin de tenir compte de l'impossibilité de se conformer dans l'application pratique aux dates y imposées.

Les mesures envisagées comportent un coût supplémentaire de l'ordre de 17,7 millions d'euros qui incombent intégralement au budget de l'assurance maladie.

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1er.– L'article 65 du Code des assurances sociales est modifié comme suit:

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.“

2° A l'alinéa 10, la dernière phrase est libellée comme suit:

„La proposition doit parvenir avant le 15 décembre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale“

Art. 2.– A l'article 66 est inséré un alinéa 2 nouveau libellé comme suit:

„Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat“

Art. 3.– A l'article 67, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans par les parties signataires de la convention, sur demande à introduire avant le 1er septembre par le groupement représentatif. Pour les lettres-clés visées à l'alinéa 2 de l'article 66, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique. Pour la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause.“

Art. 4.– L'article 69 est modifié comme suit:

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„A défaut d'entente collective sur une nouvelle convention dans les six mois suivant la dénonciation de l'ancienne convention ou en l'absence d'accord avant le 31 décembre sur la revalorisation de la lettre-clé conformément à l'article 67, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.“

2° L'alinéa 4 est modifié comme suit:

„Lorsque la médiation n'aboutit pas à une nouvelle convention ou à un accord sur la revalorisation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au conseil supérieur des assurances sociales.“

Art. 5.– L'article 70 prend la teneur suivante:

„En cas d'échec de la médiation, le conseil supérieur des assurances sociales rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.“

Art. 6.– Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1er, point 1°

Il est profité de l'occasion de cette modification législative pour corriger une erreur factuelle à l'alinéa 1er de l'article 65 du CAS. En effet, cet alinéa parle de sept nomenclatures différentes, alors que le nombre de prestataires conventionnés disposant d'une nomenclature s'élève en fait à 12 (médecins, médecin-dentistes, infirmiers, sages-femmes, masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, laboratoires d'analyses médicales, établissement de cures thérapeutiques, établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, foyers de réadaptation, fournisseurs de prothèses).

Article 1, point 2°, article 4 et article 5

La pratique des négociations depuis 1994 a montré que le calendrier des négociations, tel qu'il a été inscrit dans la loi de 1992 ne peut guère être respecté. Ainsi, le revenu moyen cotisable, nécessaire à la définition du plafond pour l'adaptation des tarifs, n'est disponible qu'au cours des mois de juillet ou d'août. La conclusion de la négociation de l'adaptation des tarifs avant le 1er août s'est donc avérée illusoire dans toutes les négociations. Par ailleurs, il s'est avéré que si les deux parties ont abouti à un accord, cet accord a été obtenu avant le 31 décembre et il a pu entrer en vigueur au 1er janvier. Toutefois, en cas de désaccord, la procédure de médiation et la procédure de sentence arbitrale a nécessité beaucoup plus de temps, rendant une application rétroactive des adaptations tarifaires inévitables.

En conséquence, la modification apportée par les articles 1, point 2, 4 et 5 fixe la date limite pour un accord négocié au 31 décembre (art. 69, al. 1er du CAS) et supprime toute référence à des dates limites pour la médiation (art. 69, al. 4 du CAS) et pour la sentence arbitrale (art. 70 du CAS). De même, la date limite pour l'introduction de la demande d'une revalorisation sélective des actes généraux par l'AMMD est reportée du 15 novembre au 15 décembre (art. 65, alinéa 10, dernière phrase).

Article 2

Le Gouvernement a accepté le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires. Il s'agit en l'occurrence des tarifs des médecins, des médecin-dentistes, des infirmiers, des sages-femmes, des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes. A remarquer que les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ne bénéficient pas de l'adaptation indiciaire automatique, puisque le plafond pour l'adaptation des tarifs était précisément fixé à l'augmentation de l'indice du coût de la vie.

En vue de réaliser cette indexation automatique, il y a lieu de préciser que les valeurs des lettres-clés négociées entre l'UCM et les prestataires correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Il s'ensuit que ces valeurs des lettres-clés doivent être multipliées par la cote d'application de l'échelle mobile des salaires pour obtenir leur valeur nominale et qu'elles suivent donc les adaptations indiciaires d'après le mécanisme décrit dans la législation concernant les traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Article 3

Afin de garantir une certaine maîtrise des coûts, le Gouvernement entend maintenir un plafond pour la négociation des tarifs. Comme les tarifs bénéficient dorénavant de l'adaptation indiciaire, le plafond doit être fixé par rapport à la variation du revenu moyen cotisable exprimé à l'indice cent du coût de la vie. Etant donné que la marge de manœuvre pour l'adaptation des tarifs est réduite à l'augmentation réelle du niveau des revenus en vertu de l'adaptation indiciaire, il a été proposé de ne procéder que tous les deux ans à une négociation des tarifs, à l'instar de ce qui se passe pour la revalorisation du salaire social minimum et pour l'ajustement des pensions et des rentes. Lors de la négociation bisannuelle, le plafond pour l'adaptation réelle est donc fixé à la variation à l'indice 100 du revenu moyen cotisable correspondant à une période de deux ans. Cette période se situe entre la quatrième année et la deuxième année précédant l'exercice pour lequel l'adaptation des tarifs est négociée. A remarquer que l'ancien texte de l'article 67 prévoyait déjà un plafond différent pour l'adaptation de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Ce plafond est maintenu, mais le principe d'une négociation bisannuelle est également appliqué à ce secteur.

Article 6

Selon l'accord négocié entre l'association des médecins et médecin-dentistes, d'une part, et le ministre de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, les médecins vont bénéficier d'une revalorisation sélective de certains actes de la nomenclature des actes et services. Cette augmentation sélective concerne les sous-chapitres et les taux suivants:

1) Adaptation des dispositions générales	
Majoration du tarif des actes techniques pour nuit, dimanche et jour férié de 100% au lieu de 25%	60%
2) Revalorisation des actes généraux des médecins	
– les consultations (chapitre 1) à l'exception de C6, C8, C16, C19, C61-C74 et des consultations majorées	15%
– la consultation du pédiatre (C6)	9%
– la consultation du dermatologue (C8)	16%
– la consultation de l'ophtalmologue (C16)	4%
– les consultations des anesthésistes (C19, C61-C74)	3%
– les consultations majorées	0%
– le traitement hospitalier stationnaire (chapitre 4)	15%
– les examens préventifs et de dépistage (chapitre 6)	16%
3) Revalorisation des actes techniques des médecins	
– la psychiatrie (1N51 – 1N81)	10%
– la chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen (2A11 – 2R73)	19%
– la gynécologie (6G31 – 6G94)	19%
4) Revalorisation des actes généraux des dentistes	
Actes généraux	12%
5) Revalorisation des actes techniques des dentistes	
– Soins gingivaux et dentaires	12%
– Extractions dentaires	12%
– Extractions chirurgicales	12%

L'impact de cette revalorisation a été évalué à 6,65% des honoraires pour les médecins et à 6,49% pour les médecins-dentistes.

Cette adaptation sélective des tarifs doit être réalisée en relevant les coefficients des actes correspondant de la nomenclature des actes et services des médecins et médecin-dentistes. Cependant, une adaptation simple des règlements grand-ducaux définissant les nomenclatures se heurte aux conditions restrictives inscrites aux alinéas 6, 10 et 11 de l'article 65 du CAS pour modifier ces nomenclatures.

En effet, comme cette modification résulte d'un compromis politique, elle n'a pas été soumise à l'avis du collège médical, ni du collège supérieur des professions de santé. La modification de certains coefficients ne résulte pas d'une décision unilatérale de l'AMMD qui devrait être introduite avant le 15 novembre. La modification des coefficients ne prendra pas effet au 1er janvier suivant et il ne sera pas procédé à une neutralisation des effets de cette modification par une adaptation en sens contraire de la valeur de la lettre-clé.

Cette adaptation des nomenclatures doit donc être réalisée par dérogation aux dispositions des alinéas 6, 10 et 11 de l'article 65 du CAS. Aussi le présent texte légal qui constitue une dérogation temporaire au CAS, ne sera-t-il pas intégré dans le CAS.

Cependant, cette adaptation ne peut être effectuée directement par la loi, mais doit être effectuée par un règlement grand-ducal qui est l'instrument juridique approprié. Le présent texte crée donc la base légale pour un règlement grand-ducal visant à adapter les nomenclatures. Cette adaptation pourra prendre effet rétroactivement au 1er janvier 2003. En outre, la base légale n'autorise l'adaptation de la nomenclature que dans la limite négociée de l'accord, à savoir 6,7%.

Pour tenir compte de l'effet rétroactif de cette augmentation des tarifs, le règlement grand-ducal devra prévoir une majoration transitoire des coefficients à partir de son entrée en vigueur effective. La durée et l'ampleur de cette majoration transitoire devront être déterminées dans le règlement grand-ducal dès que l'entrée en vigueur de la loi sera connue de façon à compenser exactement le retard intervenu dans l'adaptation depuis le 1er janvier 2003.

Service Central des Imprimés de l'Etat

5130/01

N° 5130¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

* * *

**AVIS DE LA CHAMBRE DES FONCTIONNAIRES
ET EMPLOYES PUBLICS**

(12.6.2003)

Par dépêche du 28 avril 2003, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a demandé, „dans les meilleurs délais“, l’avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics sur le projet de loi spécifié à l’intitulé.

Les arrêts Decker et Kohll

Il résulte de l’exposé des motifs du projet de loi qu’il est en quelque sorte une conséquence des arrêts du 28 avril 1998 de la Cour de Justice des Communautés Européennes dans les affaires Decker et Kohll.

Dans l’affaire Decker, la Cour a tranché que les articles 30 et 36 du traité CE concernant la libre circulation des marchandises s’opposent à une réglementation nationale en vertu de laquelle un organisme de sécurité sociale d’un Etat membre refuse à un assuré le remboursement forfaitaire d’une paire de lunettes avec verres correcteurs achetée auprès d’un opticien établi dans un autre Etat membre, au motif que l’achat de tout produit médical à l’étranger doit être au préalable autorisé.

Dans l’affaire Kohll, la Cour a tranché que les articles 59 et 60 du traité CE concernant la libre circulation des services s’opposent à une réglementation nationale qui subordonne à l’autorisation de l’organisme de sécurité sociale de l’assuré le remboursement, selon le barème de l’Etat d’affiliation, des prestations de soins dentaires fournies par un orthodontiste établi dans un autre Etat membre.

Entre autres, la Cour retient par ailleurs qu’il y a lieu „de relever que l’article 56 du traité permet aux Etats membres de restreindre la libre prestation des services médicaux et hospitaliers, dans la mesure où le maintien d’une capacité de soins ou d’une compétence médicale sur le territoire national est essentielle pour la santé publique, voire même pour la survie de sa population“. En outre, suivant la Cour, „des objectifs de nature purement économique ne peuvent justifier une entrave au principe fondamental de libre circulation des marchandises. Toutefois, il ne saurait être exclu qu’un risque grave à l’équilibre financier du système de sécurité sociale puisse constituer une raison impérieuse d’intérêt général susceptible de justifier pareille entrave“.

Les revendications des médecins

L’exposé des motifs relève à juste titre que, pour l’association des médecins et médecins-dentistes, l’obligation pour l’Union des caisses de maladie d’ouvrir le secteur ambulatoire étranger au remboursement entraîne une discrimination de plus en plus flagrante des prestataires luxembourgeois par rapport aux prestataires européens.

En effet, d’un côté, la législation sociale luxembourgeoise doit garantir aux assurés des soins de qualité à un prix abordable et, d’un autre côté, elle a protégé le marché aux prestataires de services et de marchandises.

Face à la „rigidité de la législation sociale“, à savoir la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, l'association des médecins et médecins-dentistes constate „une réduction de la compétitivité et de la motivation des professionnels de la santé et déplore la remise en question de l'indépendance professionnelle et la liberté d'entreprendre du corps médical et médico-dentaire“¹.

Parmi les groupes de travail institués à la suite de réunions du Comité quadripartite en vue d'analyser les conséquences des arrêts Decker et Kohll, le deuxième groupe de travail, après avoir analysé longuement les principes du libre choix du médecin et du conventionnement obligatoire, s'est vu confronté, indépendamment de ces problématiques, au problème de la pénurie et de la disponibilité de médecins dans notre pays, du moins dans certaines spécialités.

L'adaptation des lettres-clés à l'indice du coût de la vie

La cotation des différents actes ou services professionnels dispensés se fait au moyen de nomenclatures qui sont spécifiques aux différents prestataires, chaque acte ou service étant désigné par une lettre-clé et affecté d'un coefficient. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chacun des actes. Suivant l'article 67 du CAS, actuellement en vigueur, l'adaptation de la lettre-clé se fait après négociation entre les parties signataires de la convention (p.ex. l'UCM et l'AMMD), sans que cette adaptation puisse dépasser la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs correspondant à la troisième et à la deuxième année précédant l'exercice au cours duquel la nouvelle valeur doit s'appliquer. Les adaptations au coût de la vie, plafonnées, n'intervenaient donc qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires.

Suivant le projet de loi en question, l'adaptation des valeurs des lettres-clés se fera dorénavant automatiquement par référence au nombre 100 de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948.

La Chambre rappelle ce qu'elle avait exprimé à ce sujet dans son avis sur le projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2003 et dans son avis sur le projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 et modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, projet scindé (suite à l'opposition formelle du Conseil d'Etat contre un projet fourre-tout) en plusieurs nouveaux projets dont celui faisant l'objet du présent avis:

„Afin de permettre un développement qualitatif de l'offre médicale, de garantir au mieux la compétitivité au niveau international et de fidéliser ainsi le patient, la Chambre peut toutefois souscrire à plusieurs revendications présentées par l'Association des médecins et médecins-dentistes en dehors de celle du conventionnement sur base volontaire.“

L'adaptation indiciaire des valeurs des lettres-clés est justement une de ces revendications.

Les négociations de revalorisation des lettres-clés

La Chambre approuve la proposition de négocier les revalorisations des lettres-clés seulement tous les deux ans, surtout si cette revalorisation est plafonnée par rapport à la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur doit s'appliquer.

La revalorisation sélective des actes et services

En considérant le niveau et la durée de la formation des médecins et médecins-dentistes, leurs responsabilités et les attentes en matière de disponibilités incombant à cette profession, la Chambre comprend la volonté du Gouvernement de revaloriser sélectivement, et non pas globalement, certains actes et services de la nomenclature afférente, ceci afin de parer à toute tendance de pénurie et de permettre un développement qualitatif de l'offre médicale à travers l'ensemble de notre pays.

Par ailleurs, la Chambre prend bien note qu'en raison de l'effet rétroactif du règlement grand-ducal qui devra adapter la nomenclature, les augmentations de tarifs résultant de l'accord négocié entre

¹ Extrait d'un communiqué de l'AMMD, suite à l'assemblée générale de cette dernière du 4 décembre 1999.

l'association des médecins et médecins-dentistes, d'une part, et le ministre de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, connaîtront une majoration transitoire.

Sous la réserve des remarques qui précèdent, la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics se déclare d'accord avec le projet sous avis.

Ainsi délibéré en séance plénière le 12 juin 2003.

Le Directeur,
G. MULLER

Le Président,
E. HAAG

Service Central des Imprimés de l'Etat

5130/03

N° 5130³**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DE COMMERCE

(13.6.2003)

Par sa lettre du 28 avril 2003, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a bien voulu demander l'avis de la Chambre de Commerce au sujet du projet de loi repris sous rubrique.

L'objet du projet de loi est de modifier plusieurs dispositions du livre Ier du Code des assurances sociales (CAS) concernant l'assurance maladie-maternité. Les modifications proposées portent sur le chapitre V qui traite des relations avec les prestataires de soins.

*

1. ANTECEDENTS

Selon l'exposé des motifs, le projet de loi s'inscrit dans le contexte des arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 28 avril 1998 dans les affaires Decker et Kohll qui sont à la base de la création d'un double système de couverture sociale des soins délivrés en dehors de l'Etat de résidence. Ces arrêts ont par ailleurs relancé les discussions sur les relations entre l'assurance maladie et les médecins et médecins-dentistes et sur le système du conventionnement obligatoire.

En aval de ces discussions, un groupe de travail ad hoc avait été institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 24 octobre 2001 et avait élaboré deux rapports.

Le premier rapport traitait du conventionnement obligatoire généralisé et des solutions alternatives à ce modèle.

Le deuxième rapport concernait les différentes autres revendications de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) qui se situent en dehors de la problématique du conventionnement obligatoire généralisé, ayant une incidence sur la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Finalement, le Conseil de Gouvernement a décidé de maintenir le système du conventionnement obligatoire et de donner une suite favorable à plusieurs autres revendications des médecins et médecins-dentistes, qui sont proposées dans le présent projet de loi.

Il s'agit notamment de l'introduction du principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires, ainsi que de l'adaptation des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal, tout en fixant à cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux un plafond de 6,7% de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

En outre, le projet de loi prévoit quelques modifications techniques des dispositions relatives au calendrier de négociation de l'adaptation des tarifs, puisque dans la pratique, les dates imposées par la législation actuelle ne peuvent pas être respectées.

Les modifications projetées engendrent un coût financier supplémentaire de 17,7 millions d'euros à charge du budget de l'assurance maladie.

*

2. CONSIDERATIONS GENERALES

La Chambre de Commerce s'oppose aux dispositions du projet de loi qui comportent un coût financier exorbitant du fait d'un relèvement général des tarifs et de l'introduction de l'indexation automatique des tarifs. Celle-ci ne va pas manquer d'affaiblir davantage la soutenabilité financière de l'assurance maladie, de renforcer le phénomène d'autoallumage lié au mécanisme de l'indexation et de contribuer à la progression de l'inflation sous-jacente.

A côté de ces effets sur le budget de l'assurance maladie et sur l'inflation, le présent projet de loi risque de sonner le glas de l'autonomie de gestion de l'assurance maladie, puisque le Gouvernement a négocié unilatéralement avec les médecins et médecins-dentistes, alors que la loi de 1992 accorde l'autonomie tarifaire aux gestionnaires de l'Union des caisses de maladie (UCM), qui par ailleurs ont la responsabilité d'assurer l'équilibre financier de l'assurance maladie.

La Chambre de Commerce tient à rappeler que les négociations tarifaires ordinaires ont été menées parallèlement et que les partenaires sociaux avaient également pris part dans le groupe de travail mentionné ci-dessus, en vue d'examiner une modification du système actuel de conventionnement général obligatoire, ainsi que des adaptations des tarifs en cas de besoins spécifiques.

Alors que les négociations tarifaires ont débouché sur une augmentation de la lettre-clé de 4,8%, les négociations du groupe de travail n'avaient pas abouti. Elles ont été reprises par une négociation bilatérale entre l'AMMD et le Ministre de la Sécurité sociale qui a conduit au projet de loi sous avis, sans l'accord des partenaires sociaux, qui estiment que les propositions retenues ne sont pas de nature à remédier à des déficiences tarifaires ponctuelles, mais ont pour principal effet d'assurer au corps médical une adaptation générale des revenus médicaux.

La Chambre de Commerce regrette que le cheminement politique, parti d'un appel en 1999 à une contribution du monde médical à l'assainissement financier de l'assurance maladie, ait abouti au résultat inverse. Elle déplore par ailleurs que cette démarche n'élimine pas certaines injustices distributives des revenus parmi certaines disciplines médicales. L'accord intervenu porte les marques d'une mesure très générale et n'a pas réparé spécifiquement les dérèglements accusés par certaines spécialités médicales.

Le projet de loi, basé sur l'accord intervenu entre le corps médical et les autorités gouvernementales, prévoit ainsi les éléments suivants:

- Une augmentation de la masse des coefficients de l'ordre de 6,7%;
- Une adaptation automatique des tarifs médicaux à l'évolution de l'indice du coût de la vie qui se traduit par une augmentation des tarifs de l'ordre de 1,25% et qui s'ajoute à celle de 6,7% mentionnée ci-dessus. L'introduction de ce facteur dynamisant réduit sensiblement la marge de négociation dont disposent les partenaires sociaux à l'avenir pour contenir le coût des services médicaux à charge de l'assurance maladie;
- Un dépassement de la masse des honoraires résultant d'un „rattrapage“ rétroactif implémentant à la fois l'adaptation indiciaire et l'augmentation des coefficients de 6,7% avec effet rétroactif au 1er janvier 2003.

Une fois que le Conseil supérieur des assurances sociales aura vidé le litige concernant la validité d'une clause de la convention documentant l'accord trouvé quant à l'adaptation des tarifs à l'évolution générale des salaires, le rattrapage visé au point ci-dessus sera augmenté encore de 4,8%, respectivement de 5,1%, qui représentent les taux d'adaptation pour 2003 des tarifs négociés en application du mécanisme conventionnel prévu par la loi et obtenu suivant la méthodologie de négociation convenue entre parties.

La Chambre de Commerce note qu'une adaptation spécifique des tarifs des médecins-anesthésistes, de l'ordre d'un million d'euros, se superpose à ces mesures par le fait de l'adaptation de la nomenclature médicale pour cette spécialité médicale.

En outre, le fait de l'adaptation des tarifs médicaux à l'évolution du coût de la vie viendra inéluctablement s'appliquer également aux tarifs d'autres professions de santé régies par des nomenclatures qui n'avaient cependant pas exprimé de revendications en ce sens et qui se voient allouer cet avantage, alors que des négociations avec certaines professions de santé viennent seulement d'être clôturées visant à réduire les tarifs de leurs prestations.

L'adhésion des autorités gouvernementales à ces remaniements se place dans le cadre d'une évolution de la situation financière de l'assurance maladie qui s'annonce des plus sombres à court terme, avec à l'origine une explosion des dépenses et une évolution freinée des recettes, qui sont sensiblement liées à la conjoncture économique.

La Chambre de Commerce réitère sa désapprobation par rapport à l'ingérence étatique inhérente à ce projet de loi qui n'est pas respectueuse des mécanismes légaux et conventionnels en la matière. De même, l'ampleur des augmentations concédées et le mode de détermination de celles-ci ne sauraient trouver l'approbation de la Chambre de Commerce.

De manière générale, la Chambre de Commerce estime qu'en vue de permettre une gestion efficace, constructive et soucieuse du respect de la soutenabilité financière à long terme, les décisions à la base de l'évolution des coûts de l'assurance maladie doivent être prises et assumées solidairement par les gestionnaires de l'UCM, c'est-à-dire tant par les partenaires sociaux que par les représentants du Gouvernement.

Dans la situation conjoncturelle actuelle et dans un contexte de détérioration de la compétitivité de l'économie luxembourgeoise, la Chambre de Commerce s'oppose à toute mesure politique en matière tarifaire non motivée par des déficiences dûment constatées par les gestionnaires de l'assurance maladie et les prestataires de services et engendrant un renchérissement de l'assurance maladie, fragilisant davantage sa situation financière et comportant par là le risque imminent d'un relèvement des taux de cotisation sociale.

*

Compte tenu des considérations développées ci-avant, la Chambre de Commerce, après consultation de ses ressortissants, s'oppose au projet de loi sous rubrique.

Service Central des Imprimés de l'Etat

5130/02

N° 5130²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre 1er du Code des assurances sociales**

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DE TRAVAIL

(17.6.2003)

Par lettre en date du 28 avril 2003, M. le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a fait parvenir pour avis à notre chambre professionnelle le projet de loi modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“ du livre 1er du Code des assurances sociales.

Le but du projet de loi sous avis est d'introduire le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires de soins à l'échelle mobile des salaires, et d'ancrer dans la loi la possibilité de déroger à la procédure de négociation en augmentant les tarifs de la nomenclature par voie réglementaire.

La Chambre de travail s'était déjà prononcée contre l'indexation automatique des valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins dans son avis du 16 décembre 2002 relatif au projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 et modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Elle réitère évidemment son opposition au texte sous avis, en motivant plus amplement son opposition.

**1. Le principe de l'adaptation indiciaire des valeurs des lettres-clés
de certains prestataires de soins de santé**

Il convient d'abord de rappeler que, déjà actuellement, le 1er alinéa de l'article 67 CAS dispose que les tarifs des prestataires de soins sont adaptés tous les ans à l'évolution du revenu moyen cotisable. Cependant, le 2e alinéa de l'article 67 prévoit aussi de redresser la variation du paramètre de l'évolution du revenu moyen cotisable sur base de l'évolution du volume des actes et services respectivement des médecins et des médecins-dentistes dans la mesure où cette évolution diffère des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité.

Or, cette correction en fonction du „3e paramètre“ risque de devenir beaucoup plus difficile en présence de l'indexation automatique, risquant par là une augmentation supplémentaire des charges de l'assurance maladie.

L'indexation automatique est également étendue à des tarifs des prestataires de soins qui ne l'avaient pas demandée, à savoir les professions de santé visées par le point 3) du 2e alinéa de l'article 61 CAS (infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, orthophonistes).

En outre, il ne faut pas oublier que les tarifs des professions libérales sont calculés en prenant en compte des éléments externes à la rémunération de leur travail, comme les loyers ou encore des frais de fonctionnement. En appliquant l'indexation automatique également sur ces éléments, on crée un risque d'autoallumage qui est beaucoup plus prononcé qu'en matière d'indexation des salaires et des traitements.

2. La mise en question de l'autonomie de gestion de l'assurance maladie

L'article 6 du projet de loi sous avis qui prévoit qu'un règlement grand-ducal peut adapter rétroactivement au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes

prise en charge par l'assurance maladie est en contradiction avec la loi qui établit le principe de l'autonomie de négociation et l'adaptation des tarifs sur l'évolution du revenu cotisable, donc des rémunérations des assurés.

En adaptant sélectivement des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal, le Gouvernement tend à invalider rétroactivement des résultats obtenus conformément à la procédure ancrée dans la loi.

La Chambre de travail se prononce contre cette dérogation à la loi et elle rappelle que le Conseil économique et social a également soulevé cette immixtion dans l'autonomie de gestion de l'assurance maladie:

„Le CES constate que le relèvement des tarifs de certains prestataires de soins convenu entre les prestataires et le Ministre de la Sécurité sociale affecte largement l'équilibre financier de l'assurance maladie. Les décisions afférentes ont été prises en dehors de toute consultation des partenaires sociaux, responsables par ailleurs, d'une saine gestion de l'assurance maladie. Ces derniers demandent que les dépenses y relatives soient prises en charge par l'Etat par le biais d'une augmentation de la part étatique, faute de quoi ils ne manqueront pas de se voir contraints à prendre des décisions difficiles, ceci au détriment des assurés et des entreprises, en vue de maintenir l'équilibre financier.

Tout en ne niant pas la nécessité de relever certains tarifs médicaux, le CES ne saurait que critiquer cette immixtion dans l'autonomie de gestion de l'assurance maladie.“¹

3. Coût et financement de l'augmentation des tarifs

L'impact de l'adaptation des tarifs de la nomenclature (qui varie entre 3% et 60%) est évalué à 6,65% pour les honoraires des médecins et à 6,49% pour les honoraires des médecins-dentistes.

Le coût de cette mesure est estimé à 17,7 millions d'euros qui incombent intégralement au budget de l'assurance maladie. Cette augmentation des dépenses décrétée par le Gouvernement enlève toute marge de manoeuvre aux concertations des partenaires sociaux qui auraient permises respectivement une diminution des participations des assurés ou une prise en charge pour des prestations diverses (problèmes de dos, maladies psychosomatiques, soins dentaires, prévention).

Pour éviter une diminution des prestations pour les assurés ou une augmentation des cotisations pour l'assurance maladie qui irait à l'encontre de la volonté régulièrement affichée par le Gouvernement, et encore tout récemment par M. le Premier ministre lors de sa déclaration sur la situation économique, sociale et financière du pays, de garder les coûts non salariaux (Lohnnebenkosten) les plus compétitifs de l'Union européenne, la Chambre de travail demande d'imputer le coût des mesures au budget de l'Etat.

La Chambre de travail ne peut accepter l'argumentation selon laquelle l'Etat n'aurait pas à assumer ce coût supplémentaire, étant donné qu'il interviendrait déjà à raison de 37% dans le financement de l'assurance maladie, et ce pour les raisons suivantes:

- Pendant les années passées, toutes les parties ont dû fournir des contributions à l'assainissement des caisses de maladie, soit par voie de majoration des cotisations (assurés et employeurs), soit par voie d'augmentation de la participation personnelle (assurés). Les seuls à ne pas avoir contribué sont les médecins, et ce malgré l'appel de M. le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale. Si l'Etat décide maintenant de leur octroyer encore une augmentation générale de leur rémunération, il devrait logiquement la prendre en charge.
- Les caisses de maladie doivent assumer des charges leur imposées par l'Etat, notamment en matière de prestations de maternité, raison pour laquelle celui-ci devrait aussi augmenter sa contribution financière.
- L'augmentation des indemnités pécuniaires de maladie au cours des dernières années est due au changement de la procédure appliquée par le contrôle médical de la sécurité sociale en matière de départ en pension d'invalidité. La loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle n'a malheureusement pas amélioré la situation financière étant donné que le Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas encore changé son approche en matière de reconnais-

¹ Conseil économique et social: Avis sur l'évolution économique, sociale et financière du pays du 25 avril 2003, page 74.

sance d'incapacité de travail. Le coût financier à charge de l'assurance maladie étant généré par la procédure d'une administration publique (Contrôle médical), l'Etat devrait aussi davantage contribuer au financement.

Luxembourg, le 17 juin 2003

Pour la Chambre de Travail,

Le Directeur,
Marcel DETAILLE

Le Président,
Henri BOSSI

Service Central des Imprimés de l'Etat

5130/04

N° 5130⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre 1er du Code des assurances sociales**

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Avis de la Chambre des Métiers (2.7.2003)	1
2) Avis de la Chambre d'Agriculture	6
– Dépêche du Secrétaire général de la Chambre d'Agriculture au Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale (7.7.2003) ...	6
3) Avis de la Chambre des Employés privés (8.7.2003)	7

*

AVIS DE LA CHAMBRE DES METIERS

(2.7.2003)

Par sa lettre du 28 avril 2003, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a bien voulu demander l'avis de la Chambre des Métiers au sujet du projet de loi repris sous rubrique.

*

1. OBJET DU PROJET DE LOI

Le projet de loi sous rubrique a pour objet d'adapter un certain nombre de dispositions du livre 1er du Code des assurances sociales (CAS) concernant l'assurance maladie-maternité, plus particulièrement celles en rapport avec le chapitre V concernant les relations avec les prestataires de soins.

Le présent projet de loi a comme arrière-fonds les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 28 avril 1998 dans les affaires Decker et Kohll, jurisprudence qui a créé un double système de couverture sociale des soins délivrés en dehors de l'Etat de résidence.

Un premier groupe de travail, institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 20 octobre 1999, a eu comme mission d'analyser les conséquences juridiques et financières des arrêts. Il s'est dégagé des discussions de ce groupe de travail que les arrêts n'imposent pas, quant à leurs conséquences juridiques et financières, un abandon du système de conventionnement obligatoire.

Un deuxième groupe de travail, institué à la suite du Comité quadripartite du 24 octobre 2001, a élaboré un premier rapport sur le conventionnement général et les solutions alternatives à ce modèle, tout comme un deuxième rapport ayant trait aux différentes autres revendications de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD), se situant en dehors de la problématique du conventionnement obligatoire et ayant une incidence sur la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Le Conseil de Gouvernement a, en date du 29 juillet 2002, décidé de maintenir le conventionnement obligatoire tout en se déclarant d'accord à accéder à différentes revendications subsidiaires du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes, incluses dans le présent projet de loi, dont notamment:

- le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires;
- la création de la base légale pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal (tout en fixant à cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux un plafond de 6,7% de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux);
- le regroupement des modifications à apporter aux dispositions relatives au calendrier de négociation, afin de tenir compte de l'impossibilité de se conformer dans l'application pratique aux dates y imposées.

Il importe par ailleurs de mentionner que les mesures en question représenteront un coût supplémentaire de 17,7 millions euros à charge du budget de l'assurance maladie.

*

2. CONSIDERATIONS GENERALES

La Chambre des Métiers voudrait relever quelques remarques fondamentales au sujet du présent projet de loi.

Quant au principe de l'indexation automatique des salaires du corps médical

La Chambre des Métiers ne peut accepter les dispositions du présent projet de loi prévoyant un relèvement général des tarifs, d'une part, tout comme l'introduction de l'indexation automatique des tarifs.

Le mécanisme de l'indexation aura pour effet de renforcer le phénomène d'autoallumage des prix et d'influencer la progression de l'inflation sous-jacente, tout en affaiblissant la situation financière de l'assurance maladie.

La Chambre des Métiers est d'avis qu'il est inacceptable dans la situation conjoncturelle à moyen terme et des risques d'affaiblissement structurels de l'économie nationale que des mesures soient décidées en matière de politique tarifaire engendrant un renchérissement supplémentaire de l'assurance maladie. Par ailleurs, le corps médical revendique depuis un certain nombre d'années le statut de profession libérale. Or, aucune autre profession libérale et indépendante (p. ex. artisan indépendant, architecte, avocat et autres) ne profite d'une quelconque indexation automatique.

A côté des arguments mentionnés ci-dessus qui parlent en général contre une indexation automatique des salaires, il faut savoir que l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, négociée annuellement par l'Union des Caisses de Maladie (UCM) et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) et qui détermine les tarifs des actes et des services médicaux, ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs correspondant à la troisième et à la deuxième année précédant l'année ou cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique (suivant art. 67 CAS); l'indexation automatique étant à l'origine d'une partie importante de cette variation du revenu moyen cotisable, les médecins et les médecins-dentistes profitent par conséquent déjà sous l'actuelle législation, et ce de façon décalée, d'un mécanisme d'indexation automatique.

Il importe par ailleurs de rappeler que le plafond fixé à l'article 67 du CAS constitue un maximum. Ce maximum peut être réduit si l'UCM peut prouver que les médecins et/ou les médecins-dentistes ont commis des „excès“ en terme de facturation d'actes médicaux lors des exercices pris en considération pour le calcul de la lettre-clé, c'est-à-dire si l'augmentation des actes est supérieure à la normale pendant la période considérée et que cette augmentation exceptionnelle ne peut pas être expliquée par les représentants de l'AMMD.

Dès lors, le résultat des négociations UCM/AMMD, en terme d'adaptation de la lettre-clé, peut donc parfaitement être inférieur aux adaptations indiciaires, s'il s'avère que le corps médical a commis des „excès“ pendant les exercices pris en considération lors des négociations.

Le présent projet de loi visant à introduire l'indexation automatique réduirait donc de façon significative l'autonomie tarifaire et la marge de manoeuvre des gestionnaires de l'UCM lors des négociations futures avec l'AMMD et les „excès“ éventuels ne pourraient plus être corrigés lors de ces négociations.

Quant à la création d'une base légale en vue de procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature

En ce qui concerne la création d'une base légale pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature, la Chambre des Métiers tient à souligner que les éléments à la base du projet de loi sous avis ne rencontrent pas son accord dans la mesure où elle estime que les propositions retenues n'ont pas un caractère suffisamment sélectif et ont pour principal effet d'assurer au corps médical une adaptation linéaire des revenus médicaux.

Si le corps médical ne peut que saluer en général cette politique, le projet de loi ne satisfait aucunement les attentes du patronat relatives à la suppression de certaines dispositions précisément en terme de „niveau du revenu“ des différentes disciplines médicales.

Au vu d'une analyse spécifique de la situation professionnelle de chaque discipline médicale justifiant des déficiences tarifaires avérées, la Chambre des Métiers serait encline à accepter une adaptation légale beaucoup plus sélective de ces tarifs par dépassement de l'enveloppe résultant du système de la loi de 1992.

Il est renvoyé au titre de cette affirmation à une note du 5 février 2003 des partenaires sociaux à l'attention du médiateur dans le conflit tarifaire opposant l'Union des Caisses de Maladie ou corps médical devant le Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

La Chambre des Métiers regrette que la politique gouvernementale, qui se basait initialement sur un appel à une contribution renforcée du monde médical à l'assainissement financier de l'assurance maladie, ait abouti par le présent projet de loi au résultat inverse.

Elle déplore en plus que cette démarche n'élimine pas certaines injustices distributives des revenus parmi certaines disciplines médicales. Le texte proposé porte les marques d'une mesure très générale et n'a pas réparé spécifiquement les dérèglements accusés par certaines spécialités médicales.

L'accord séparé intervenu entre le corps médical et le Ministre de la Sécurité Sociale, et qui a été incorporé dans le projet de loi sous rubrique, prévoit les éléments suivants:

- une augmentation de la masse des coefficients de l'ordre de 6,7%;
- une adaptation automatique des tarifs médicaux à l'évolution de l'indice du coût de la vie se traduisant par une augmentation des tarifs de l'ordre de 1,25% qui s'ajoute à celle de 6,7% mentionnée ci-dessus. L'introduction de ce facteur dynamisant réduit comme déjà cité plus haut, sensiblement la marge de négociation dont disposent les partenaires sociaux à l'avenir pour contenir le coût des services médicaux à charge de l'assurance maladie;
- un dépassement de la masse des honoraires résultant d'un „rattrapage“ rétroactif implémentant à la fois l'adaptation indiciaire et l'augmentation des coefficients de 6,7% avec effet rétroactif au 1er janvier 2003.

Dans l'hypothèse d'une confirmation par le Conseil supérieur des assurances sociales du taux d'adaptation pour 2003 des tarifs négociés, en application du mécanisme conventionnel prévu par la loi et obtenu suivant la méthodologie de négociation convenue entre parties, le rattrapage visé au point ci-dessus sera augmenté encore de 4,8% (médecins), respectivement de 5,1% (médecins-dentistes).

La Chambre des Métiers note qu'en parallèle

- une adaptation spécifique des tarifs des médecins anesthésistes de l'ordre de 1 million euros se superpose à ces mesures par le fait de l'adaptation de la nomenclature médicale pour cette spécialité médicale,
- le fait de l'adaptation des tarifs médicaux à l'évolution du coût de la vie viendra inéluctablement s'appliquer également aux tarifs d'autres professions de santé régies par des nomenclatures qui n'avaient cependant pas exprimé de revendications en ce sens et qui se voient allouer cet avantage alors que des négociations avec certaines professions de santé viennent seulement d'être clôturées au stade actuel visant à réduire les tarifs de leurs prestations.

Par ailleurs, l'adhésion du Gouvernement à ces remaniements se place dans le cadre d'une évolution de la situation financière de l'assurance maladie qui s'annonce des plus sombres à partir de l'année 2004.

Aussi la Chambre des Métiers ne peut-elle que réitérer sa profonde désapprobation par rapport à cette ingérence étatique – qui n'est pas respectueuse des mécanismes légaux et conventionnels en la matière –

tenant tant à l'ampleur des augmentations concédées qu'au mode de détermination de celles-ci. Dans le souci toutefois de maintenir en place des instruments permettant aux partenaires sociaux de jouer le rôle qui leur est assigné dans le système actuel et de pouvoir agir également à l'avenir sur l'équilibre financier de l'assurance maladie par des mécanismes susceptibles de promouvoir la maîtrise des dépenses, la Chambre des Métiers demande à ce que le Gouvernement décide de certaines mesures compensatoires exprimant une volonté politique claire visant à consolider les acquis de la loi de 1992 se rapportant à cette problématique. La Chambre des Métiers ne peut en aucun cas accepter que l'assurance maladie prenne en charge les frais en résultant alors que les résultats des négociations du passé entre l'AMMD et l'UCM s'en trouveraient anéantis. Par ailleurs, l'inobservation par le législateur des dispositions de l'article 66, alinéa 11, du CAS reviendrait à une violation pure et simple de l'autonomie tarifaire, principe à la base de la législation de 1992.

Les mesures légales proposées par le présent projet de loi qui naîtront de l'accord entre le Gouvernement et l'association des médecins et médecins-dentistes devraient permettre de conserver le mécanisme de négociation actuel ainsi que le principe garantissant un confinement de l'évolution de la masse des honoraires médicaux.

La Chambre des Métiers demande dès lors au Gouvernement de retirer le projet de loi en question afin d'assurer ainsi le respect des acquis de la loi de 1992 et plus particulièrement tarifaire.

A titre subsidiaire, au cas où le Gouvernement maintient sa position, la Chambre des Métiers juge indispensable de l'assortir de certaines mesures compensatrices afin d'atténuer les effets incriminés.

Quant à la sauvegarde de l'esprit et des dispositions de la loi de 1992

Il convient de retenir les points suivants en rapport avec la sauvegarde de l'esprit et des dispositions de la loi de 1992:

- L'acquis de la loi de 1992 consacrant le plafonnement de la masse des honoraires ne doit pas être remis en question à l'avenir par la satisfaction de revendications particulières nouvelles.
- La solution des problèmes résultant de la démographie médicale ne doit en aucun cas infléchir les mécanismes de plafonnement quantitatif des services des médecins imposés à l'assurance maladie. Une stricte relation entre l'évolution du nombre des actes médicaux et les besoins de la population et de son évolution numérique à l'intérieur du système doit demeurer un paramètre fondamental de la négociation tarifaire.

Quant aux mesures compensatrices à envisager

En ce qui concerne des mesures compensatrices préconisées, la Chambre des Métiers demande que la technique légale utilisée pour la mise en oeuvre de certains instruments ayant pour finalité la maîtrise des coûts de l'assurance maladie soit reconsidérée.

Point a): concernant les références médicales opposables

Il y a lieu de constater en effet que certains mécanismes prévus par le CAS, dont notamment les références médicales opposables prévues à l'article 64 du CAS, conçus pour promouvoir la maîtrise des dépenses médicales dans le cadre de la convention médicale, ont été laissés en friche par le fait que l'élan novateur amorcé par la loi du 18 mai 1999 introduisant ces références était victime d'un climat de négociation acerbe. De plus, il s'avérait très difficile d'engager une négociation dans un domaine juridico-scientifique complexe exigeant un consensus de la plupart des disciplines médicales, de l'administration du contrôle médical et des partenaires sociaux. Aussi les négociateurs de cet instrument auraient-ils dû impérativement s'appuyer sur l'analyse des expériences acquises dans ce domaine à l'étranger.

Sur la base de ces constats, la Chambre des Métiers estime que la convention médicale, comme le prévoit l'article 64, alinéa 2 du CAS, ne constitue pas l'instrument adéquat pour mettre en place et pour imposer les références médicales opposables. En effet, si la mise en oeuvre de cet instrument, qui porte essentiellement un caractère scientifique, devrait rester soumise également à l'avenir aux aléas et aux velléités d'une négociation, il est fort probable que cet instrument ne réussira pas à terme à contribuer efficacement à la maîtrise des coûts médicaux.

Dès lors, il est proposé que le projet de loi sous rubrique apporte une modification à l'article 64, alinéa 2 dans le sens d'une suppression des références médicales dans la convention médicale. En revanche, le présent projet de loi devrait fournir une base légale permettant de mettre en oeuvre ces références médicales opposables dans le cadre d'un règlement grand-ducal par les soins de l'administration du contrôle médical de la Sécurité Sociale.

Pour déterminer le contenu de ce règlement grand-ducal et pour assurer son adaptation future aux données acquises par la science et le „state of the art“ médical, le législateur pourrait s'inspirer de la procédure actuellement prévue pour la mise en oeuvre du règlement grand-ducal relatif à la nomenclature.

Comme les références médicales opposables constituent en quelque sorte une codification de la bonne pratique médicale, dont l'inobservation peut être sanctionnée par la commission de surveillance, voire les juridictions sociales, elles portent indubitablement un caractère scientifique et normatif, ce qui justifie de leur conférer un caractère réglementaire. Pour cette même raison, une collaboration du Ministère de la Santé à l'élaboration de ce règlement serait à recommander.

Point b): concernant les rapports d'activité médicale individuels

La Chambre des Métiers constate que faute notamment d'un climat propice à une négociation de la matière citée au point précédent, la convention médicale ne tient également pas encore compte d'une innovation introduite en 1999, à savoir la détermination du contenu des rapports d'activité médicale individuels visés à l'article 341 alinéa 2, sous 5) du CAS. Ces rapports doivent être établis sur base des critères conventionnels par le contrôle médical de la sécurité sociale et adressés individuellement à chaque médecin pour l'informer au sujet de l'impact de ses actes et prescriptions sur le système de prise en charge des soins de santé.

La Chambre des Métiers constate avec satisfaction la détermination de la direction de l'UCM de proposer au corps médical un projet afférent qui doit être établi en étroite collaboration avec le contrôle médical de la sécurité sociale. Cet instrument devrait fournir une base efficace pour lutter contre les déviations injustifiées de l'activité médicale et l'inobservation des références médicales.

Compte tenu des considérations et remarques développées ci-avant, la Chambre des Métiers, après consultation de ses ressortissants, s'oppose au projet de loi sous rubrique.

Luxembourg, le 2 juillet 2003

Pour la Chambre des Métiers,

Le Directeur,
Paul ENSCH

Le Président,
Paul RECKINGER

*

AVIS DE LA CHAMBRE D'AGRICULTURE**DEPECHE DU SECRETAIRE GENERAL DE LA CHAMBRE D'AGRICULTURE
AU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(7.7.2003)

Monsieur le Ministre,

La Chambre d'Agriculture a analysé le projet de loi sous rubrique en séance plénière.

Ce projet de loi a pour objet principal d'introduire à l'article 66 du Code des assurances sociales l'indexation automatique des tarifs des médecins, des médecins-dentistes, des infirmières, des kinésithérapeutes, des psychométriciens, des sages-femmes et d'orthophonistes.

En outre le projet sous examen prévoit une augmentation extraordinaire par voie de règlement grand-ducal des tarifs des prestataires de soins jusqu'à un plafond de 6,7% de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

Comme il est dit à l'exposé des motifs, l'origine du projet de loi sous rubrique remonte à l'arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes dans l'affaire Decker/Kohll. En effet les conséquences liées à cet arrêt ont relancé les discussions sur les relations entre les prestataires de soins et les caisses de maladie.

Il en résulte que le Gouvernement a décidé de maintenir le système de conventionnement obligatoire des prestataires de soins tout en proposant les adaptations retenues dans le présent projet qui font suite aux revendications de l'association des médecins et médecins-dentistes.

Ces adaptations qui sont l'introduction de l'indexation automatique des tarifs des prestataires de soins à l'échelle mobile des salaires ainsi qu'une augmentation extraordinaire de ces tarifs, engendrent des coûts supplémentaires de l'ordre de 17,7 millions d'euros.

La Chambre d'Agriculture rappelle que le secteur agricole se trouve actuellement dans une situation de revenu très précaire et qu'elle ne peut supporter aucune augmentation des cotisations sociales.

Veillez croire, Monsieur le Ministre, à l'expression de notre plus haute considération.

Le Secrétaire général,
Robert LEY

AVIS DE LA CHAMBRE DES EMPLOYES PRIVES

(8.7.2003)

Par lettre du 30 avril 2003, Monsieur Carlo Wagner, ministre de la Sécurité sociale, a soumis le projet de loi sous rubrique à l'avis de la Chambre des Employés Privés.

1. Le présent projet a pour objet l'introduction du principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires de soins libéraux à l'échelle mobile des salaires.

Le projet crée également la base légale pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal avec effet au 1er janvier 2003.

*

I. INDEXATION AUTOMATIQUE DES TARIFS DES PRESTATAIRES DE SOINS LIBERAUX

2. Suite à des négociations quadripartites, le Gouvernement a décidé de maintenir le conventionnement obligatoire généralisé des prestataires de soins, mais a toutefois accepté différentes revendications subsidiaires du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes.

Par le présent projet, il accorde ainsi aux médecins, aux dentistes et aux professionnels de la santé (infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, orthophonistes) l'adaptation automatique des lettres-clés à l'indice du coût de la vie. Une négociation de l'adaptation en valeur réelle à l'évolution du revenu moyen cotisable des assurés actifs aura lieu tous les deux ans.

Le Gouvernement justifie cette mesure par le fait qu'actuellement l'adaptation indiciaire des lettres-clés de certains prestataires de soins se fait au moment des négociations tarifaires et donc avec un retard sensible par rapport aux coûts professionnels qu'ils doivent supporter, ces coûts étant adaptés à l'inflation.

Les négociations tarifaires n'auront plus lieu annuellement, mais seulement tous les deux ans vu que l'adaptation sera désormais plafonnée à l'augmentation réelle du niveau de revenus (variation à l'indice 100) à l'instar de ce qui se passe pour la revalorisation du salaire social minimum et pour l'ajustement des pensions et des rentes.

3. La Chambre des Employés Privés s'étonne que les auteurs du commentaire des articles semblent établir un lien entre l'introduction de cette adaptation indiciaire et le refus d'abolir le conventionnement obligatoire.

Selon notre Chambre, ce refus ne peut en aucun cas constituer un motif pour introduire l'adaptation indiciaire des lettres-clés puisqu'il n'existe aucune relation directe entre les deux sujets.

4. La Chambre des Employés Privés constate avec satisfaction que le Gouvernement reste un adepte du système d'indexation automatique. En étendant le mécanisme de l'adaptation indiciaire aux tarifs des prestataires de soins libéraux, le Gouvernement annonce en effet son appui à ce dispositif et souligne qu'il ne pense pas à le remettre en cause.

5. La CEP•L tient toutefois à relever également que l'adaptation indiciaire des lettres-clés pourra avoir pour conséquence un effet dit d'autoallumage au niveau de l'indice des prix à la consommation.

En effet, les produits pharmaceutiques et médicaux divers, les appareils et matériel thérapeutiques ainsi que les services médicaux, dentaires, paramédicaux et hospitaliers font partie de l'ensemble de biens et services pris en compte pour l'établissement de l'indice des prix à la consommation.

6. Finalement, la Chambre des Employés Privés désapprouve que le Gouvernement a décidé unilatéralement d'introduire l'adaptation indiciaire automatique des tarifs des prestataires de soins sans consulter les partenaires sociaux.

Dans sa déclaration du 20 mai 2003 sur la situation économique, sociale et financière du pays, le Premier ministre Jean-Claude Juncker a exclu de manière explicite toute augmentation des cotisations pour l'assurance maladie.

Notre Chambre estime qu'il est dès lors logique que le Gouvernement prend en charge les coûts de l'indexation des tarifs, puisque celle-ci ne doit en aucun cas mener une détérioration des prestations.

*

II. ADAPTATION SELECTIVE DES TARIFS DE LA NOMENCLATURE DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES

7. Le projet crée également la base légale pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal avec effet au 1er janvier 2003.

Notre Chambre se demande comment se déroulera en pratique l'application rétroactive des nouveaux tarifs.

8. Cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux est plafonnée à 6,7 pour cent de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

Les mesures envisagées comportent un coût supplémentaire de 17,7 millions d'euros qui seront intégralement à charge du budget de l'assurance maladie.

9. Dans le cadre du présent avis, la CEP•L ne se prononce pas sur le bien-fondé d'une augmentation de 6,7% des tarifs médicaux.

Toutefois, elle ne peut en aucun cas accepter la manière selon laquelle cette augmentation a été décidée. Il appartient en effet aux partenaires sociaux de se mettre d'accord sur les nouveaux tarifs.

Or, le Gouvernement a arrêté de manière unilatérale cette augmentation sans respecter la procédure légale de négociation entre partenaires sociaux. Pour cette raison, la CEP•L ne peut pas approuver cette décision.

Si le Gouvernement maintient quand même la disposition prévoyant l'adaptation sélective, la CEP•L estime qu'il est évident que le Gouvernement doit prendre en charge les coûts de celle-ci.

En effet, l'augmentation des tarifs, décidée dans le non-respect de la procédure quadripartite, ne devra en aucun cas se répercuter sur le niveau des prestations.

*

10. Si la Chambre des Employés Privés ne se prononce pas contre l'indexation automatique des tarifs et ne s'exprime pas sur le bien-fondé d'une adaptation sélective de certains tarifs, elle désapprouve toutefois la manière dont ces décisions ont été prises et estime qu'il appartient au Gouvernement d'en supporter les coûts financiers.

L'avis a été élaboré par la Commission sociale de la CEP•L qui est composée de: Jos Kratochwil, Président; Sylvain Hoffmann, Rapporteur; les Membres: Maria Blitgen-Stoos, Lex Breisch, Norbert Conter, Marie-Jeanne Demuth, Gabriel Di Letizia, Armand Drews, Guy Greivelding, Mady Hannen, Pierre Liefgen, Corinne Ludes, Jean-Claude Reding, Roland Schreiner, Marc Spautz, et Marianne Thomas.

La Commission sociale s'est réunie en dates des 11 juin et 1er juillet 2003.

L'avis a été adopté à l'unanimité des membres présents lors de l'assemblée plénière du 8 juillet 2003.

Luxembourg, le 8 juillet 2003

Pour la Chambre des Employés Privés,

Le Directeur,
Théo WILTGEN

Le Président,
Jos KRATOCHWIL

5130/05

N° 5130⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre 1er du Code des assurances sociales

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Avis du Conseil d'Etat (10.7.2003)	1
2) Avis séparé du Conseil d'Etat (10.7.2003).....	3

*

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(10.7.2003)

Par dépêche du 7 mai 2003 le Premier Ministre, Ministre d'Etat, soumit à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Sécurité sociale.

Le texte du projet était accompagné de l'exposé des motifs ainsi que du commentaire des articles.

Le 25 juin 2003, le Conseil d'Etat se vit transmettre les avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics et de la Chambre de commerce. Les avis de la Chambre de travail et de la Chambre des métiers lui furent communiqués respectivement le 30 juin et le 3 juillet 2003, alors que les avis de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des employés privés l'ont été respectivement par dépêches des 7 et 9 juillet 2003.

Le projet de loi sous examen reprend en substance les dispositions de l'Article 1er, points 4 à 8 du projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 et modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. Dans son avis du 10 décembre 2002 le Conseil d'Etat avait insisté „sous peine d'opposition formelle, d'éliminer les points 5 à 8 de l'article I (de ce dernier projet), afin de permettre une consultation aussi large que sereine des partenaires concernés par ce changement important. Le législateur ne devrait en effet pas intervenir de façon aussi abrupte – et par la tangente – dans l'environnement conventionnel de l'assurance maladie qui en constitue l'un des piliers mis sur pied il y a à peine dix ans“ (*Doc. parl. No 5052¹, sess. ord. 2002-2003, p. 2*). La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des députés estimant qu'il y aurait lieu de rester „dans la tradition des ajustements légaux antérieurs des pensions et rentes accident en limitant l'intervention législative à cette seule et unique mesure“ avait, „en ce qui concerne la disposition prévoyant l'indexation de la valeur des lettres-clés des médecins et médecins-dentistes ainsi que d'autres prestataires de soins“ invité le Gouvernement „à inclure cette mesure ponctuelle dans un projet de loi global reprenant toutes les mesures législatives résultant des négociations avec l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes“ (*Doc. parl. No 5052³, sess. ord. 2002-2003, p. 5*). Tel est précisément l'objet du projet de loi sous avis.

Si les dispositions des **articles 1er, 3, 4 et 5** portant respectivement sur les articles 65 et 67, 69 et 70 du Code des assurances sociales n'appellent pas d'observation de la part du Conseil d'Etat, il en va autrement de ses articles **2 et 6**.

L'**article 2** modifie l'article 66 du Code des assurances sociales à l'effet de lier les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des médecins, médecins-dentistes et des prestataires exerçant une profes-

sion de la santé, à l'évolution du nombre indice du coût de la vie et de la valeur du point indiciaire des fonctionnaires. En procédant de la sorte, les auteurs du projet de loi sous revue renouent avec une solution semble-t-il abandonnée au début des années 80 (cf. projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé/ *Doc. parl. No 3513, sess. ord. 1990-1991, p. 10*). D'après l'exposé des motifs, „l'introduction de cette adaptation tient compte du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie, alors que ce renchérissement n'est pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires“ (*Doc. parl. No 5130, sess. ord. 2002-2003, p. 2*). Parmi les coûts professionnels visés devraient surtout compter les coûts salariaux directs ou indirects à supporter par les prestataires de soins en cause.

Cette extension du système d'indexation ne risque-t-elle pas d'être interprétée comme l'esquisse d'une politique tendant à la généralisation dudit procédé à l'ensemble des secteurs de l'économie? Ne serait-il pas préférable d'abandonner en l'occurrence aux partenaires concernés au premier chef la décision de franchir ou non le pas dans un domaine qui relève largement de leur autonomie?

Quoi qu'il en soit, le Conseil d'Etat n'entend pas s'opposer à la mesure envisagée. Il s'interroge toutefois sur les raisons ayant pu justifier l'abandon de la phrase suivante du nouvel alinéa 2 de l'article 66 du Code des assurances sociales ayant encore figuré dans sa version du projet de la loi d'ajustement:

„L'adaptation des valeurs des lettres-clés s'applique avec effet au 1er jour du mois suivant la mise en vigueur de la cote d'application officielle.“

En renvoyant à l'alinéa 1 dudit article 66, il propose enfin d'écrire systématiquement „lettres-clés“ au lieu de „lettres-clé“ dans le contexte de l'alinéa 2 du même article.

L'article 6 constitue sans doute la disposition la plus discutable du projet en prévoyant que:

„Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.“

Elle est critiquable à double titre. En dérogeant à l'alinéa 6 de l'article 65, elle court-circuite la commission de nomenclature composée, conformément à l'alinéa 7 de quatre fonctionnaires désignés par les ministres compétents, de deux membres désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et de deux membres désignés par le(s) groupement(s) signataire(s) de la convention et se passe en outre de l'avis du collège médical. Par dérogation à l'alinéa 11 l'adaptation de la nomenclature par règlement grand-ducal aura en outre un effet rétroactif.

L'article 6 se meut ainsi en dehors de la philosophie à la base de la loi de réforme du secteur de la santé du 27 juillet 1992, rappelée par le Conseil d'Etat dans son avis ci-avant mentionné du 10 décembre 2002. Rapprochée de l'article 61, paragraphe 3 du Code des assurances sociales, cette initiative réformatrice prend un relief particulier. En effet, au vœu de ladite disposition, „tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu“!

La disposition critiquée ne manquera pas d'instiller un déséquilibre dans les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins appelés à régir par convention leurs relations, conformément à l'esprit et à la lettre de la loi de 1992. Cette intervention par le fait du prince ne risquera-t-elle pas de compromettre durablement le climat de confiance et le respect mutuels devant prévaloir dans le cadre du système de gestion mis en place par le législateur de l'époque. Ne semble-t-elle pas, à la limite, „encourager“ une des parties à s'éloigner de son partenaire naturel pour se tourner en dernière instance vers „l'arbitrage“ bienvenu de l'Etat tout puissant au lieu de s'attacher à mettre en œuvre et à faire aboutir la procédure de médiation prévue par la loi? La tentation ne peut pour le moins totalement être exclue. Toujours est-il que le Conseil d'Etat ne saurait aucunement avaliser un début d'évolution en cette direction.

La rétroactivité que peut revêtir le règlement grand-ducal visé audit article 6 apporte une entorse tout aussi redoutable au mécanisme de négociation en vigueur. Le législateur de 1992 était en effet farouchement opposé à tout effet rétroactif des mesures conventionnelles (Voir *Doc. parl. No 3513, sess. ord. 1990-1991, notamment pages 5, 8 à 11*). L'article 65, alinéa 11 du Code des assurances sociales est formel sur ce point. Seule exception prévue par la loi: Aux termes de l'article 64, alinéa 1, dernier tiret du même code, „les conventions déterminent obligatoirement: ... les modalités de l'application rétroac-

tive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs *pour le cas exceptionnel* où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance“.

Quant au fond, le Conseil d'Etat se doit de formuler également quelques réserves à l'endroit du texte proposé. Il se demande d'abord ce qu'il faut entendre par „la masse des coefficients“ alors que suivant l'article 65, alinéa 2 du Code des assurances sociales „le coefficient est un nombre exprimant *la valeur relative de chaque acte professionnel* inscrit dans chacune des nomenclatures ...“. Il y a lieu de faire remarquer en outre que d'après les dispositions légales en vigueur, normalement les effets d'une modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé, par application de l'article 65, alinéa 11 du même code. L'article 6 déroge encore à ce principe.

Dans les conditions données, le Conseil d'Etat ne peut aucunement cautionner l'article 6 du projet de loi sous examen.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 10 juillet 2003.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Pierre MORES

*

AVIS SEPARÉ DU CONSEIL D'ETAT

(10.7.2003)

Par dépêche du 7 mai 2003 le Premier Ministre, Ministre d'Etat, soumit à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Sécurité sociale.

Le texte du projet était accompagné de l'exposé des motifs ainsi que du commentaire des articles.

Le 25 juin 2003, le Conseil d'Etat se vit transmettre les avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics et de la Chambre de commerce. Les avis de la Chambre de travail et de la Chambre des métiers lui furent communiqués respectivement le 30 juin et le 3 juillet 2003, alors que les avis de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des employés privés l'ont été respectivement par dépêches des 7 et 9 juillet 2003.

Le projet de loi sous examen reprend en substance les dispositions de l'Article 1er, points 4 à 8 du projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 et modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. Dans son avis du 10 décembre 2002 le Conseil d'Etat avait insisté „sous peine d'opposition formelle, d'éliminer les points 5 à 8 de l'article I (de ce dernier projet), afin de permettre une consultation aussi large que sereine des partenaires concernés par ce changement important. Le législateur ne devrait en effet pas intervenir de façon aussi abrupte – et par la tangente – dans l'environnement conventionnel de l'assurance maladie qui en constitue l'un des piliers mis sur pied il y a à peine dix ans“ (*Doc. parl. No 5052¹, sess. ord. 2002-2003, p. 2*). La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des députés estimant qu'il y aurait lieu de rester „dans la tradition des ajustements légaux antérieurs des pensions et rentes accident en limitant l'intervention législative à cette seule et unique mesure“ avait, „en ce qui concerne la disposition prévoyant l'indexation de la valeur des lettres-clés des médecins et médecins-dentistes ainsi que d'autres prestataires de soins“ invité le Gouvernement „à inclure cette mesure ponctuelle dans un projet de loi global reprenant toutes les mesures législatives résultant des négociations avec l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes“ (*Doc. parl. No 5052³, sess. ord. 2002-2003, p. 5*). Tel est précisément l'objet du projet de loi sous avis.

Si les dispositions des **articles 1er, 3, 4 et 5** portant respectivement sur les articles 65 et 67, 69 et 70 du Code des assurances sociales n'appellent pas d'observation de la part du Conseil d'Etat, il en va autrement de ses articles **2 et 6**.

L'**article 2** modifie l'article 66 du Code des assurances sociales à l'effet de lier les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des médecins, médecins-dentistes et des prestataires exerçant une profession de la santé, à l'évolution du nombre indice du coût de la vie et de la valeur du point indiciaire des fonctionnaires. En procédant de la sorte, les auteurs du projet de loi sous revue renouent avec une solu-

tion semble-t-il abandonnée au début des années 80 (cf. projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé/*Doc. parl. No 3513, sess. ord. 1990-1991, p. 10*). D'après l'exposé des motifs, „l'introduction de cette adaptation tient compte du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie, alors que ce renchérissement n'est pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires“ (*Doc. parl. No 5130, sess. ord. 2002-2003, p. 2*). Parmi les coûts professionnels visés devraient surtout compter les coûts salariaux directs ou indirects à supporter par les prestataires de soins en cause.

Cette extension du système d'indexation ne risque-t-elle pas d'être interprétée comme l'esquisse d'une politique tendant à la généralisation dudit procédé à l'ensemble des secteurs de l'économie? Ne serait-il pas préférable d'abandonner en l'occurrence aux partenaires concernés au premier chef la décision de franchir ou non le pas dans un domaine qui relève largement de leur autonomie?

Quoi qu'il en soit, le Conseil d'Etat n'entend pas s'opposer à la mesure envisagée. Il s'interroge toutefois sur les raisons ayant pu justifier l'abandon de la phrase suivante du nouvel alinéa 2 de l'article 66 du Code des assurances sociales ayant encore figuré dans sa version du projet de la loi d'ajustement:

„L'adaptation des valeurs des lettres-clés s'applique avec effet au 1er jour du mois suivant la mise en vigueur de la cote d'application officielle.“

En renvoyant à l'alinéa 1 dudit article 66, il propose enfin d'écrire systématiquement „*lettres-clés*“ au lieu de „lettres-clé“ dans le contexte de l'alinéa 2 du même article.

L'**article 6** constitue sans doute la disposition la plus discutable du projet en prévoyant que:

„Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.“

Elle est critiquable à double titre. En dérogeant à l'alinéa 6 de l'article 65, elle court-circuite la commission de nomenclature composée, conformément à l'alinéa 7 de quatre fonctionnaires désignés par les ministres compétents, de deux membres désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et de deux membres désignés par le(s) groupement(s) signataire(s) de la convention et se passe en outre de l'avis du collège médical. Par dérogation à l'alinéa 11 l'adaptation de la nomenclature par règlement grand-ducal aura en outre un effet rétroactif.

L'article 6 se meut ainsi en dehors de la philosophie à la base de la loi de réforme du secteur de la santé du 27 juillet 1992, rappelée par le Conseil d'Etat dans son avis ci-avant mentionné du 10 décembre 2002. Rapprochée de l'article 61, paragraphe 3 du Code des assurances sociales, cette initiative réformatrice prend un relief particulier. En effet, au vœu de ladite disposition, „tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu“!

La disposition critiquée ne manquera pas d'instiller un déséquilibre dans les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins appelés à régir par convention leurs relations, conformément à l'esprit et à la lettre de la loi de 1992. Cette intervention par le fait du prince ne risquera-t-elle pas de compromettre durablement le climat de confiance et le respect mutuels devant prévaloir dans le cadre du système de gestion mis en place par le législateur de l'époque. Ne semble-t-elle pas, à la limite, „encourager“ une des parties à s'éloigner de son partenaire naturel pour se tourner en dernière instance vers „l'arbitrage“ bienvenu de l'Etat tout puissant au lieu de s'attacher à mettre en œuvre et à faire aboutir la procédure de médiation prévue par la loi? La tentation ne peut pour le moins totalement être exclue. Toujours est-il que le Conseil d'Etat ne saurait aucunement avaliser un début d'évolution en cette direction.

La rétroactivité que peut revêtir le règlement grand-ducal visé audit article 6 apporte une entorse tout aussi redoutable au mécanisme de négociation en vigueur. Le législateur de 1992 était en effet farouchement opposé à tout effet rétroactif des mesures conventionnelles (*Voir Doc. parl. No 3513, sess. ord. 1990-1991, notamment pages 5, 8 à 11*). L'article 65, alinéa 11 du Code des assurances sociales est formel sur ce point. Seule exception prévue par la loi: Aux termes de l'article 64, alinéa 1, dernier tiret du même code, „les *conventions* déterminent obligatoirement: ... les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs *pour le cas exceptionnel* où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance“.

Quant au fond, le Conseil d'Etat se doit de formuler également quelques réserves à l'endroit du texte proposé. Il se demande d'abord ce qu'il faut entendre par „ la masse des coefficients “ alors que suivant l'article 65, alinéa 2 du Code des assurances sociales „ le coefficient est un nombre exprimant *la valeur relative de chaque acte professionnel* inscrit dans chacune des nomenclatures ...“. Il y a lieu de faire remarquer en outre que d'après les dispositions légales en vigueur, normalement les effets d'une modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé, par application de l'article 65, alinéa 11 du même code. L'article 6 déroge encore à ce principe.

Dans les conditions données, le Conseil d'Etat s'oppose formellement à l'article 6 du projet de loi sous examen.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 10 juillet 2003.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Pierre MORES

Service Central des Imprimés de l'Etat

5130/06

N° 5130⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

* * *

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(14.7.2003)

La Commission se compose de: M. Niki BETTENDORF, Président-Rapporteur; MM. François BAUSCH, Mars DI BARTOLOMEO, Mme Marie-Josée FRANK, MM. Gast GIBERYEN, Marcel GLESENER, Jean-Marie HALSDORF, Alexandre KRIEPS, Lucien LUX, Paul-Henri MEYERS, Marco SCHROELL et Serge URBANY, Membres.

*

I. PROCEDURE LEGISLATIVE

Le projet de loi 5130 modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“ du livre Ier du Code des assurances sociales a été déposé le 15 mai 2003 à la Chambre des Députés par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale M. Carlo Wagner.

Dans sa réunion du 11 juin 2003 la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a désigné son président M. Niki Bettendorf comme rapporteur. Dans sa réunion du 1er juillet 2003, la commission a entendu la présentation du projet par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale M. Carlo Wagner et elle a procédé à un examen général du projet. Le Conseil d'Etat a émis son avis le 10 juillet 2003. La commission a examiné cet avis dans sa réunion du 14 juillet 2003 avant d'adopter dans cette même réunion le présent rapport.

*

II. GENESE ET OBJET DU PROJET DE LOI

Au plan formel, le projet de loi reprend en substance les dispositions de l'Article 1er, points 4 à 8 du projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 et modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. Dans son avis du 10 décembre 2002 le Conseil d'Etat avait insisté „sous peine d'opposition formelle, d'éliminer les points 5 à 8 de l'article I (de ce dernier projet), afin de permettre une consultation aussi large que sereine des partenaires concernés par ce changement important. Le législateur ne devrait en effet pas intervenir de façon aussi abrupte – et par la tangente – dans l'environnement conventionnel de l'assurance maladie qui en constitue l'un des piliers mis sur pied il y a à peine dix ans“.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des députés estimant qu'il y aurait lieu de rester „dans la tradition des ajustements légaux antérieurs des pensions et rentes accident en limitant l'intervention législative à cette seule et unique mesure“ avait, „en ce qui concerne la disposition prévoyant l'indexation de la valeur des lettres-clés des médecins et médecins-dentistes ainsi que d'autres prestataires de soins“ invité le Gouvernement „à inclure cette mesure ponctuelle dans un projet

de loi global reprenant toutes les mesures législatives résultant des négociations avec l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes". Tel est précisément l'objet du projet de loi sous avis.

*

Pour expliquer quant au fond la genèse du projet de loi, il faut remonter aux arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes du 28 avril 1997 dans les affaires Decker et Kohll. Cette jurisprudence a relancé les discussions sur les relations entre l'assurance maladie et les médecins et médecins-dentistes.

Pour l'association représentative des médecins et médecins-dentistes (AMMD), l'obligation qui découle de cette jurisprudence pour l'Union des caisses de maladie (UCM) d'ouvrir le secteur ambulatoire étranger au remboursement entraîne une discrimination de plus en plus flagrante des prestataires luxembourgeois par rapport aux prestataires européens.

Conformément au programme gouvernemental du 12 août 1999 qui prévoyait qu'une analyse détaillée des arrêts Decker et Kohll serait faite dans les meilleurs délais, un premier groupe de travail a été institué à la suite de la réunion du comité quadripartite du 20 octobre 1999 avec la mission d'analyser les conséquences juridiques et financières de ces arrêts.

Un deuxième groupe de travail institué à la suite de la réunion du comité quadripartite en octobre 2001 s'est penché sur les deux volets suivants:

- la revendication de l'AMMD d'abandonner le conventionnement généralisé et de prévoir des alternatives à ces modèles
- différentes autres revendications de l'AMMD, dont notamment celle de prévoir une indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires et une adaptation des tarifs.

Au vu des conclusions du groupe de travail, qui réunissait les partenaires sociaux, le groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes et des représentants gouvernementaux, le Conseil de Gouvernement a décidé en juillet 2002 de maintenir le conventionnement obligatoire. Eu égard au fait qu'entre partenaires sociaux aucun accord n'a pu être trouvé sur les autres revendications de l'AMMD, le Gouvernement, confronté au risque réel d'une pénurie de médecins dans certaines spécialités, s'est déclaré d'accord à accéder à certaines revendications subsidiaires de l'AMMD.

C'est dans cette optique que le présent projet de loi introduit à l'article 66 du CAS le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires. L'introduction de cette adaptation est justifiée par le fait qu'il y a lieu d'éviter qu'à l'avenir le renchérissement à supporter par les prestataires de soins ne puisse être pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires.

Conscient de la nécessité de favoriser un développement qualitatif de l'offre médicale, d'améliorer le caractère attractif de la profession de médecin et de garantir la compétitivité de notre offre médicale au niveau international, le Gouvernement propose également de créer dans le présent projet de loi la base légale pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal.

Cette revalorisation sélective des tarifs correspond à une augmentation moyenne de 6,62%; elle a été évalué à 6,65 des honoraires pour les médecins et à 6,47% pour les médecins-dentistes. Pour la ventilation détaillée de l'augmentation sélective des tarifs, il est renvoyé au commentaire de l'article 6 du projet gouvernemental (doc. parl. 5130, p. 5).

Il y a lieu de souligner le fait qu'il ne s'agit donc pas d'une augmentation linéaire et que conformément à l'accord négocié entre l'AMMD et le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, les médecins vont bénéficier d'une revalorisation sélective de certains actes et services déterminés. Il s'agit en particulier d'une majoration du tarif des actes techniques pour nuit, dimanches et jours fériés, d'une revalorisation des actes généraux des médecins (consultations des médecins généralistes et consultations dans certaines spécialités) et d'une revalorisation de certains actes techniques des médecins et médecins-dentistes.

Il convient de relever que les revendications initiales de l'AMMD se chiffrant à une augmentation de 12,43% ont été rejetées par le Gouvernement comme étant exagérées.

La revalorisation actuellement proposée correspond à ce que le Gouvernement considère comme objectivement nécessaire et opportun pour combler des retards accumulés au fil du temps dans la rémunération des prestations des médecins.

Le coût annuel à supporter par le budget de l'UCM se chiffre approximativement à 17,7 mio d'euros.

*

III. TRAVAUX DE LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

a) Réunions préparatoires

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a accompagné les discussions menées dans ces groupes de travail en organisant à son tour différentes réunions avec l'AMMD et avec les représentants syndicaux au sujet de ces problématiques.

Ainsi, dans sa réunion du 25 février 2002, la commission a eu un très large échange de vues avec des représentants de l'AMMD concernant leurs revendications en rapport avec une réforme éventuelle du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé en général et la question du conventionnement obligatoire en particulier.

Dans sa réunion du 25 avril 2002, la commission a eu des échanges de vue sur la même problématique avec une délégation commune des syndicats OGB-L et LCGB ainsi qu'avec une délégation de l'asbl Patientevertriedung.

Enfin, dans sa réunion du 17 juin 2002, la commission a reçu une délégation du Comité exécutif de la CGFP qui, à son tour, a exposé ses vues sur ce dossier.

Au cours de toutes ces réunions, tous les membres de la commission se sont montrés très ouverts aux doléances et revendications exprimées par l'AMMD. Tous les intervenants ont souligné le fait que les problèmes évoqués par le corps médical sont réels et appellent une solution dans l'intérêt de toutes les parties concernées.

Il convient de rappeler encore que le déconventionnement des médecins a fait l'objet d'une désapprobation quasi unanime lors du débat en séance publique du 29 janvier 2002 à l'occasion d'une heure d'actualité demandée par le groupe socialiste.

b) Considérations générales

– *Procédure*

Au cours des discussions générales sur le projet de loi, a été formulée la critique que le Gouvernement, en engageant unilatéralement le présent projet de loi dans la procédure législative, minerait les procédures légales de négociations entre partenaires sociaux prévues par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la Santé. Il a été soutenu que s'il y avait un accord politique quasi unanime concernant la nécessité d'agir en vue de la revalorisation de la profession médicale, il n'y a toutefois aucun accord sur la procédure choisie à cette fin par le Gouvernement. Dans la mesure où il n'a pas été recouru aux procédures de médiation prévues par la loi de 1992, le présent projet de loi porterait une entorse grave au mécanisme de concertation prévu par la loi de 1992.

Face à ces critiques, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale voudrait noter que le climat des relations entre l'AMMD, d'une part, et les partenaires sociaux, d'autre part, au terme des travaux des groupes de travail ne laissait entrevoir aucune possibilité d'arriver à un accord négocié sur les revendications des médecins et médecins-dentistes. Dans cette situation, le Gouvernement, confronté par ailleurs à une menace de grève de la part des médecins et médecins-dentistes, ne peut se dispenser d'assumer ses propres responsabilités. Il lui a dès lors paru opportun et nécessaire de saisir le législateur d'un paquet de mesures qui s'imposent manifestement et qui sont à considérer comme une intervention unique justifiée par des circonstances particulières d'une situation déterminée.

Pour le reste le principe de l'autonomie tarifaire ancré dans la loi précitée de 1992 n'est pas remis en question. Il faut ajouter qu'une adaptation tout à fait comparable a été opérée en faveur des infirmiers et au détriment des laboratoires.

Ainsi le projet de loi consacre-t-il la volonté politique de revaloriser sélectivement, et non pas globalement, certains actes et services de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes, ceci principalement afin de parer à toute tendance de pénurie dans les soins médicaux à assurer à la population. L'intervention législative s'impose alors que de toute évidence les partenaires sociaux n'auraient pas pu aboutir à un accord couvrant les mesures proposées par le projet. Même si des négociations avaient abouti, une intervention du législateur aurait été requise pour autoriser un dépassement des paramètres correcteurs inscrits dans la loi de 1992.

– Evolution de la situation budgétaire de l'UCM

Plusieurs membres de la Commission ont demandé que la commission obtienne des informations actualisées sur l'évolution de la situation budgétaire de l'UCM dans la perspective du surcoût entraîné par le présent projet, ceci dans le contexte du ralentissement économique, d'un emploi stagnant et des revendications des nouveaux hôpitaux et du personnel hospitalier. Il importerait de déterminer les répercussions financières engendrées à court et à moyen terme par les mesures prévues par le présent projet. Aussi serait-il inacceptable d'engager à présent les dépenses liées à l'indexation et à l'adaptation des tarifs des médecins, tout en laissant les assurés dans le doute sur les conséquences de cette décision, conséquences qui seront inévitables au plus tard au moment où les réserves budgétaires de l'UCM seront épuisées et qui ne pourraient que se concrétiser soit dans une augmentation des cotisations, soit dans une diminution des prestations.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale voudrait souligner à cet égard que les projections budgétaires en matière d'assurance maladie s'avèrent des plus difficiles, alors que les données qui les conditionnent se trouvent en évolution permanente.

Toujours est-il que les données budgétaires ont considérablement évolué depuis la conclusion avec l'AMMD de l'accord faisant l'objet du présent projet de loi.

Il est un fait que la situation financière de l'UCM risque effectivement de se dégrader dans le contexte économique défavorable actuel, mais ceci ne constitue pas une raison suffisante pour continuer à refuser systématiquement des exigences légitimes ponctuelles d'une catégorie particulière de prestataires. En ce qui concerne les projections budgétaires, il y a lieu de différencier entre les prestations en nature et les prestations en espèces. Prévisiblement pour 2004, le budget des prestations en nature pourrait encore être équilibré ou légèrement déficitaire. Dans ce domaine il n'y aurait donc guère de besoin urgent d'agir.

En ce qui concerne par contre les prestations en espèces, la situation est en voie de se détériorer gravement et pour 2003 déjà on pourrait approcher un déficit de l'ordre de 50 mio d'euros.

Face à cette évolution, il y a lieu de maintenir une séparation de ces deux grandes gestions budgétaires et de ne pas continuer avec la pratique courante consistant à compenser le déficit dans les prestations en espèces par des réserves en matière de prestations en nature.

Par ailleurs, la Commission a été informée que l'UCM est en train de réaliser une étude sur les mesures qui pourraient être envisagées afin d'arrêter l'évolution négative en matière de prestations en espèces. L'étude a pour objet d'examiner toute mesure envisageable autre qu'une hausse massive des cotisations. Ces mesures devraient principalement combattre l'absentéisme dans les entreprises en écartant les abus favorisés dans certaines entreprises.

Dans la mesure où les conséquences budgétaires découlant des mesures proposées par le présent projet de loi sont en quelque sorte dues à une décision politique, prises en dehors des procédures légales définies par la loi de 1992, une partie de la Commission a demandé formellement que le financement en soit assuré non pas par le budget de l'UCM, mais par le budget de l'Etat.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, dans sa majorité, considère qu'il n'y a pas lieu de faire droit à cette demande. Elle fait remarquer que la contribution de l'Etat au financement de l'assurance maladie est depuis la dernière réforme structurelle intervenue en 1999 définitivement fixée à 37%. De ce fait, la contribution de l'Etat est largement supérieure à ce qu'elle aurait été si l'ancien système des surprimes avait été maintenu. Concrètement le surplus de la contribution de l'Etat, dû au nouveau système, se chiffre à 28 mio euros pour 2002 et pour 2003 à 20 mio euros.

– Réflexions générales concernant le financement des soins de santé

Par ailleurs, il faut être conscient du fait que la situation économique favorable a largement camouflé au cours des années passées les problèmes inhérents au financement des soins de santé. Il serait tout à

fait illusoire de croire qu'à long terme le coût de la santé pourrait être rigide ment maîtrisé tout en restant à la pointe du progrès médical. L'expérience se vérifiant dans tous les pays est que le secteur de la santé est en expansion permanente, au fur et à mesure des progrès fulgurants de la médecine. Il est démontré que le principe économique de la rationalisation ne joue pas dans ce secteur. Ainsi par exemple des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués sont-ils en général accompagnés d'un surplus en demandes de soins et corrélativement d'un coût supplémentaire.

Face à cette situation, la question de savoir quels moyens financiers doivent être investis dans un pays aussi aisé que le Luxembourg pour offrir à la population les meilleurs soins de santé possibles devient une importante question de société.

Théoriquement, on pourrait dire que le principe sacro-saint de la limitation du coût des soins de santé doit primer en toutes circonstances. Il en résulterait qu'à moyen terme notre pays ne serait plus à même de suivre le progrès médical. Cette approche est donc à rejeter.

Par conséquent, il faut être conscient du fait que la volonté de rester au diapason du progrès médical implique la mise à disposition de moyens financiers suffisants pour notre système de santé. Notre système de santé ne saurait fonctionner durablement dans une philosophie restrictive de devoir réaliser des économies à tout bout de champ.

Toutefois en votant ce projet, les responsables politiques doivent être conscients du fait que l'augmentation des dépenses qui en résultent alourdira la situation financière de l'UCM au cours des mois à venir. La marge de manœuvre pour les concertations entre partenaires sociaux se trouvera encore réduite et les discussions fondamentales sur le secteur de la santé, et principalement son financement, s'annoncent fort difficiles.

*

IV. LES AVIS DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES

Dans son avis du 12 juin 2003 la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics se déclare d'accord avec le projet. Elle considère qu'exception faite du déconventionnement, il y a lieu de faire droit à certaines revendications de l'AMMD, ceci *„afin de permettre un développement qualitatif de l'offre médicale, de garantir au mieux la compétitivité internationale et de fidéliser ainsi le patient“*.

Dans son avis du 16 juin 2003 la Chambre de Travail rappelle qu'elle s'était déjà prononcée contre l'indexation automatique des valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins dans son avis du 16 décembre 2002 sur le projet de loi 5052 portant ajustement des pensions et rentes accidentant au niveau de vie de 2001. En ce qui concerne le financement de l'augmentation des tarifs, la Chambre de Travail demande d'imputer le coût des mesures au budget de l'Etat.

Dans son avis du 13 juin 2003 la Chambre de Commerce s'oppose *„aux dispositions du projet de loi qui comportent un coût financier exorbitant du fait d'un relèvement général des tarifs et de l'indexation automatique des tarifs“*.

Dans son avis du 2 juillet 2003 la Chambre des Métiers s'oppose au projet de loi. Elle réitère sa profonde désapprobation par rapport à l'ingérence étatique qui n'est pas respectueuse des mécanismes légaux et conventionnels en la matière.

La Chambre d'Agriculture rappelle dans son avis du 7 juillet 2003 que le secteur agricole se trouve actuellement dans une situation de revenus très précaire et qu'elle ne peut supporter aucune augmentation des cotisations sociales.

Dans son avis du 10 juillet 2003 la Chambre des Employés privés *„ne se prononce pas contre l'indexation automatique des tarifs et ne s'exprime pas sur le bien-fondé d'une adaptation sélective de certains tarifs, elle désapprouve toutefois la manière dont ces décisions ont été prises et estime qu'il appartient au Gouvernement d'en supporter les coûts financiers“*.

*

V. L'AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Dans son avis du 10 juillet 2003, le Conseil d'Etat marque son accord avec les articles 1er, 3, 4 et 5 portant respectivement sur les articles 65 et 67, 69 et 70 du Code des assurances sociales. Il limite ses observations aux articles 2 et 6 du projet de loi.

L'article 2 du projet de loi concerne l'indexation automatique des tarifs des prestataires de soins exerçant en régime libéral. A cet effet, il modifie l'article 66 du Code des assurances sociales afin de lier les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des médecins, médecins-dentistes et des prestataires exerçant une profession de la santé, à l'évolution du nombre indice du coût de la vie et de la valeur du point indiciaire des fonctionnaires.

Le Conseil d'Etat constate qu'en procédant de la sorte, le projet de loi sous revue renoue avec une solution semble-t-il abandonnée au début des années 80. D'après l'exposé des motifs, „l'introduction de cette adaptation tient compte du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie, alors que ce renchérissement n'est pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires“. Parmi les coûts professionnels visés devraient surtout compter les coûts salariaux directs ou indirects à supporter par les prestataires de soins en cause.

Le Conseil d'Etat se voit amené à s'interroger sur l'opportunité de cette mesure. Ainsi se demande-t-il si cette extension du système d'indexation ne risque pas „d'être interprétée comme l'esquisse d'une politique tendant à la généralisation dudit procédé à l'ensemble des secteurs de l'économie“. Il se demande encore s'il ne serait préférable „d'abandonner en l'occurrence aux partenaires concernés au premier chef la décision de franchir ou non le pas dans un domaine qui relève largement de leur autonomie“.

Tout en soulevant ces questions, le Conseil d'Etat n'entend pas cependant pas s'opposer à la mesure envisagée.

Il s'interroge toutefois sur les raisons ayant pu justifier l'abandon de la phrase suivante du nouvel alinéa 2 de l'article 66 du Code des assurances sociales ayant encore figuré dans sa version du projet de la loi d'ajustement:

„L'adaptation des valeurs des lettres-clés s'applique avec effet au 1er jour du mois suivant la mise en vigueur de la cote d'application officielle.“

En renvoyant à l'alinéa 1 dudit article 66, il propose enfin d'écrire systématiquement „lettres-clés“ au lieu de „lettres-clé“ dans le contexte de l'alinéa 2 du même article.

L'observation du Conseil d'Etat que l'indexation des tarifs médicaux constitue un retour à des solutions abandonnées au courant des années 80 n'est de l'avis de la commission que partiellement correcte, alors qu'à l'époque l'adaptation des honoraires médicaux se faisait en fonction de l'adaptation de la valeur du point indiciaire applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

C'est à dessein que le Gouvernement a écarté dans le projet remanié le déphasage entre la date de la mise en vigueur de la cote d'application officielle de l'indice du coût de la vie et son application aux honoraires des prestataires. En effet, contrairement aux appréhensions initiales, il est possible de diffuser les nouveaux tarifs en temps utile, afin qu'ils puissent s'appliquer au moment même de la mise en vigueur de la cote d'application.

La Commission est d'accord à suivre le Conseil d'Etat dans son observation formelle consistant à écrire les „lettres-clés“.

Selon le Conseil d'Etat, l'article 6 constitue sans doute la disposition la plus discutable du projet. Ce texte propose de créer la base légale pour procéder, par dérogation aux conditions de l'article 65, alinéas 6, 10 et 11 du CAS à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal, tout en fixant à cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux un plafond de 6,7% de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

Selon le Conseil d'Etat, cette disposition est critiquable à double titre. Ainsi, d'une part, elle court-circuite la commission de nomenclature et, d'autre part, elle permet de donner un effet rétroactif à l'adaptation de la nomenclature par règlement grand-ducal.

Le Conseil d'Etat en déduit que l'article 6 se meut ainsi en dehors de la philosophie à la base de la loi de réforme du secteur de la santé du 27 juillet 1992. Il considère que „la disposition critiquée ne manquera pas d'instiller un déséquilibre dans les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins appelés à régir par convention leurs relations, conformément à l'esprit et à la lettre de la loi de 1992“. Il se demande si „cette intervention par le fait du prince ne risquera-t-elle pas de compromettre durablement le climat de confiance et le respect mutuels devant prévaloir dans le cadre du système de gestion mis en place par le législateur de l'époque“. Le Conseil d'Etat craint qu'à la limite la disposition pourrait „encourager une des parties à s'éloigner de son partenaire naturel pour se tourner en

dernière instance vers „l'arbitrage“ bienvenu de l'Etat tout puissant au lieu de s'attacher à mettre en œuvre et à faire aboutir la procédure de médiation prévue par la loi“. Voilà pourquoi, le Conseil d'Etat ne saurait aucunement avaliser un début d'évolution en cette direction.

Le Conseil d'Etat estime que la rétroactivité que peut revêtir le règlement grand-ducal visé audit article 6 apporte une entorse tout aussi redoutable au mécanisme de négociation en vigueur.

Quant au fond, le Conseil d'Etat se doit de formuler également quelques réserves à l'endroit du texte proposé. Il se demande d'abord ce qu'il faut entendre par „la masse des coefficients“ alors que suivant l'article 65, alinéa 2 du Code des assurances sociales „le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures ...“. Il y a lieu de faire remarquer en outre que d'après les dispositions légales en vigueur, normalement les effets d'une modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé, par application de l'article 65, alinéa 11 du même code. L'article 6 déroge encore à ce principe.

L'ensemble de ces considérations très critiques impliquent que le Conseil d'Etat, dans son avis principal, „ne peut aucunement cautionner l'article 6 sous examen“.

Dans un avis séparé, le Conseil d'Etat, sur base de développements tout à fait identiques pour le reste „s'oppose formellement à l'article 6 sous examen“.

La Commission n'entend pas revenir sur les observations du Conseil d'Etat relatives à l'opportunité des mesures envisagées, alors qu'elle a amplement développé à cet égard son point de vue. Toujours est-il que dans la mesure où le présent projet entend réaliser en dehors du cadre de négociation normal et par dépassement des paramètres inscrits dans la loi de 1992, une mesure législative à caractère exceptionnel, une disposition dérogatoire aux procédures et règles établies constitue la seule technique législative possible.

Alors que le projet entend opérer des adaptations sélectives, ces adaptations doivent nécessairement se faire au niveau des coefficients, qui expriment la valeur relative de chaque acte, alors qu'une adaptation au niveau de la valeur de la lettre-clé, qui est une valeur monétaire, aurait constitué une adaptation générale. En fixant le seuil des adaptations à un pourcentage de la masse des coefficients, le texte de loi reprend la technique appliquée dans le cadre du mécanisme correcteur prévu à l'article 65, alinéa 11 du Code des assurances sociales. Evidemment, ce mécanisme correcteur ne peut pas jouer en l'occurrence sous peine de priver à terme les mesures envisagées de tout effet.

Le Conseil d'Etat critique, par ailleurs, le caractère rétroactif des mesures envisagées. Quant au fond il y a lieu de retenir qu'il n'y a pas de fixation rétroactive des tarifs opposables aux assurés et aux caisses de maladie. Le caractère spécifique des mesures a pour effet que les tarifs à retenir pour le futur sur base de la disposition critiquée seront corrigés, afin de tenir compte du „retard“. En pratique de telles corrections sont opérées régulièrement, si les négociations n'aboutissent pas au terme prévu par la loi de 1992, alors que la détermination des nouveaux tarifs prend du retard du fait des procédures de médiation et d'arbitrage prévues.

Par ailleurs, la Commission rappelle que la loi du 1er janvier 2002 a utilisé pour les laboratoires d'analyses et de biologie et pour les infirmiers, une technique dérogatoire analogue à celle prévue actuellement; or on constate que la prise d'effets se faisait au 1er janvier 2001, sans que le Conseil d'Etat ait critiqué le caractère rétroactif de ces mesures. La critique du Conseil d'Etat ne peut dès lors pas s'appuyer sur la violation d'un principe de droit.

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi dans la teneur qui suit:

*

**VI. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

Art. 1er.– L'article 65 du Code des assurances sociales est modifié comme suit:

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.“

2° A l'alinéa 10, la dernière phrase est libellée comme suit:

„La proposition doit parvenir avant le 15 décembre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.“

Art. 2.– A l'article 66 est inséré un alinéa 2 nouveau libellé comme suit :

„Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.“

Art. 3.– A l'article 67, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans par les parties signataires de la convention, sur demande à introduire avant le 1er septembre par le groupement représentatif. Pour les lettres-clés visées à l'alinéa 2 de l'article 66, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique. Pour la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause.“

Art. 4.– L'article 69 est modifié comme suit:

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„A défaut d'entente collective sur une nouvelle convention dans les six mois suivant la dénonciation de l'ancienne convention ou en l'absence d'accord avant le 31 décembre sur la revalorisation de la lettre-clé conformément à l'article 67, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.“

2° L'alinéa 4 est modifié comme suit:

„Lorsque la médiation n'aboutit pas à une nouvelle convention ou à un accord sur la revalorisation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au conseil supérieur des assurances sociales.“

Art. 5.– L'article 70 prend la teneur suivante:

„En cas d'échec de la médiation, le conseil supérieur des assurances sociales rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.“

Art. 6.– Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.

Luxembourg, le 14 juillet 2003

Le Président-Rapporteur,
Niki BETTENDORF

5130/07

N° 5130⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2002-2003

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

* * *

**DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL
PAR LE CONSEIL D'ETAT**

(18.7.2003)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 18 juillet 2003 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

**modifiant le chapitre V „Relations avec les prestataires de soins“
du livre Ier du Code des assurances sociales**

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 17 juillet 2003 et dispensé du second vote constitutionnel;

Vu ledit projet de loi et l'avis émis par le Conseil d'Etat en sa séance du 10 juillet 2003;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique du 18 juillet 2003.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Pierre MORES

Service Central des Imprimés de l'Etat

Document écrit de dépôt

7

Motion**La Chambre des Députés et Députées,**

considérant le projet de loi modifiant le chapitre V « relations avec les prestataires de soins » du livre 1^{er} du Code des assurances sociales

considérant dans ce contexte que d'après l'article 6, c.à d. selon l'accord négociée entre l'AMMD-L et le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, les médecins vont bénéficier d'une revalorisation sélective de certains actes de la nomenclature des actes et services

considérant que certaines spécialités médicales vont profiter d'une augmentation ou revalorisation de leurs consultations, actes généraux et actes techniques

considérant que le Ministère de la Santé a initié une formation spécialisée en médecine de l'environnement et qu'un nombre appréciable de médecins ont suivi et terminé avec succès cette formation

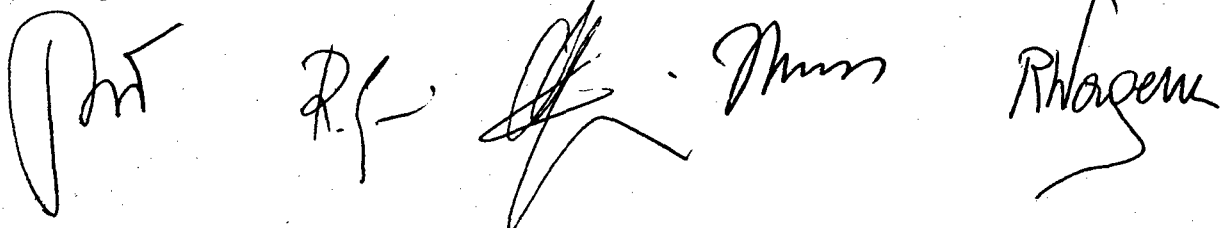
considérant que la pratique de la médecine de l'environnement est impossible sans tarification spéciale des consultations et actes relatifs à la médecine de l'environnement

considérant pourtant qu'une telle tarification spéciale n'est pas inscrite dans le projet de loi 5130

invite le Gouvernement

à mettre tout en œuvre pour accélérer la conclusion d'accords adéquats avec la représentation des médecins de l'environnement afin d'éviter un enlisement du dossier et de permettre une pratique de médecine environnementale au service des malades en question

(s.) François Bausch, Robert Garcia, Camille Gira, Jean Huss, Renée Wagener



5130

MEMORIAL

Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg

**MEMORIAL**

Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 103

25 juillet 2003

Sommaire

Décision du Gouvernement en Conseil du 27 mars 2003 arrêtant le programme directeur d'aménagement du territoire	page 2250
Loi du 7 juillet 2003 relative à l'adhésion du Luxembourg à la Banque Asiatique de Développement.	2250
Règlement grand-ducal du 7 juillet 2003 concernant les produits de cacao et de chocolat destinés à l'alimentation humaine	2251
Règlement grand-ducal du 7 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 8 septembre 1998 concernant l'organisation des études ainsi que les programmes et critères de promotion du cycle d'études de l'ingénieur industriel à l'Institut Supérieur de Technologie	2255
Arrêté grand-ducal du 10 juillet 2003 portant publication du procès-verbal, établi à Strasbourg, le 3 avril 2003, et attestant l'approbation d'un amendement apporté à l'article 26 du Statut du Conseil de l'Europe.	2255
Loi du 22 juillet 2003 modifiant le chapitre V «Relations avec les prestataires de soins» du livre 1 ^{er} du Code des assurances sociales	2257
Arrêté ministériel du 24 juillet 2003 portant fixation de la date des élections de la Chambre de Travail et la Chambre des Employés Privés	2258
Règlements communaux	2258

Décision du Gouvernement en Conseil du 27 mars 2003 arrêtant le programme directeur d'aménagement du territoire.

Le Conseil de Gouvernement,

Vu l'article 5 de la loi du 21 mai 1999 concernant l'aménagement du territoire,

Vu le projet de programme directeur de mai 1999 et les avis y relatifs émis par les communes de Bascharage, Bettembourg, Dudelange, Schifflange, Bertrange, Kehlen, Septfontaines, Kopstal, Steinsel, Lorentzweiler, Roeser, Junglinster, Grevenmacher, Consdorf, Larochette, Bourscheid, Nommern, Diekirch, Bettendorf, Heiderscheid, Wiltz, Munshausen, Heinerscheid, Vianden, Sanem, Mondercange et Erpeldange,

Vu l'avis du Conseil Supérieur de l'Aménagement du Territoire,

Vu l'avis du Comité Interministériel de l'Aménagement du Territoire,

Vu la déclaration du Ministre de l'Intérieur devant la Chambre des Députés en date du 20 mars 2003.

Sur la proposition du Ministre de l'Intérieur ayant dans ses attributions l'aménagement du territoire,

Arrête:

Art. 1^{er}. Est approuvé le programme directeur d'aménagement du territoire.

Art. 2. La présente décision est publiée au Mémorial.

Art. 3. Le texte du programme sera publié par le Ministère de l'Intérieur dans un document intitulé «Programme Directeur d'Aménagement du Territoire».

Luxembourg, le 27 mars 2003.

Les membres du Gouvernement,

Jean-Claude Juncker

Fernand Boden

Marie-Josée Jacobs

Erna Hennicot-Schoepges

Michel Wolter

Luc Frieden

Anne Brasseur

Charles Goerens

Carlo Wagner

Eugène Berger

(Le texte intégral du «Programme Directeur d'Aménagement du Territoire» sera prochainement publié au Recueil des Annexes Spéciales du Mémorial A à l'Annexe Spéciale «Programme Directeur d'Aménagement du Territoire».)

Loi du 7 juillet 2003 relative à l'adhésion du Luxembourg à la Banque Asiatique de Développement.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

De l'assentiment de la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 17 juin 2003 et celle du Conseil d'Etat du 1^{er} juillet 2003 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons:

Art. 1^{er}. Les statuts de la Banque Asiatique de Développement, tels qu'ils sont en vigueur depuis le 22 août 1966 compte tenu des modifications intervenues jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sont approuvés.

Art. 2. Le Gouvernement est autorisé à participer

a) au capital de la Banque Asiatique de Développement par la souscription de 12.040 parts sociales, dont 847 sont à libérer et 11.193 sont appelables ; comme la valeur de chaque part est fixée à 12.063,50 dollars des Etats-Unis d'Amérique, le prix des parts à libérer équivaut à 10.217.785 dollars.

b) à la septième reconstitution du Fonds Asiatique de Développement (FAD VIII) par une contribution en euros équivalente à 35.000.000 dollars des Etats-Unis d'Amérique.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Ministre du Trésor et du Budget,
Luc Frieden

Palais de Luxembourg, le 7 juillet 2003.
Henri